



Onderzoek naar de invloed van leeftijd, opleidingsniveau en dieetgeschiedenis op de kennis van verpleegkundigen omtrent verscheidene topics rond voeding

Studiegebied gezondheidszorg
Bachelor in de voedings- en dieetkunde

Eindwerk aangebonden tot het
behalen van het diploma van
bachelor in de voedings- en dieetkunde

door Ines Verhaeghe

i.s.m Ellen Vandamme
Jan Baudonck
Kristin De Buyser
Jan Deklerck

campus Brugge
academiejaar 2015 – 2016



Onderzoek naar de invloed van leeftijd, opleidingsniveau en dieetgeschiedenis op de kennis van verpleegkundigen omtrent verscheidene topics rond voeding

Studiegebied gezondheidszorg
Bachelor in de voedings- en dieetkunde

Eindwerk aangebonden tot het
behalen van het diploma van
bachelor in de voedings- en dieetkunde

door Ines Verhaeghe

i.s.m Ellen Vandamme
Jan Baudonck
Kristin De Buyser
Jan Deklerck

campus Brugge
academiejaar 2015 – 2016

Abstract

Titel

Onderzoek naar de invloed van leeftijd, opleidingsniveau en dieetgeschiedenis op de kennis van verpleegkundigen omtrent verscheidene topics rond voeding.

Naam auteur

Verhaeghe Ines

Opleiding

Bachelor in de voedings- en dieetkunde

Promotoren

Ellen Vandamme, zelfstandig diëtiste & Jan Baudonck, diëtist in de klinische sector en lector
Kristin De Buyser, docent en diëtiste aan de Katholieke Hogeschool Vives
Jan Deklerck, statistisch begeleider aan de Katholieke Hogeschool Vives

Plaats van de tewerkstelling

Kattestraat 70A, 8020
Oostkamp

Abstract

In de curatieve en de preventieve gezondheidszorg kent de voedingszorg een groeiende belangstelling. De literatuur toont aan dat verpleegkundigen, eerder dan diëtisten, ingeschakeld worden om patiënten te ondersteunen bij deze voedingszorg. Jammerlijk blijkt de kennis over voeding vaak foutief en te beperkt te zijn om ondersteuning te bieden binnen de voedingszorg. Foutieve en beperkte informatie beïnvloedt de zorg van de patiënt negatief, alsook de gezondheid van de verpleegkundige. Zo merken diëtisten een stijging van het aantal verpleegkundigen met overgewicht en een ontregeld voedingspatroon. Via kwantitatief en kwalitatief verkennend onderzoek is de kennis van voeding bij verpleegkundigen (57) in het AZ Sint-Lucas Brugge nagegaan. Mits instemming hadden verpleegkundigen op 5 verschillende afdelingen de mogelijkheid om deel te nemen aan het onderzoek. Uit dit verkennend onderzoek blijkt de kennis aangaande een gezonde en curatieve voeding(zorg) beperkt te zijn. Het is dus belangrijk dat de verpleegkundigen/zorgkundigen een correcte basiskennis hebben waarbij hedendaagse hypes de kennis niet beïnvloeden. Naar de toekomst moet meer aandacht besteed worden aan het bijscholen en samenwerken met diëtisten om de preventieve en curatieve voedingszorg te optimaliseren.

Trefwoorden

- Kennis
- Voedingszorg & dieetkunde
- Verpleegkunde

Woord vooraf

Deze bachelorproef is een resultaat van maanden hard werken. Dit is dan ook een beloning voor mijn opleiding tot voedings- en dieetkundige. Graag bedank ik dan ook enkele personen die mij gesteund hebben in dit proces van vallen en opstaan.

Allereerst wens ik mijn promotoren te bedanken. Diëtisten Ellen Vandamme en Jan Baudonck hebben mij gedurende het jaar met hun professionele ervaring ondersteund doormiddel van opbouwende feedback op mijn eindwerk. Ik wil hen dan ook bedanken voor de steun, tijd en medewerking aan deze bachelorproef.

Graag bedank ik mijn interne promotor, mevrouw Kristin De Buysen, docente aan de hogeschool Vives in Brugge, voor de begeleiding, het nalezen en verbeteren van mijn eindwerk. Ook de statistische begeleider Jan Deklerck wil ik bedanken voor het opbouwen van de enquête en verwerken van de resultaten.

Verder wil ik mevrouw Rian Van Schaik bedanken, hoofddiëtiste van het AZ Sint-Lucas te Brugge, voor haar medewerking tijdens het organiseren en afnemen van de enquêtes en focusgesprekken.

In het bijzonder wil ik ook de mensen bedanken die mij volop gesteund hebben tijdens dit proces. Daarom wil ik graag mijn ouders en zus bedanken voor de steun in deze periode. Zonder hun steun, luisterend oor en geloof was de verwezenlijking van deze bachelorproef onmogelijk geweest.

Tot slot bedank ik graag Tom Janssens, Laurens Fontaine en Katrien Van De Maele voor het nalezen van mijn bachelorproef.

Inhoudstafel

Abstract	
Woord vooraf.....	
Inhoudstafel.....	
Inleiding	
DEEL 1	
1	Kennis over voeding bij verpleegkundigen.....2
1.1	Belang van een goede voeding..... 2
1.2	Onderzoek naar kennis bij verpleegkundigen en zorgkundige3
1.3	Voeding als onderdeel van de opleiding verpleegkunde 5
1.4	Beschikbaarheid van educatieprogramma's voor verpleegkundigen.....6
1.5	Kennis verbeteren door educatie van verpleegkundigen 7
2	De eetgewoonten van de verpleegkundige en de zorgkundige.....8
2.1	De voeding van de verpleegkundige 8
2.2	Invloed op het lichaam door een veranderd eetpatroon8
2.3	Overgewicht bij verpleegkundigen.....9
2.4	Onregelmatige diensturen en overgewicht 10
2.5	Onregelmatige diensturen en fysieke activiteit 10
2.6	Beschikbaarheid van gezonde voeding en bewegingsfaciliteiten..... 11
3	Invloed op de patiënt door een gebrek aan kennis en door de voedingsgewoonten van de verpleegkundige11
3.1	Het belang van een goede communicatie als basis voor zorgverlening 11
3.2	Communicatie tussen de diëtist(e) en de patiënt 12
3.3	Communicatie tussen de patiënt en verpleegkundige/zorgkundige zorgt voor een persoonlijke band 13

3.4	Verskil contact tussen verpleegkundige en patiënt met medici zoals artsen en paramedici zoals diëtist(e)	14
3.5	Problemen in de communicatie	14
3.6	Invloed op voedingsgedrag van de patiënt	15
3.6.1	Invloed op de patiënt door de kennis	15
3.6.2	Invloed op de patiënt door de voedingsgewoonten	16
4	Onderzoeksmiddelen naar kennis.....	17
4.1	Globaal.....	17
4.2	In België.....	19
5	Conclusie van de literatuurstudie	19

DEEL 2

6	Probleemstelling	21
7	Doelstelling	22
8	Onderzoeksvraag	23
9	Methodologie.....	23
9.1	Opzet van de praktijkstudie/onderzoeksdesign	23
9.2	Onderzoeksgroep	24
9.3	Meetinstrument	24
9.3.1	Enquêtes	25
	❖ <i>Onafhankelijke variabelen</i>	25
	❖ <i>Afhankelijke variabelen</i>	25
9.3.2	Focusgesprekken	34
10	Statistische data-analyse.....	34
11	Resultaten en analyses	34
11.1	Beschrijvende statistiek populatie van de enquête	34
11.2	Beschrijvende statistiek en statistische analyses van de enquête	36
11.2.1	Gezonde voeding	36

11.2.2	Diabetes	39
11.2.3	Gastro- intestinale problemen	41
11.2.4	Ondervoeding	44
11.3	Analyse van de focusgesprekken.....	46
12	Conclusie	53
12.1	Problematiek	53
12.2	Conclusie.....	53
12.3	Eindconclusie	55
12.4	Eigen interpretatie.....	55
	Literatuurlijst.....	57
	Bijlagen

Inleiding

Voeding is een topic die tegenwoordig niet meer weg te denken is uit de zorgsector. Verpleegkundigen/zorgkundigen maar ook patiënten gaan meer om met voeding en worden hier vaker mee geconfronteerd. Voeding kent niet enkel een preventief karakter. Meer en meer worden voeding- en dieetkundige adviezen aanzien als een curatieve schakel binnen het genezingsproces van een specifieke pathologie. Voeding is dan ook regelmatig een onderwerp in de communicatie met de patiënt en deze heeft meestal een veelheid aan vragen. Aangezien de diëtist(e) niet altijd aanwezig is, is een zorgkundige of verpleegkundige in de meeste gevallen het eerste aanspreekpunt.

Aangezien een verpleeg- of zorgkundige in de meeste gevallen het eerste aanspreekpunt is over voeding, is een grondige kennis onontbeerlijk. Kennis is een basis om het belang van voeding voor de patiënt te begrijpen, informatie over te brengen en indien nodig de diëtist(e) in te schakelen. Niet alleen een beperkte kennis, ook geloof hechten aan voedseltrends die vaak niet wetenschappelijk onderbouwd zijn, kunnen een probleem vormen. Dit alles kan een invloed hebben op het genezingsproces. Een beperkte kennis betreffende een gezonde voeding kan het voedingspatroon, en dus ook de gezondheid van een verpleegkundige negatief beïnvloeden.

In de literatuurstudie wordt de globale kennis en kennis van Belgische verpleegkundigen over voeding onder de loep genomen. In dit deel werd ook het effect van een matige kennis aangaande voeding en diëten op zowel de patiënt, als de verpleegkundige nagegaan. Ten slotte werd hier ook de invloed van het beroep als verpleegkundige op het voedingspatroon en de gezondheid nagekeken.

In het tweede deel werd een praktijkstudie opgezet waarbij de kennis over voeding bij verpleegkundigen in een Vlaams regionaal ziekenhuis werd getest. Hoe is het nu gesteld met de kennis van de Vlaamse verpleegkundige? Om op deze vraag een antwoord te vinden werd de kennis getest bij de verpleeg- of zorgkundigen van het AZ Sint- Lucas te Brugge aan de hand van een enquête over 4 voedingsgerelateerde thema's (malnutritie, gezonde voeding, diabetes en gastro-intestinale problemen) en focusgesprekken om de antwoorden op de enquêtevragen uit te diepen. Dit gebeurde op de diensten orthopedie, pediatrie, geriatrie, inwendige revalidatie en op het oncologisch dagcentrum. Daarna werd een vergelijking gemaakt waarbij de kennis vergeleken werd op basis opleiding, leeftijd (ervaring) en ook de dieetgeschiedenis van de verpleegkundige.

DEEL 1

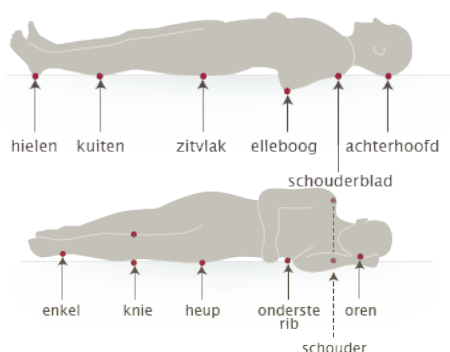
1 Kennis over voeding bij verpleegkundigen

1.1 Belang van een goede voeding

Voeding is een belangrijk onderdeel in de zorgsector. Het zorgt er voor dat het genezingsproces van de patiënt vlotter verloopt. Niet alleen is het van belang voor de voedingstoestand van de patiënt maar speelt het ook een rol in de wondzorg. Een goede voeding zorgt voor een betere wondheling (Posthauer, Dorner & Collins, 2010).

Eén van de belangrijkste voedingsstoffen bij de wondheling zijn eiwitten. Patiënten met een wonde hebben een grotere behoefte aan eiwitten. Deze spelen namelijk een rol in de immuniteit van de patiënt. De kans op ontstekingen wordt hierdoor verminderd wat het genezingsproces versnelt. Eiwitafbraak wordt veroorzaakt door een gedaalde voedingstoestand, dit met name een tekort aan koolhydraten, vetten en eiwitten. Een tekort aan koolhydraten zorgt ervoor dat eiwitten worden afgebroken tot aminozuren. Deze aminozuren zijn de bouwstenen van een eiwit en kunnen gebruikt worden om nieuwe glucose te maken voor de celactiviteit. Het is dus van belang dat de patiënt een goede voedingszorg krijgt waardoor de afbraak van eiwitten wordt tegengegaan. Hierdoor blijven eiwitten in voldoende mate aanwezig voor de immuniteit van de patiënt (Gray & Cooper, 2011; Posthauer, Dorner en Collins, 2010).

Niet alleen wonden door trauma's en chirurgische ingrepen vereisen een grotere behoefte aan eiwitten, ook decubitus vereist een goede voeding met voldoende eiwitten en micro- en macronutriënten. Doorligwonden komen het meeste voor op plaatsen zoals het staartbeen en de voeten, voornamelijk de hielen van de patiënt. Buiten deze zijn er nog plaatsen op het lichaam die hieraan gevoelig zijn (Van Anholt, 2010).



Figuur 1: Risicoplatsen doorligwonden (Nationaal Multiple Sclerose Centrum VZW, 2010)

De gezondheid van de patiënt staat centraal. Binnen deze gezondheid wordt ook de voeding opgenomen. Een goede voedingstoestand en voldoende voedingsstoffen (afhankelijk van de behoefte in functie van de aandoening) zijn cruciaal in een volledig verzorgend beleid. Verpleegkundigen komen in contact met patiënten en ontvangen dan ook regelmatig vragen in verband met voeding, dit omwille van het feit dat zij vaak de eerste en meest geziene zorgverstrekkers zijn. De diëtist(e) wordt minder gezien en is ook niet altijd beschikbaar. De verpleegkundige, in samenwerking en na het consulteren van de diëtist(e), speelt een belangrijke rol binnen dit voedingsbeleid (Al-Shwaiyat et. al., 2013).

1.2 Onderzoek naar kennis bij verpleeg- en zorgkundigen

Onderzoek naar de kennis van verpleegkundigen werd al meerdere keren verricht. In een onderzoek naar de kennis van (para)medici zoals artsen, verpleegkundigen en diëtisten werd de kennis over voeding vergeleken. Er werden voor het onderzoek 81 verpleegkundigen getest. Binnen deze groep scoorde 32,1% zwak op de test, 24,7% gemiddeld, 22,2 % goed en 21% zeer goed. De groep verpleegkundigen waar 32,1% zwak scoorde op de test werd vergeleken met diezelfde groep van de artsen en de diëtisten. Slechts 7,1% van de diëtisten scoren zwak op test, bij artsen is dit 19,1%. De kennis van verpleegkundigen blijkt uit deze studie dus zwakker dan deze van artsen en diëtisten. Dit ligt in lijn met de verwachting van een beperkte kennis betreffende voeding. Deze eerder beperkte kennis vormt wel een probleem, aangezien de verpleegkundige in nauw contact staat met de patiënt inzake het topic. In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van multiple choice vragenlijsten waarbij de respondenten 1 dag de tijd kregen om deze in te vullen. Op die manier creëerde de onderzoeker een minimum non-respons (Morteza et. al. 2013).

Paramedici zoals verpleeg- en zorgkundigen spelen een rol in de zorg en voedingstoestand van de patiënt. Ze verzorgen de patiënt en zorgen ook voor een verdeling van de maaltijden. Hierdoor komen zij naast de diëtist(e) ook zeer veel in contact met zaken die betrekking hebben op voeding. Een goede voedingskennis is dus vereist.

Velen van de verpleeg- en zorgkundigen weten dat een goede voedingstoestand belangrijk is om onder meer ondervoeding te voorkomen en wondheling te verbeteren. Echter geven verpleegkundigen, een vage omschrijving van het belangrijkste element in het genezingsproces. Dit kan onder andere verklaard worden doordat elementen zoals eiwitten en andere macronutriënten vaak moeilijk te verwoorden zijn. Dit wijst op enige kennis, maar vaak niet voldoende voor een bondige beschrijving van de belangrijkste onderdelen en het gebruik binnen de praktijk (Kowanko, Simon & Wood, 1999).

Een ondermaatse kennis wordt gerapporteerd, dit door zowel artsen als verpleegkundigen, als de voornaamste oorzaak van een geringe voedingszorg (Mowe et al. 2007). Ondervoeding is een probleem in ziekenhuizen. Zo lijdt 19,4% van de patiënten, in Vlaamse ziekenhuizen, aan ondervoeding en heeft 38,7% risico op ondervoeding (Verbrugghe et al., 2013). Echter wordt ondervoeding niet altijd herkend door de verpleegkundige. Dit komt mogelijks door een tekort aan kennis over de kenmerken en de symptomen hiervan. Ondervoeding wordt omschreven als ondergewicht, magerzucht en een lage voedselinname van macro- en micronutriënten. Ze weten dus wat ondervoeding is maar kunnen zich, zoals hierboven, niet goed verwoorden. (Eide, Halvorsen & Almedingen, 2014; Mowe et al. 2007).

Een studie naar kennis die bovenstaande bevindingen ook ondersteunt, heeft onderzoek gedaan naar de kennis van lengte, gewicht en Body Mass Index (BMI). Uit de studie blijkt dat verpleegkundigen weten hoe de Body Mass Index wordt berekend, maar slechts 0,9% van de ondervraagden wist de juiste categorieën voor een gezonde Body Mass Index. Deze studie werd uitgevoerd in Korea en werd verricht via een multiple choice vragenlijst. Deze vragenlijst bevatte 3 onderdelen: demografische data, de attitudes en de verantwoordelijkheid van voeding en een onderdeel over de kennis (Kim & Choue, 2009). Bovenstaande resultaten worden bevestigd door een studie van Boaz, Rychani et al. (2013) naar kennis waarbij een vragenlijst werd gehanteerd om informatie te verkrijgen. Uit het onderzoek bleek dat 51,9% van de ondervraagden correct heeft geantwoord op de gestelde vragen. Dit wil zeggen dat er enige kennis is, maar vaak niet voldoende gespecificeerd (Boaz, Rychani et al., 2013).

In Australië hanteren ze “de gezonde voedselpiramide”. Deze piramide werd bevraged in een meting naar kennis. Uit de studie bleek dat de verpleegkundigen vaak voedingsmiddelen en macronutriënten met elkaar verwarren. Macronutriënten zijn voedingsstoffen (eiwitten, vetten en koolhydraten) en maken deel uit van het voedingsmiddel. Ook werd door geen enkele ondervraagde het belang om de 3 groepen, van de voedselpiramide, te combineren aangehaald. (Kowanko, Simon & Wood, 1999). Dit bevestigt opnieuw een geringe kennis betreffende voeding.

Vandaag de dag zijn items zoals ondervoeding, gezonde voeding en de voedingsstatus van de patiënt niet meer het enige probleem in ziekenhuizen. Er is een toename van welvaartsziekten met name diabetes en hart- en vaataandoeningen zoals hypercholesterolemie en triglyceridemie. Over deze onderwerpen blijkt de voedingsgerelateerde kennis ook beperkt te zijn.

Een onderzoek naar de kennis van welvaartsziekten werd uitgevoerd in Jordanië. Hierbij werden enkele vragen over diabetes en cardiovasculaire aandoeningen gesteld. 71,6% van de verpleegkundigen gaven een goed antwoord op de gestelde vragen betreffende diabetes. De verpleegkundigen hebben dus enige kennis maar uit het onderzoek bleek dat er enkele misverstanden omtrent de ziekte leven. Zo gaf 30% van de verpleegkundigen aan dat bij een

persoon met diabetes enkel koolhydraten beperkt moesten worden. Dit is niet het geval bij diabetes type 2. Er moet aandacht besteed worden aan de koolhydraten en de vetten. Echter was de kennis over diabetes beter dan de kennis rond cardiovasculaire aandoeningen. Slechts 54,9% van de verpleegkundigen antwoordde dan ook juist op de voedingsgerelateerde vragen betreffende het onderwerp van de cardiovasculaire aandoeningen (Al-Shwaiyat et al., 2013).

1.3 Voeding als onderdeel van de opleiding verpleegkunde

Voeding hoort tot de opleiding van een verpleegkundige. Educatie over voeding wordt in de hogescholen gegeven in lessen voedingsleer en dieetleer. In het opleidingsprogramma van de Katholieke Hogeschool Vives wordt voedingsleer gegeven in het eerste opleidingsjaar. Ook in de brugopleiding wordt voedingsleer gegeven. In het tweede opleidingsjaar wordt educatie gegeven omtrent voeding, onder de vorm van voedings- en dieetleer. Dit zit in de keuzepakketten ziekenhuisverpleegkunde en kinderverpleegkunde vevat. Telkens wordt er één studiepunt aan dit vak gespendeerd (Verifieerbare feiten Professioneel gerichte bachelor in de Verpleegkunde, 2014). Ook in Hogeschool Gent wordt voedings- en dieetleer gegeven in de opleiding. Dit hoort bij het vak basiswetenschappen 2 van het eerste opleidingsjaar ("Programma Bachelor in de verpleegkunde", 2015).

In de Artevelde Hogeschool Gent wordt voedingsleer gegeven in het eerste opleidingsjaar en dit onder de vorm van biomedische wetenschappen 2. Voedingsleer telt mee voor twee studiepunten. Ook dieetleer wordt gegeven in deze school onder biomedische wetenschappen 3 in het tweede opleidingsjaar, echter wel maar voor één studiepunt (Artevelde Hogeschool ECTS-fiches verpleegkunde, z.j.).

Voeding hoort dus tot het opleidingspakket. Jammer genoeg worden deze lessen niet altijd als een van de belangrijkste beschouwd door studenten binnen de opleiding (Yalcin, Cihan, Gundogdu & Ocakci, 2013). Moore H. Adamson A., Gill T. & Waine C. (1999) bevestigen dat educatie vanuit de opleiding vaak niet genoeg is. Zo blijkt uit eerder verricht onderzoek dat de overgrote meerderheid van de afgestudeerde verpleegkundigen, onzeker is over hun kennis met betrekking tot voeding, voedingstoestand etc. In dit hoofdstuk wordt ook het belang van sensibiliseren aangekaart. Studenten moeten gesensibiliseerd worden voor het belang van voeding binnen het genezingsproces, dit door de lessen doorheen de opleiding. Ze moeten overtuigd worden van hun rol als adviesgever tegenover de patiënt waarbij ze effectief correcte adviezen geven. Hierdoor zouden ze een groter belang hechten aan de lessen voedingsleer, wat positief is voor de kennis. Het aantal lessen in de scholen moet dus optimaal benut worden (Moore, Adamson, Gill en Waine, 1999).

Het gaat echter niet alleen over kennis en de educatie betreffende voeding, ook leren de studenten het belang van multidisciplinair overleg kennen. Op die manier leren ze om samen te werken en te communiceren met medici en andere paramedici om de communicatie tussen de verschillende sectoren van de gezondheidszorg te bevorderen.

Door studenten te onderwijzen over multidisciplinair overleg met andere paramedici, krijgen ze een beter beeld over professionalisme in de klinische sector (Brehm, Breen, Brown, Long, Smith, Wall, Warren, 2006).

De opleiding verpleegkunde wordt voortaan een vierjarige opleiding. De nieuwe aanpak geeft ruimte om de opleiding te veranderen. Hierbij wordt de aandacht gevestigd op stage waarbij ze op het einde van hun opleiding al een deeltijdse functie zullen hebben in het werkveld. Omwille van de verlenging eist de opleiding dat de studenten deze bij afstuderen een bredere kennis hebben over hun beroep en hier ook naar kunnen handelen.

Er kan dus gesuggereerd worden dat er meer aandacht zal gevestigd worden op het opleidingsonderdeel voeding waardoor de student effectief een bredere kennis verwerft aangaande verscheidende aspecten van de zorg. Een mondelinge doorlichting met het opleidingshoofd verpleegkunde in Vives toont aan dat dit niet het geval is. In de vierjarige opleiding wordt het vak voedingsleer en dieetleer niet meer gegeven. Voeding wordt wel geïntegreerd in verschillende vakken zoals ouderenzorg, pediatrie,... Het vaste curriculum is nog niet beschikbaar. De opleiding verpleegkunde HBO5 wordt niet verlengd. Echter is de aangeboden voedingsgerelateerde kennis in deze opleiding beperkt (Vlaamse overheid, 2015).

De associatie KU Leuven vindt dat het nieuwe systeem alvast enkele voordelen heeft. De vierjarige opleiding is een generieke opleiding waarbij de verpleegkundige in alle domeinen van de verpleegkunde kan worden ingeschakeld. Dit heeft een positieve invloed op de carrièrekansen van de afgestudeerde. De studenten kunnen hun schakelprogramma naar master opnemen in het laatste jaar van de opleiding. Ze krijgen hier ook de kans om in het laatste opleidingsjaar een betaalde stage te lopen. Ook zijn ze beter voorbereid op een prestatie in het werkveld (Associatie KU Leuven, 2015).

1.4 Beschikbaarheid van educatieprogramma's voor verpleegkundigen

Educatie kan als een gering onderdeel van de opleiding beschouwd worden. Er is aangetoond dat deze niet genoeg is om een voldoende kennis te hebben omtrent voeding. Deze kennis is belangrijk om zo een goed antwoord te kunnen bieden op de vraag van de patiënt. Bovenstaand onderzoek naar kennis heeft uitgewezen dat de kennis gering is en dat deze verbeterd kan worden. Educatieprogramma's voor verpleegkundigen of bijscholingen zouden hier een oplossing voor zijn. Kim en Choue (2009) hebben aangetoond dat educatieprogramma's niet voldoende beschikbaar zijn voor de werknemers.

Slechts 30,3% van de 221 ondervraagde verpleegkundigen heeft al eens de kans gekregen om een bijscholing betreffende voeding te volgen. Dit is een zeer lage score gezien de nood aan vorming inzake het onderwerp (Kim en Choue, 2009).

1.5 Kennis verbeteren door educatie van verpleegkundigen

47% van de verpleegkundigen geeft aan dat “on the job training” een positief effect zou hebben op hun kennis. Een doorlichting van de kennis bij verpleegkundigen heeft uitgewezen dat er geen significant verband kan worden waargenomen in kennis tussen een verpleegkundige met jaren ervaring en een verpleegkundige die net is gestart. Beide groepen scoorden ondermaats (49,44%) op de 20 multiple choice vragen in dit onderzoek (Yalcin, Cihan, Gundogdu & Ocakci, 2013).

Enkele tools zijn online beschikbaar om een bredere kijk te creëren betreffende voeding. Eén van die tools is de “nutrition analyzer”. Dit programma is gebaseerd op de database van FNIC SR-19. Deze databank laat toe om de voeding van de patiënt in te geven. Op die manier kan de verpleegkundige een individuele voeding van een patiënt op een specifieke dag bekijken. Het programma zorgt ervoor dat 29 componenten van de voeding kunnen berekend worden. Een voorbeeld van dit programma is het gehalte aan calcium in de voeding van de patiënt. Zo kan de volledige voeding van de patiënt geanalyseerd worden door de verpleegkundige. Echter kan hier in vraag gesteld worden of dit programma betrouwbaar is aangezien deze gebaseerd is op fracties van het internet (Henning, 2009).

Ook werd het effect van een educatie in snel traject getest betreffende de kennis bij verpleegkundigen. Het snel traject omvatte basis vaardigheden, basis educatie omtrent voeding en specifieke factoren zoals moeilijkheden bij het eten gerelateerd aan malnutritie bij de patiënt... 16 verpleegkundigen deden mee aan dit trainingsprogramma en werden 1 week voor de start van de educatie geïnterviewd. 1 jaar later werden deze 16 verpleegkundigen opnieuw ondervraagd en werd het effect van de educatie bekeken door een vergelijking van de resultaten. Hier merkten de onderzoekers een positief effect op de kennis van de verpleegkundigen (Graarup, Pedersen en Bjerrum, 2014).

Een extra educatie heeft dus wel effect op de kennis. Yalcin, Cihan, Gundoghu & Ocakci (2013) ondervonden dat verpleegkundigen die een extra educatie volgden, een grotere kennis over voeding hebben dan hun collega's die dit niet deden (Yalcin, Cihan, Gundogdu & Ocakci, 2013).

2 De eetgewoonten van de verpleegkundige en de zorgkundige

2.1 De voeding van de verpleegkundige

Niet alleen kennis van voeding, voedingsmiddelen, voedingsrichtlijnen en diëten bij verpleegkundigen is van belang. Ook kan de vraag gesteld worden of het eetpatroon en de kennis van een gezonde levensstijl een invloed heeft op het voedingspatroon van de verpleegkundige zelf. Werknemers zoals verpleegkundigen en zorgkundigen moeten een goede voeding hebben om voldoende energie te hebben gedurende de werkdag.

Het is alom gekend dat er een onderbemanning is in ziekenhuizen. Rogers, Hwang en Scott (2004) hebben onderzoek gevoerd naar de pauzes doorheen de dienst van de verpleegkundige. Uit dit onderzoek bleek dat de gemiddelde pauze van een verpleegkundige 23,8 minuten bedraagt. Dit is over een shift van 7 à 8 uur. Het is niet uitzonderlijk dat de pauze onderbroken wordt door een voorval op de dienst. Daarom slaan veel verpleegkundigen de pauze over, waardoor ook regelmatig geen maaltijd genuttigd wordt. Tussen de patiëntenzorg door een maaltijd nuttigen is dus vaak een oplossing om de maaltijd toch te consumeren (Rogers, Hwang en Scott, 2004).

9 op de 10 verpleegkundigen werken per shift zo'n 45 minuten over. Tijdsdruk speelt dus ook zeker een rol in het nemen van pauzes. De verpleegkundige moet vaak kiezen tussen pauze en overwerken. Indien geen pauze genomen wordt, is de kans kleiner dat er moet overgewerkt worden. De ondervraagden nemen dan ook 10% van hun shiften geen pauze.

Pauze associëren de verpleegkundigen en zorgkundigen dus vaak met tijdverlies. De tijd die ze als pauze nemen zien ze als kostbare tijd dat verloren gaat in de zorg van de patiënt (Rogers, Hwang en Scott, 2004).

Een evenwichtige lunch is dan ook zelden aanwezig. Vaak bestaat de lunch die ze hebben uit een snack uit de cafetaria of een koekje. Giftshops en automaten in het ziekenhuis zijn dan ook niet ver weg. Ook worden traktaties door patiënten niet geweigerd. Deze bestaan uit koekjes, chocolade en andere zoetigheden (Rogers, Hwang en Scott, 2004). Het is dan ook moeilijk om deze te weerstaan aangezien de mens een aangeboren drang heeft naar zoet.

2.2 Invloed op het lichaam door een veranderd eetpatroon

Een onregelmatig voedingspatroon kan een effect hebben op het lichaam. Zo hebben verpleegkundigen, die shiftwerk uitoefenen vaker een tekort aan de vitaminen van de groep B. Een tekort aan B-vitaminen kan zorgen voor huidaandoeningen zoals ontstekingen van de mondhoeken en lippen, dit vooral bij een tekort aan vitamine B₂. Ook komen

huidaandoeningen voor bij een tekort aan vitamine B₃, B₆ en B₈. Een deficiëntie aan vitamine B₆, B₁₁ en B₁₂ kan zorgen voor afwijkingen in het bloed zoals (pernicieuze) anemie. Zo kan een tekort aan vitamine B₁₁ zorgen voor een stijging van het homocysteïnegehalte. Een verhoging van deze stof is toxisch voor de endotheelcellen van bloedvaten. Hierdoor kunnen lipiden in het bloed zich makkelijker vastzetten, wat de kans op atherosclerose verhoogt (Stegeman, 2013). De keuze van het soort voedsel kan hiermee te maken hebben. Vitaminen van de groep B zitten vooral in melk en melkproducten en in dierlijke producten zoals vlees, vis en eieren (Naghashpour, Amani, Nematpour, Haghighizadeh, 2013). Dit is niet het enige probleem. Zo kampt 20-75%, van de verpleegkundigen die aan shiftwerk doen, met gastro-intestinale problemen (Atkinson, Fullick, Grindey, Maclaren, Waterhouse, 2009).

Een goede vochtbalans is nodig voor het uitoefenen van een beroep. Zo toonden enkele studies aan dat een vochtverlies van meer dan 2% van het lichaamsgewicht een negatief effect heeft op de handelingen en de cognitieve prestaties van de verpleegkundige. De productiviteit van de verpleegkundige gaat achteruit maar ook het vermogen om beslissingen te nemen daalt (Alomar, Akkam, Alshqar & Eldali, 2013 en El-Sharkawy, Bragg, Watson, Neal, Sahota, Maughan & Lobo, 2015).

Uit onderzoek resulteert dat verpleegkundigen gedehydrateerd zijn na hun shift. Ze verliezen zo'n 0,12 kg van hun gewicht tijdens de shift. Dit is echter een verschil met artsen die zo'n 0,57 kg van hun lichaamsgewicht verliezen (Alomar, Akkam, Alashqar & Eldali, 2013).

Gewichtsverlies door dehydratatie is niet het enige probleem, een studie uit Nottingham wijst uit dat verpleegkundigen vaak voor de shift al gedehydrateerd zijn (El-Sharkawy, Bragg, Watson, Neal, Sahota, Maughan & Lobo, 2015).

De verpleegkundigen uit de studie namen meer vocht in dan de artsen en wat ten voordele komt van hun gewichtsverlies aan vocht en dus aan de prestaties van de verpleegkundige (Alomar, Akkam, Alashqar & Eldali, 2013).

2.3 Overgewicht bij verpleegkundigen

Overgewicht bij verpleegkundigen komt vaker voor dan vroeger. Dit komt hoofdzakelijk door een onevenwichtig eetpatroon en snacks tussendoor.

Een studie uit Vlaanderen toont aan dat de gemiddelde Vlaming een BMI van 25,3 heeft. Dit ligt net buiten de categorie van een gezond gewicht. 48% van de Vlamingen heeft hierbij overgewicht en 13% is zwaarlijvig. Volgens dit onderzoek blijft het aantal Vlamingen met overgewicht stijgen (Drieskens, 2013). In Schotland werd de Body Mass Index van zowel verpleegkundigen, huisartsen en diëtisten naast elkaar gelegd. 6% van de 509 verpleegkundigen, 4,1% van de huisartsen en 1,2% van de diëtisten had obesitas. 22,6% van de verpleegkundigen had overgewicht. Dit wil zeggen dat 28,6% van de verpleegkundigen een

ongunstige BMI heeft. Uit deze vergelijking blijkt dus dat verpleegkundigen meer met obesitas te maken hebben dan diëtisten en artsen (Hankey, Eley, Leslie, Hunter & Lean, 2003). Een studie dat deze waarneming bevestigd vond dat 31,8% van de 2494 ondervraagden overgewicht heeft en 26,9% obesitas. Dit wil zeggen dat slechts 40,3% van deze verpleegkundigen een normaal gewicht heeft. Dit is een zeer laag cijfer in vergelijking met de 58,7% die kampt met overgewicht of obesitas (Zhao, Bogossian, Song, Turner & Dip, 2011). In België werd zo'n studie, specifiek voor verpleegkundigen, nog niet verricht en kan enkel een vergelijking gemaakt worden op basis van de gemiddelde Body Mass Index van de Vlaming.

2.4 Onregelmatige diensturen en overgewicht

Bij verpleegkundigen wordt in shiften gewerkt, waarbij deze bestaan uit een dagshift, een nachtshift, vroege shift of een laatavond shift.

Het eetgedrag van de werknemer past zich aan, aan de onregelmatig shifturen. Hierdoor kan vaak de traditionele maaltijd van thuis niet genuttigd worden. Ze nemen dus vaker een snack en een snelle hap mee naar het werk. Zo werd aangetoond dat vooral nachtshiften voor problemen zorgen. 's Nachts daalt de glucosetolerantie van het lichaam waardoor het minder grote hoeveelheden glucose kan verwerken. Deze verwerking is nodig indien men een kleine maaltijd of snack nuttigt gedurende de nachtshift. Ook zorgt nachtelijk eten voor een stijging van LDL/HDL-ratio wat dan weer een negatief effect heeft op hart en bloedvaten. 's Nachts eten zorgt dus voor een hoger risico op hart- en vaatziekten (Atkinson, Fullick, Grindey, Maclaren & Waterhouse, 2009). Er kan een verschil aangetoond worden tussen verpleegkundigen die nacht- of avondwerk doen en de verpleegkundigen die dagwerk doen. Sinds aanvang van hun beroep ondervinden nacht- en avondwerkers een grotere gewichtsstijging dan de dagwerkers. Nacht- en avondwerkers zijn sinds de start als verpleegkundig gemiddeld 4,4kg bijgekomen, bij dagwerkers is dit slechts 0,7kg (Geliebter et al., 2000). Uit onderzoek resulteert dat hoe langer verpleegkundigen aan nachtwerk doen hoe hoger de body mass index. Verpleegkundigen die dus al jaren nachtwerk doen hebben dus een grotere kans op overgewicht (Peplonska, Bukowska & Sobala, 2015).

2.5 Onregelmatige diensturen en fysieke activiteit

Overgewicht is meestal niet enkel toe te schrijven aan een onregelmatige voeding. Ook fysieke activiteit is belangrijk om overgewicht tegen te gaan. Onregelmatige diensturen zorgen ervoor dat sport moeilijk te combineren is. Sporten voor of na de shift is voor verpleegkundigen vaak minder aantrekkelijk door de onregelmatige diensturen. Verpleegkundigen geven dan ook tijdsgebrek en vermoeidheid aan als oorzaken van een lage fysieke activiteit. (Atkinson, Fullick, Grindey, Maclaren & Waterhouse, 2009). Ook teamsport is moeilijk. Teamsport vindt op

meestal dezelfde tijdstippen plaats waardoor dit niet steeds aan te passen is aan de werkuren (Atkinson, Fullick, Grindey, Maclaren & Waterhouse, 2009). Ook is er een verschil in fysieke activiteit tussen verpleegkundigen die vaak avondshiften en nachtshiften werken en verpleegkundigen die enkel dagdiensten werken. Hun fysieke activiteit is dus lager dan deze van dag werkers, dit doordat late werkuren niet stimuleren om aan sport te doen. (Zhao, Bogossian, Song, Turner & Dip, 2011).

2.6 Beschikbaarheid van gezonde voeding en bewegingsfaciliteiten

Gezonde voeding zou op elke werkplaats aanwezig moeten zijn. Onderzoek wijst uit dat 40% van de verpleegkundigen en zorgkundigen opmerkt dat gezonde voeding niet of onvoldoende aanwezig is in hun ziekenhuis. Fitness faciliteiten werden bevraagd waarbij 64% van de verpleegkundigen en zorgkundigen vermeldt dat fitness faciliteiten niet aanwezig zijn op het werk (Smith, Fritschi, Reid, Mustard, 2012).

Voor of na hun shift zijn verpleegkundigen dus minder geneigd om te sporten. Dit komt doordat een sport- of bewegingsgelegenheid vaak ver van huis is. Indien deze aanwezig zou zijn op de werkvloer zou de stap naar beweging ook kleiner zijn.

3 Invloed op de patiënt door een gebrek aan kennis en door de voedingsgewoonten van de verpleegkundige

Communicatie is fundamenteel voor de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige. De patiënt krijgt verbaal info over de behandeling en wordt op die manier voorbereid op het verblijf in het ziekenhuis. Een goede communicatie is dus vanaf het eerste moment belangrijk om de patiënt mentaal voor te bereiden. We kunnen stellen dat kennis en gewoonten van verpleegkundigen via deze communicatie tussen verzorger en patiënt worden doorgegeven. Er kan in vraag gesteld worden of deze doorgave van kennis tussen patiënt en verpleegkundige, via deze communicatie, een invloed heeft op de patiënt (McCabe, 2002 en Salazar, 2014).

3.1 Het belang van een goede communicatie als basis voor zorgverlening

Communiceren maakt deel uit van het beroep als verpleeg- of zorgkundige. Aspecten zoals medicatie, inlichten van de patiënt, steun geven en vertrouwen winnen horen bij de taak van een verpleegkundige/zorgkundige en kunnen gerealiseerd worden door een correcte communicatie. Communicatie vindt plaats wanneer de zender, in dit geval de verpleegkundige, een boodschap overbrengt naar de ontvanger, de patiënt. Hierbij begrijpt de ontvanger de boodschap volledig en delen ze hun mening over de boodschap. Deze

communicatie dient als basis om noden en behoeften van de patiënt duidelijk te maken tegenover de verpleeg- of zorgkundige. Hier speelt de zorgverlener op in. Communicatie speelt dan ook een belangrijke rol in de tevredenheid of klachten tegenover de zorg (Newell, Entrep & Jordan, 2015).

De patiënt heeft dan ook bepaalde verwachtingen van het verblijf in het ziekenhuis. De patiënt vraagt een allesomvattende individuele zorg met aandacht voor het ethische aspect van de zorg. In deze individuele zorg komt ook educatie aan bod. De patiënt verwacht via communicatie een educatie van de verpleegkundige over de ziekte, de behandeling... (Kalyani, Kashkooli, Molazem & Jamshidi, 2014). Het is dus nodig dat de patiënt zijn/haar verwachtingen open kan vertellen aan de zorgkundige of verpleegkundige, dit kan door zowel verbale als non verbale communicatie. Door communicatie kan de verpleegkundige of zorgkundige het vertrouwen winnen wat positief voor de zorgverlening (McCabe, 2002).

Zoals vermeld is een goede verbale communicatie tussen de patiënt en de verpleeg- of zorgkundige nodig zodat de patiënt goed begrijpt welke behandeling er gevolgd zal worden en wat hem/haar zal te wachten staan. De patiënt wordt op die manier mentaal voorbereid op de therapie wat een voordeel is voor het verloop van de therapie van de patiënt. Wanneer de patiënt overladen wordt met moeilijke termen, door een verkeerde communicatie, ontstaat er mentale stress. Dit zal de verbale communicatie tussen de patiënt en zijn/haar verzorger vermoeilijken waardoor ook de zorgverlening van de verschillende aspecten zoals vertrouwen winnen... moeilijk wordt. De verpleegkundige gebruikt dus best goed verstaanbare woordenschat, als basis voor een goede communicatie zodat de patiënt niet overladen wordt met moeilijke begrippen (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Een goede non-verbale communicatie toont de echtheid van de verpleeg- en zorgkundige. De patiënt ziet dat de verpleegkundige/zorgkundige oprecht zorg verleent. Een goede non-verbale communicatie stemt overeen met de verbale communicatie.

3.2 Communicatie tussen de diëtist(e) en de patiënt

Niet alleen verpleegkundigen hebben een allesomvattende zorgtaak, ook diëtisten hebben een belangrijke taak in de zorgverlening tegenover de patiënt. De diëtist(e) is een belangrijke schakel tussen de keuken, waar de dieetvoeding wordt bereid, en de afdeling (Stegeman, 2013). Uit onderzoek blijkt dat een tussenkomst van een diëtist(e) in de zorgverlening een positieve invloed heeft op het genezingsproces van de patiënt. Multidisciplinair overleg is dus zeker van belang voor een goede zorgverlening (Weddle, Tu, Guzik & Ramakrishnan, 1995).

Voor diëtisten is het dus ook belangrijk om het vertrouwen van de patiënt te winnen en een goede communicatie te hebben. Door een vertrouwensrelatie voelt de patiënt zich rustig en kan deze persoon goed nadenken waardoor een eerlijke communicatie ontstaat. Dit is noodzakelijk om een goed beeld te krijgen van de voedingsgewoonten van de persoon. Het is

dan ook belangrijk dat de persoon alles vermeldt tijdens de voedingsanamnese en geen voedingsmiddelen vergeet of achterhoudt. Een voedingsanamnese is een verzamelnaam voor diverse technieken om de inname van een persoon in te schatten. Wanneer de patiënt de diëtist(e) niet vertrouwt bestaat de kans dat er een verkeerd beeld ontstaat van het voedingspatroon. Zo kan bijvoorbeeld snoepgoed niet vermeld worden door de patiënt uit schaamte. Dit heet dan onderrapportage. De keuze van zo'n voedingsanamnese wordt dan ook beïnvloed door de persoon zelf, de middelen en de aard van het probleem (De Vries, De Boer en Hulshof, 2007).

3.3 Communicatie tussen de patiënt en verpleegkundige/zorgkundige zorgt voor een persoonlijke band

Een persoonlijke band met de patiënt waarbij empathie, medeleven en vertrouwelijkheid een rol speelt ontstaat pas na een bepaalde tijd. Deze ontstaat, zoals hierboven, enkel door middel van een goede communicatie tussen de twee partijen. Het contact met de patiënt doorloopt vier fases vooraleer een persoonlijke band ontstaat waarbij de patiënt zijn verzorger volledig vertrouwt. De eerste fase vindt plaats vanaf het eerste ogenblik dat de patiënt wordt opgenomen. De verpleegkundige toont hierbij interesse en bereidheid om voor de patiënt te zorgen. Daarna wordt de focus gelegd op de ethische kant van de zorg. Een goede behandeling is namelijk voor de patiënt van essentieel belang. Dit om ook de patiënt tevreden te houden gedurende de opname. In de derde fase wint de verpleegkundige het vertrouwen van de patiënt. Dit doet de verpleegkundige door empathisch te handelen en ook ten alle tijde vriendelijk te zijn (Salazar, 2014). Empathisch handelen is nodig om de patiënt te laten voelen dat de verpleeg- of zorgkundige de gevoelens van de persoon begrijpt, dat ze de situatie begrijpen en om hen geven als persoon en niet als een zieke persoon (McCabe, 2002).

Communicatievaardigheden spelen in de vierde fase een rol. Zoals eerder vermeld is zonder communicatie een persoonlijke band niet mogelijk (Salazar, 2014). Een goede, eerlijke communicatie is dus belangrijk zodat de patiënt zijn of haar noden aan de verzorger toevertrouwt. Door deze persoonlijke feiten uit te wisselen ontwikkelt er zich een persoonlijke band wat positief is voor de patiëntenzorg en dus positief voor het genezingsproces van de patiënt. (McCabe, 2002; Newell, Entrep & Jordan, 2015)

De communicatie kan bevorderd worden door individualisering van de zorg. Wanneer de verpleegkundige de patiënt bij naam aanspreekt zal de patiënt eerder geneigd zijn om open en eerlijk te praten over de ziekte. Individualiseren van een gesprek heeft dus een positief effect op de relatie tussen verpleeg- of zorgkundigen en hun patiënt (McCabe, 2002).

3.4 Verschil contact tussen verpleegkundige en patiënt met medici zoals artsen en paramedici zoals diëtist(e)

In tegenstelling tot de verpleeg- of zorgkundige is een diëtist(e) niet altijd aanwezig op de dienst. Hierdoor kunnen patiënten niet altijd direct vragen stellen aan de diëtist(e). Daarom zijn verpleegkundigen voor de patiënt vaak een houvast. Ze zijn steeds aanwezig waardoor de patiënt de vraag, die oorspronkelijk voor de diëtist(e) was, aan de verpleegkundige stelt. Een diëtist(e) heeft dus niet zo'n sterke band met de patiënt als de verpleegkundige (Al-Shwaiyat et al., 2013).

Dokters en patiënten komen vaak in contact met elkaar. Na de eerste ontmoeting wordt de patiënt op regelmatige basis bezocht in het ziekenhuis. Indien de patiënt klachten heeft zal de dokter hierbij gecontacteerd worden door de verpleegkundige. Echter is de band tussen de patiënt en zijn dokter minder hecht dan deze met verpleegkundigen. De dokter wordt gezien als de persoon die slecht nieuws komt vertellen waardoor op die manier een barrière ontstaat tussen de patiënt en de dokter. Slecht nieuws wordt geassocieerd met een slecht gevoel waardoor een persoonlijke band tussen dokter en patiënt minder snel gevormd wordt. De patiënt vindt de aanwezigheid van de dokter belangrijk. Zo merkt deze dat de dokter hem/haar begrijpt en wil steunen in het ziekteproces. De patiënt moet dus merken dat de dokter geïnteresseerd is waardoor toch enige band kan worden opgebouwd (Goold & Lipkin, 1999).

3.5 Problemen in de communicatie

De patiënt verwacht een persoonlijke aanpak, met naam aangesproken worden is dus 1 van de vereisten van de patiënt. Individualiseren is jammer genoeg soms moeilijk. De verpleegkundige is bezig met zijn/haar zorgtaak waardoor een gesprek met de patiënt vaak niet mogelijk is. Tijdsdruk en onderbemanning spelen dus een rol als het gaat over de allesomvattende zorg van de persoon. Als een gesprek toch mogelijk is, gaat het vaak over de noden van de patiënt en de behandeling (McCabe, 2002). Een verpleegkundige of zorgkundige heeft regelmatig een persoonlijke babbel met de patiënt als deze in het voordeel speelt van de zorgtaak.

Patiënten zijn soms niet in staat om te communiceren. Hierbij wordt de communicatie beïnvloed door factoren zoals pijn. Pijn zorgt ervoor dat patiënten geen lange gesprekken kunnen aangaan of zorgt ervoor dat de patiënt niet met volle aandacht bij het gesprek is. Medicatie is vaak ook een beïnvloedende factor. Het kan ervoor zorgen dat de patiënt niet in staat is te praten waardoor communicatie moeilijk wordt (Al-Shwaiyat et al., 2013).

Taal is de basis van een verbale communicatie. Wanneer de verzorger een taalbarrière ondervindt tussen de patiënt en de verzorger, is communicatie moeilijk. Een onderzoek naar barrières in de zorg tussen dokters en patiënten heeft uitgewezen dat de taal het grootste probleem is voor communicatie. Wanneer de patiënt de uitleg van de dokter niet verstaat of de dokter onvoldoende begrijpt wat het probleem van de patiënt is, kan er een misverstand optreden. Dit misverstand zorgt er voor dat patiënten niet tevreden zijn met de zorg die hen aangeboden wordt (David & Rhee, 1998).

Een persoonlijke band opbouwen door een goede communicatie is dus niet in elke omstandigheid mogelijk. Het ontstaan van misverstanden is hier dus niet ver weg.

3.6 Invloed op voedingsgedrag van de patiënt

3.6.1 Invloed op de patiënt door de kennis

Kennis omtrent voeding is belangrijk om een goede voedingszorg voor de patiënt te garanderen. Er is een positief verband aangetoond tussen een positieve houding tegenover de voedingstoestand van de patiënt en de kennis van de verpleegkundige. Hoe groter de kennis van een verpleegkundige of zorgkundige, hoe meer belang ze zullen hechten aan de voeding als onderdeel van de zorg (Yalcin, Cihan, Gundogdu & Ocakci, 2013).

Dit blijkt ook uit een onderzoek verricht naar kennis. Een vragenlijst werd verstuurd naar verschillende verpleegkundigen. De verpleegkundigen hebben hadden de keuze om al dan niet deel te nemen aan het onderzoek. 70% van de verpleegkundigen scoorden goed op de vragen. Verpleegkundigen die kozen om deel te nemen voelen zich dus sterker betrokken bij voeding en scoren dus beter op het onderzoek. De respons van dit onderzoek was slechts 34% (Warber J.I. , Warber J.P., Simone, 2000).

Voeding is voor verpleegkundigen en zorgkundigen niet een van de hoofdtaken van hun werk. Onderdelen zoals verzorging, medicatie... maken hier wel deel van uit. De aandacht voor voeding is een belangrijke zorgtaak voor de verpleegkundige. Dit neemt wel kostbare tijd in beslag. Uit eerder onderzoek is gebleken dat 9 op 10 verpleegkundigen zo'n 45 minuten overwerkt per shift. Het duurt dan ook zo'n half uur per patiënt om hen te assisteren met eten. Dit is kostbare tijd die ze kunnen spenderen aan een andere zorgtaak zoals medicatie. Dit komt niet ten goede van de zorg voor voeding tegenover de patiënt (Rogers, Hwang en Scott, 2004).

Wanneer de patiënt moeite heeft met eten, is het de verantwoordelijkheid van de verpleeg- of zorgkundige om hierbij te assisteren. Wanneer ze door gebrek aan kennis voeding niet prioritair beschouwen is de kans op ondervoeding of een slechte voedingstoestand bij de patiënt reëel (Kowanko, Simon & Wood, 1999).

In eerder onderzoek werd aangetoond dat tussen de verpleegkundige en de patiënt een band kan ontstaan. Deze wordt ondersteund door een goede communicatie. Er wordt dan ook informatie uitgewisseld tussen de verzorger en de patiënt. Het is dan ook niet ongewoon dat de patiënt advies vraagt over items zoals voeding.

Indien een verpleegkundige of zorgkundige niet over voldoende kennis beschikt over voeding is de kans reëel dat er foute informatie wordt doorgespeeld aan de patiënt (Salazar, 2014).

Een onderzoek naar voeding in de eerste zorg heeft uitgewezen dat 38% van de patiënten effectief voedingsadvies ontvangt via deze zorg (Piñeiro et al., 2005). Murray, Narayan, Mitchell en Witte (1993) hebben onderzoek verricht naar de kennis bij verpleegkundigen. Uit dit onderzoek blijkt dat verpleegkundigen effectief advies geven aan de patiënt. Jammer genoeg bleek dat 40% van de voedingsadviezen fout was.

Foute voedingsadviezen worden hoogstwaarschijnlijk ook doorgegeven aan de patiënt, dit door de goede communicatie die een band ondersteunt. Wanneer dit advies een effect heeft op de gezondheidstoestand van de patiënt, zoals voedingsadvies bij diabetici, kan dit de gezondheid van de patiënt in gevaar brengen (Murray, Narayan, Mitchell en Witte, 1993).

3.6.2 Invloed op de patiënt door de voedingsgewoonten

De voedingsgewoonten van de verpleegkundige zijn niet enkel belangrijk voor de verpleegkundige zelf maar ook voor de patiënt. Hoe beter de voeding van de verpleegkundige, hoe groter de kans dat de patiënt hier een positieve invloed van ondervindt (Reed, 2014). Uit een onderzoek van Hankey, Eley, Leslie, Hunter en Lean (2003) blijkt dat 6% van de ondervraagden een BMI hoger had dan 30. Dit overgewicht is meestal te verklaren door een onregelmatig eetpatroon waarbij vaak snacks gegeten worden in combinatie met een tekort aan sport.

Wanneer de verpleegkundigen zelf geen belang hechten aan hun eigen voedingsgewoonten, is het mogelijk dat de voeding van de patiënt hierdoor beïnvloed wordt. Patiënten zijn namelijk zeer gevoelig voor het gedrag van hun verzorger (Hankey, Eley, Leslie, Hunter en Lean, 2003; Reed 2014).

4 Onderzoeksmiddelen naar kennis

4.1 Globaal

Onderzoek naar kennis bij verpleegkundigen over voeding is alom gekend in de wereld. Zo werd in Europa al verscheidene keren onderzoek verricht naar deze kennis. Dit in de landen Denemarken, Zweden, Noorwegen, Schotland en het Verenigd Koninkrijk.

Telkens werd het onderzoek vooral uitgevoerd via vragenlijsten. Deze vragenlijsten bevatten vaak stellingen waarbij de respondent moet weergeven in welke mate de persoon akkoord of niet akkoord is met een stelling.

Er worden veelal vragen gesteld uit alle facetten van de voeding waardoor de onderzoeker een algemeen beeld krijgt over de kennis van de delen van de voeding.

Judith L. Buttriss (1997) voerde onderzoek uit in het Verenigd Koninkrijk. In deze studie werden 51 verpleegkundigen getest op hun kennis. Het eerste deel van de vragenlijst bestond uit verschillende termen van de voeding zoals vezels, cholesterol, verzadigd vet, transvetzuren, suikers... Hier werd de verpleegkundigen gevraagd om aan te geven hoe overtuigd ze zijn van hun vaardigheid om deze termen uit te leggen. Zo verklaarde 78% van de ondervraagden dat ze geen vertrouwen hadden in hun uitleg van transvetzuren. Zo was ook 65% niet zeker betreffende de uitleg omtrent suikers.

In het tweede deel van de studie werd ook gevraagd naar enkele specifieke concepten. Opnieuw werd gevraagd om hun vertrouwen in hun uitleg te uiten. Hieruit bleek dat 54% van deze verpleegkundigen het verschil tussen verzadigd vet, mono-onverzadigd en poly-onverzadigd vet moeilijk kan aangeven en dat ze dus ook niet zeker zijn van hun uitleg hierover. Ook over het verschil tussen HDL (=High Density Lipoproteïnen) en LDL (=Low Density Lipoproteïnen) was 32% van de ondervraagden niet zeker (Buttriss,1997).

In deze studie werd de kennis dus niet met specifieke inhoudsvragen over voeding getest. Er werd wel gebruik gemaakt van een schaal waarbij zekerheid tegenover de uitleg van bepaalde termen en concepten in kaart werd gebracht. Zo kon de verpleegkundige bijvoorbeeld aangeven of hij/zij zeker of onzeker was over het item transvetzuren. De respons voor elke groep van de vragenlijsten was hier >40% wat de kwaliteit van het onderzoek bevordert (Buttriss,1997).

Naast dit onderzoek werd ook Schotland als deel van het Verenigd Koninkrijk apart bestudeerd. Hier werd een vragenlijst in verband met voeding en de kennis hierrond verstuurd naar 70 gezondheidswerkers, waarbij 58 van deze de vragenlijst ingevuld terugstuurden. Van deze 58 gezondheidswerkers deden 42 verpleegkundigen mee aan de studie. Er werd een Likert-schaal gehanteerd, dit wil zeggen dat de respondenten moeten aangeven in welke mate de verpleegkundige of zorgkundige akkoord of niet akkoord is met een bepaalde stelling of begrip. Aan de hand van deze schaal weet de onderzoeker hoe goed de kennis van deze ondervraagden is. Uit deze studie blijkt dat de verpleegkundigen enige

kennis betreffende voeding hebben, maar dat deze niet specifiek genoeg is (Murray, Narayan, Mitchell en Witte, 1993).

Vraag 3 Kruis aan in welke mate u onderstaande zaken belangrijk vindt in het leven

	Zeer belangrijk	Belangrijk	Redelijk belangrijk	Enigszins belangrijk	Onbelangrijk	Geen mening / N.v.t.
Aanzien hebben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambities hebben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onafhankelijk zijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spanning zoeken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinderen hebben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figuur 2: Voorbeeld Likert-schaal (Seegers, 2015)

Bij een onderzoek in Denemarken, Noorwegen en Zweden werd de kennis over voeding grootschalig getest er werd aan 2759 verpleegkundigen een vragenlijst gegeven waarbij uitspraken aangaande voeding werden bevestigd. Hier moesten de verpleegkundigen aanduiden of ze akkoord, eerder akkoord, eerder niet akkoord of niet akkoord waren. Hierin werden er ook vier specifieke vragen gesteld over de kennis in de voedingszorg om de kracht van deze studie te versterken. Om de visie van de verpleegkundigen te weten te komen werd aan de respondenten gevraagd om een markering te zetten op een schaal van 1 tot 10. Zo werden de scores omgezet in termen zoals een slechte kennis, een middelmatige kennis of een goede kennis, wat meer betekenis heeft voor dit onderzoek (Mowe et. al. 2007).

Uit dit onderzoek bleek dat de kennis van de verpleegkundigen ondermaats was. In deze studie werd de kennis bevestigd aan de hand van stellingen. In dit onderzoek werd dus gebruik gemaakt van een Likert-schaal. Echter antwoordde slechts 2759 van de 6000 verpleegkundigen op de verstuurdde vragenlijst. (Mowe et. al. 2007).

Een apart onderzoek in Noorwegen onderzocht barrières voor de verpleegkundigen om voedingszorg te verstrekken. De voornaamste barrière dat in deze studie naar voor kwam was de behoefte aan deskundigheid op vlak van voedingszorg. Deze studie werd verricht doormiddel van focusgesprekken. Er werden 16 verpleegkundigen gevraagd om mee te werken aan deze studie. In het totaal vonden 4 focusgroepen plaats met telkens 4 verpleegkundigen in elke groep (Eide, Halvorsen en Almendingen, 2014).

Door een mondeling gesprek is enige diepgang mogelijk. De onderzoeker kan op deze manier meer vragen stellen waarbij hij of zij ook een grotere controle heeft op de antwoorden van de respondent.

De methode van vraagstelling bij een onderzoek is dus zeker van belang. Hierboven werd vooral de Likert-schaal gebruikt als methode om kennis te achterhalen. Specifieke vragen worden soms gehanteerd, dit ter versterking van de schaal. Spijtig genoeg is er vaak een probleem met de respons van het onderzoek. Bij mondelinge bevestiging is de respons niet zo'n groot probleem en kan er dieper ingaan worden op de gestelde vraag.

Niet alleen in Europa werd onderzoek verricht, ook in landen zoals Iran, Turkije, Canada (New England), Australië, Jordanië en Korea werden onderzoeken verricht over kennis van voeding. Algemeen stellen deze onderzoeken vast dat de kennis aangaande voeding op verschillende domeinen beperkt en eerder ondermaats is bij verpleegkundigen.

De meeste landen buiten Europa hanteerden een vragenlijst. Er werd dus minder gewerkt met een Likert-schaal dan bij de Europese onderzoeken.

Enkel Australië voerde onderzoek uit via interviews. Een gering aantal van 7 verpleegkundigen werden geïnterviewd betreffende het onderwerp voeding. In het gesprek kwamen items zoals de definitie van voeding, gezonde menu's, voeding en wondzorg, ondervoeding, educatie... aan bod. (Kowanko, Simon en Wood, 1999). Door een interview af te nemen is de kans op non-respons veel kleiner, je krijgt vollediger antwoorden dan bij een vragenlijst.

4.2 In België

Onderzoek naar kennis van voeding bij verpleegkundigen in België en/of Vlaanderen is beperkt. Specifiek werd reeds gepeild naar de kennis over voeding bij doorligwonden. Hierbij werd de kennis getest van zo'n 54 verpleegkundigen en 91 assistent verpleegkundigen. Testen van kennis werd verricht doormiddel van 26 multiple choice vragen aangaande classificatie, voeding en etiologie. Deze onderwerpen waren inbegrepen in het programma PUKAT (= Pressure Ulcer Knowledge Assessment Tool) waarmee de kennis van de verpleegkundigen werd getest (Demarré Liesbet, Vanderwee Katrien, Defloor Tom, Verhaeghe Sofie, Schoonhoven Lisette en Beeckman Dimitri, 2011).

De kennis over algemene zaken ter preventie van doorligwonden van de 54 verpleegkundigen was 29,3%. Kennis betreffende het thema voeding werd ook in kaart gebracht bij deze verpleegkundigen waarbij slechts 19,1% over een goede kennis beschikte aangaande voeding ter preventie van doorligwonden. In dit onderzoek werden ook de attitudes tegenover de preventie van doorligwonden getest. Deze scoorden echter beter dan de kennis. 74,5% had een positieve attitude. Er was geen verband tussen attitudes en kennis omtrent dit onderwerp (Demarré, Vanderwee, Defloor, Verhaeghe, Schoonhoven en Beeckman, 2011).

Verder onderzoek naar de kennis over voeding is beperkt. Een verkenning van dit in Vlaanderen en/of België is aangewezen.

5 Conclusie van de literatuurstudie

Uit tal van studies blijkt dat de kennis van verpleegkundigen oppervlakkig is en niet voldoende gespecificeerd om een bepaalde problematiek aan te pakken. Niet alleen is kennis betreffende decubitus en de voedingstoestand van de patiënt belangrijk, ook kennis over welvaartsziekten en hun specifieke diëten is tegenwoordig niet meer weg te denken in de klinische sector. Vaak is de kennis van de verpleegkundige ontoereikend om deze zorg voor voeding, naast de diëtist(e) te realiseren. De patiënt ondervindt hiervan enkele nadelen. De verpleegkundige en

de patiënt staan in nauw contact met elkaar. Dit heeft tot gevolg dat heel wat informatie doorgespeeld wordt. Deze informatie blijkt dikwijls foutief te zijn, wat de curatieve behandeling negatief kan beïnvloeden. Ook hecht de verpleegkundige minder belang aan de voedingsgerelateerde zorg doordat dit gezien wordt als een bijkomstige zorgtaak. Tijdsgebrek speelt hierin een grote rol.

Niet alleen de kennis aangaande voeding is belangrijk voor uitoefenen van de zorgtaak, ook speelt de impact van de job samen met een tekort aan kennis een grote rol op het eigen voedingspatroon van de verpleegkundige. Shiftwerk zorgt ervoor dat een normaal voedingspatroon verstoord wordt. Uit de literatuur is gebleken dat verpleegkundigen die shiftwerk doen een hogere BMI hebben dan verpleegkundigen die dagwerk uitvoeren. Verpleegkundigen in shiftwerk hebben dus vaker overgewicht.

DEEL 2

6 Probleemstelling

Charlotte Verhaeghe voerde in 2014-2015 een bachelorproef uit en stelde hier een brochure op voor vrouwen met overgewicht. Hierin werd het verband met zwangerschapsdiabetes en vruchtbaarheid verduidelijkt. De bachelorproef werd verricht in samenwerking met gynaecologen en vroedvrouwen. In de loop van deze bachelorproef bleek dat sommige vroedvrouwen een beperkte kennis over voeding hebben. Dit was af te leiden uit enkele beoordelingsfiches op de brochure. Dit werd ook vastgesteld door mijn promotoren bij de uitwerking van de bachelorproef van Jan Baudonck (2011-2012). Het was een aanleiding om ook de kennis bij verpleegkundigen en zorgkundigen af te toetsen.

Voeding is een element waarmee verpleegkundigen en zorgkundigen vaak in contact komen bij de uitoefening van hun zorgtaak. Voedingszorg kent meer en meer een belangrijke plaats binnen de algemene zorg van patiënten met verscheidene pathologieën. Vaak is de kennis en het eigen voedingspatroon ontoereikend om de voedingsgerelateerde zorg naar behoren te realiseren (Rogers, Hwang en Scott, 2004). Maar waar situeren deze problemen zich en in welke mate vormt dit een probleem bij de Vlaamse verpleeg- en zorgkundigen?

Een goede voedingskennis is belangrijk in het verstrekken van zorg voor de patiënt. De patiënt verwacht een allesomvattende zorg van zijn zorgverleners waardoor communicatie tussen zorgverlener en patiënt vaak een vereiste is. Op die manier ontstaat snel een persoonlijke band en zal de patiënt eerder geneigd zijn om zijn of haar verhaal te vertellen of om voedingsgerelateerde vragen te stellen aan de meest geziene persoon op de dienst (waarmee ze overigens nauw contact hebben) de verpleeg- of zorgkundige (Al-Shwaiyat et al., 2013 & McCabe, 2002 & Kalyani, Kashkooli, Molazem & Jamshidi, 2014).

In tegenstelling tot de verpleegkundige of zorgkundige is een diëtist(e) niet altijd aanwezig op de dienst. Hierdoor kunnen patiënten niet altijd direct vragen stellen aan de diëtist(e). Daarom zijn verpleegkundigen voor de patiënt vaak een houvast. Ze zijn steeds aanwezig waardoor de patiënt de vraag, die oorspronkelijk voor de diëtist(e) was, aan de verpleegkundige stelt (Al-Shwaiyat et al., 2013).

Er werden tal van studies verricht over de hele wereld waarbij telkens hetzelfde besluit kan worden gemaakt. De studies hebben uitgewezen dat verpleegkundigen en zorgkundigen enige basiskennis hebben over voeding (zie literatuurstudie). Echter is gebleken dat de kennis die de verpleegkundigen hebben te oppervlakkig is voor een volledige voedingszorg. Uit de literatuur blijkt dat de verpleegkundigen en zorgkundigen, al dan niet aangevuld door een diëtist(e), advies geven aan de patiënt waarbij de informatie van belang is voor de gezondheid. Er is gebleken dat het voedingsadvies door een beperkte diepgaande kennis bij verpleegkundigen vaak een verkeerde inhoud bevat. Dit heeft een gevolg op het genezingsproces dat negatief beïnvloed kan worden (Murray, Narayan, Mitchell en Witte, 1993).

Verder ondervinden meer en meer verpleegkundigen nadelen van het uitoefenen van hun job. Dit komt doordat men vaak in shiften werkt. De literatuur wijst uit dat verpleegkundigen vaak geen tijd hebben om pauze te nemen en dus ook geen tijd om een volwaardige maaltijd te nuttigen. De literatuur toont aan dat een gezonde maaltijd nuttigen op het werk door shiftwerk zeer moeilijk is. De verpleegkundigen nemen een snelle hap tussendoor. Deze snack komt vaak uit de snoepautomaten van het ziekenhuis. Deze veranderde eetgewoonten door shiftwerk hebben heel wat gevolgen voor het lichaam. Zo is er bij verpleegkundigen en zorgkundigen vaak een tekort aan de vitaminen van de B-groep. Niet alleen vitaminetekorten worden gelinkt met shiftwerk bij verpleegkundigen ook wijst onderzoek uit dat de verpleegkundigen en zorgkundigen vaak gedehydrateerd zijn na het voltooien van hun shift. Dit door een te lage vochtinname tijdens de shift. Alsook is een kennis van een gezonde voedings- en levensstijl beperkt bij vele verpleegkundigen (Naghashpour, Amani, Nematpour, Haghighizadeh, 2013 & Atkinson, Fullick, Grindey, Maclaren en Waterhouse, 2009). Diëtisten in de praktijk merken dan ook meer en meer een opkomst van consultaties met verpleegkundigen. Deze consultaties worden vaak uitgelokt door overgewicht bij de verpleegkundige na enkele jaren van shiftwerk (Atkinson, Fullick, Grindey, Maclaren en Waterhouse, 2009 & Peplonska, Bukowska & Sobala, 2015).

Niet alleen zelfstandige diëtisten merken een probleem over voeding bij verpleegkundigen. Ook diëtisten in de klinische sector merken dit probleem op door een tekort aan kennis over ziekte gerelateerde diëten zoals diabetes, ondervoeding, gastro-intestinale problemen... Over heel de wereld zijn tal van studies gevoerd omtrent deze problematiek in de klinische sector. Echter is in België slechts heel miniem onderzoek gevoerd naar dit probleem en is de kennis van de Vlaamse verpleegkundigen over voeding weinig of niet gekend.

7 Doelstelling

Met deze bachelorproef wordt nagegaan of er een probleem is met de kennis over voeding bij verpleegkundigen in Vlaanderen en of de patiënt hier een negatief effect van ondervindt. In deze bachelorproef wordt ook gekeken naar de invloed van het werk op de verpleegkundige.

In het eerste deel van de praktijkstudie wordt de kennis nagegaan in een algemeen ziekenhuis waarbij een enquête (zie bijlage 2) wordt ingevuld over gezonde voeding (voornamelijk in het kader van de gezondheid van de verpleegkundige), diabetes, gastro-intestinale problemen en ondervoeding (in het kader van de klinische patiëntenzorg). Er wordt dus nagegaan of er zich ook in Vlaanderen problemen voordoen op vlak van voeding bij verpleegkundigen. In het tweede deel van de praktijkstudie worden focusgesprekken gehouden om op die manier de resultaten van de enquête te verdiepen.

Een aanvullend doel van deze studie is het nagaan of opleiding, leeftijd, ervaring en dieetgeschiedenis een rol spelen in die kennis. Op die manier kan gezocht worden naar een oplossing om de kennis te verbeteren. Dit met het oog op het verbeteren van de totale patiëntenzorg en de eigen gezondheid van de verpleegkundige in de toekomst.

8 Onderzoeksvraag

Na onderzoek op wereldbasis wordt in deze bachelorproef nagegaan hoever de kennis staat omtrent gezonde voeding en specifieke voedingsdiëten bij de Vlaamse verpleegkundigen en wat de invloed is van leeftijd, ervaring, dieetgeschiedenis en opleidingsgraad op deze kennis. In samenspraak met de promotoren werden 4 actuele thema's gecreëerd. Gezonde voeding, diabetes, gastro-intestinale problemen en ondervoeding vormen hier de basis van het onderzoek. We kunnen dus stellen: *Hoe is de kennis van voeding over specifieke topics bij verpleegkundigen in een klinische setting?* Via statistische analyses kan nagegaan worden of deze kennis een invloed heeft op de patiënt en de eigen eet- en leefgewoonten van de verpleegkundige.

9 Methodologie

9.1 Opzet van de praktijkstudie/onderzoeksdesign

Om de praktijkstudie uit te voeren werd gewerkt met enquêtes waarbij de kennis van voeding bij verpleegkundigen en zorgkundigen in kaart werd gebracht. Na contact met de hoofddiëtiste van het ziekenhuis (AZ Sint-Lucas te Brugge), Rian Van Schaik, werden in november afspraken gemaakt met 5 verpleegeenheden van het ziekenhuis. Deze verpleegeenheden werden op vrijwillige basis geselecteerd. De enquêtes werden persoonlijk afgegeven en werden schriftelijk afgenomen op de afdelingen: orthopedie, pediatrie, geriatrie, inwendige revalidatie en in het oncologisch dagcentrum. De verpleegkundigen van elke dienst hadden 1 week tijd voor het invullen van deze enquête. Bij elke enquête zat een inleidende brief met het doel van deze studie (zie bijlage 1). Zowel verpleegkundigen (gegradueerde verpleegkundigen en bachelors in de verpleegkunde) als zorgkundigen konden vrijwillig deelnemen aan deze studie waardoor een breed publiek werd bereikt.

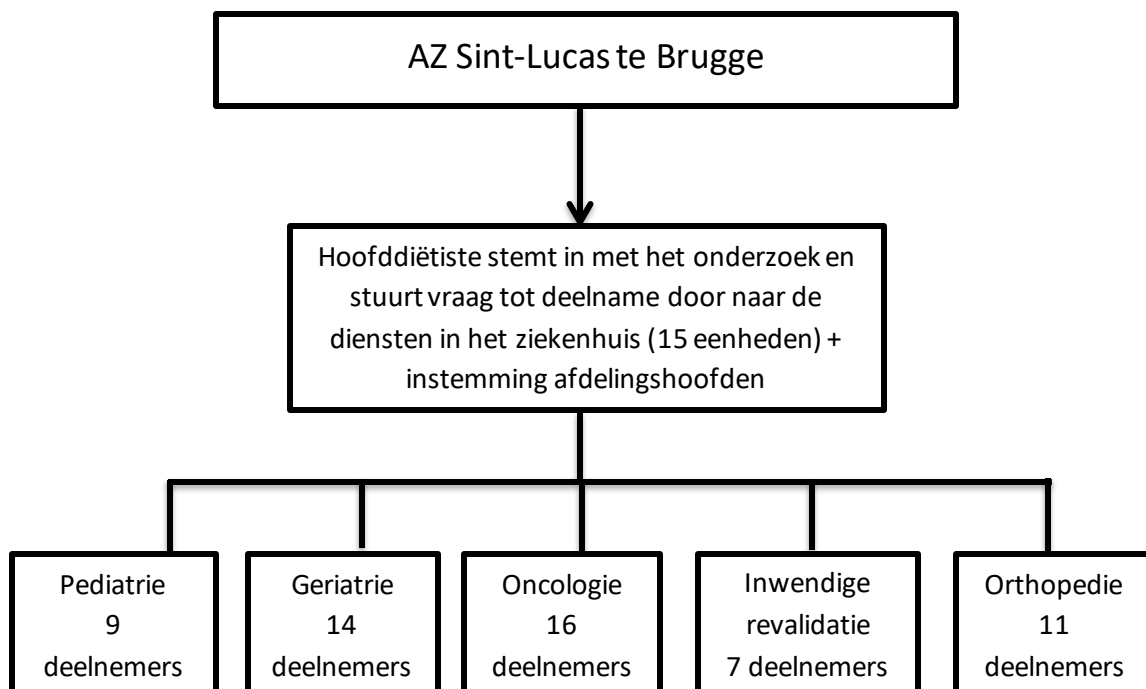
Na deze enquêtes werd een statistische analyses verricht. Via deze analyses kon nagegaan worden wat de effectieve kennis is van de verpleegkundigen en of leeftijd, ervaring, dieetgeschiedenis en opleidingsgraad hier een invloed op hebben.

Daarnaast werden ook focusgesprekken georganiseerd waarbij 5 vrijwillige verpleegkundigen van de oorspronkelijke diensten konden deelnemen aan een gesprek van ongeveer 15 minuten over bepaalde topic van de enquête. Uit elke dienst kwam 1 vrijwilliger waarbij een bredere kijk gecreëerd werd op de ingevulde enquêtes.

9.2 Onderzoeksgroep

Bij aanvang van het onderzoek werd het AZ Sint-Lucas Brugge gecontacteerd, met name de hoofddiëtiste. Hierbij werd een vraag tot deelname verstuurd naar alle diensten in het ziekenhuis. De afdelingen orthopedie, geriatrie, pediatrie, inwendige revalidatie en het oncologisch dagcentrum waren bereid om mee te doen met het onderzoek.

De enquête werd in hard copy en in voldoende aantallen afgegeven op de afdelingen zodat elke verpleegkundige of zorgkundige vrij kon meedoen aan de enquête.



Figuur 1: Voorstelling selectie onderzoeksgroep

9.3 Meetinstrument

Uit de literatuur blijkt dat tal van onderzoeken verricht werden over de hele wereld. Uit een analyse van deze onderzoeken bleek dat er vooral gewerkt werd aan de hand van multiple choice vragen, stellingen en Likert schalen (zie literatuurstudie). Bij de stellingen moesten de verpleegkundigen aangeven of ze akkoord of niet akkoord gingen. Aan de hand van deze veelvoorkomende manier van bevraging werden de enquêtes opgesteld.

9.3.1 Enquêtes

Er is gekozen om gebruik te maken van multiple choice vragen en stellingen in de enquête. Deze werden opgesteld met de hulp van de promotoren en Rian Van Schaik. Deze stellingen zijn verwerkt in de enquête. Dit gebeurt aan de hand van een ja/nee antwoord. Ja betekent dat de verpleeg- of zorgkundige akkoord gaat met de stelling. Neen betekent dat de verpleeg- of zorgkundige niet akkoord gaat met de stelling. In de enquête werd gebruik gemaakt van enkele open vragen waarbij de verpleegkundigen of zorgkundigen een open antwoord kon geven. Ook werd bij een ja/nee vraag toelichting gevraagd om zo de enquête te ondersteunen. Zo krijgen we een beeld van de kennis over voeding. Ook werden multiple choice vragen verwerkt in de enquête. Op zo'n manier dat het juiste antwoord steeds tussen de vragen aanwezig is. Eénmalig was er meer dan 1 antwoordmogelijkheid (zie bijlage 2)

Onafhankelijke variabelen

In het eerste deel van de enquête werd gebruik gemaakt van enkele algemene vragen. Deze algemene vragen vormen in deze bachelor proef de onafhankelijke variabelen. Hierin kwamen de items geslacht, leeftijd, gewicht, lengte en opleidingsniveau aan bod. Ook werd er vraag gedaan naar eerdere dieetpogingen. Meer specifiek naar het soort dieet en wanneer de verpleeg- of zorgkundige die heeft ondernomen. Deze algemene vragen dienen om statistische vergelijkingen te kunnen maken over de kennis. Op die manier kan er een verband gelegd worden tussen kennis het opleidingsniveau, leeftijd en de dieetgeschiedenis van de verpleeg- of zorgkundige.

Afhankelijke variabelen

Als afhankelijke variabelen werden 4 verschillende actuele topics en veelvoorkomende voedingsgerelateerde pathologiën binnen een klinische setting gekozen. Gezonde voeding, ondervoeding, gastro-intestinale problemen en diabetes vormen 4 actuele onderwerpen in de klinische sector en vormen dus een belangrijke deel van de verzorging. Deze 4 thema's werden uitgewerkt via 5 vragen om de kennis van de verpleegkundigen te testen op deze onderwerpen.

Gezonde voeding

- Stelling: om gewicht te verliezen is het aangewezen de consumptie van brood en aardappelen te beperken tot respectievelijk 2 sneden en 1 stuk?
 - Ja/nee
 - Uitleg

Deze vraag werd gehanteerd om kennis omtrent enkele misverstanden in kaart te brengen. Misverstanden betreffende koolhydraten zijn bij heel wat mensen, dus ook bij

verpleegkundigen of zorgkundigen, niet uitzonderlijk. Koolhydraten vermijden om te vermageren is dan ook aanwezig in heel veel dieettrend van tegenwoordig. Koolhydraten vermijden/verminderen is echter niet nodig bij het vermageren. Ook Murray, Narayan, Mitchell en Witte (1993) maakten gebruik van deze misverstanden in hun studie op 32 verpleegkundigen. In dit onderzoek werd deze stelling voorgelegd over brood en aardappelen om de kennis hierrond te testen (Murray, Narayan, Mitchell & Witte, 1993).

- Welk voedingsmiddel hoort volgens u niet thuis in een gezond en gevarieerde voeding?
 - Halfvolle melk
 - Magere melk
 - Kokosmelk
 - Sojadrink (natuur)

Diëtisten in de praktijk merken omtrent kokosmelk enkele misvattingen. Een van die misvattingen gaat over de plantaardige vetten in deze melk. Heel wat mensen denken namelijk dat kokosmelk een goed alternatief is voor een koemelk omdat dit plantaardige vetten zijn. Deze plantaardige melk bevat echter heel wat verzadigde vetten wat de kans op hart- en vaatziekten verhoogt. Met deze vraag wordt nagegaan of deze misvatting ook leeft bij de verpleegkundigen en zorgkundigen (Baudonck, Vandamme & De Buyser, 2015).

- Wanneer spreken we van een goede cholesterolwaarde in functie van de ontwikkeling van hart- en vaataandoeningen?
 - <180 mg/dl
 - <190 mg/dl
 - <200 mg/dl
 - <300 mg/dl

Deze vraag werd gesteld om de kennis over hart- en vaatziekten in kaart te brengen bij verpleegkundigen en zorgkundigen. Preventie ter vorming van hart- en vaataandoeningen kan men realiseren doormiddel van een gezonde voeding. Al-Shawaiyat, Sinjillawi, Al-Rethaiaa, Fahmy, Al-Saraireh, Aqel en Al-Sbou (2013) hebben onderzoek verricht naar de kennis betreffende hart- en vaatziekten doormiddel van een vraag naar de maximumwaarde aan cholesterol in de voeding per dag. Dit heeft enkel een weerspiegeling naar de voeding wat ons geen direct beeld geeft over de kennis omtrent cholesterol in functie van hart- en vaatziekten. De vraag werd dan ook aangepast naar de waarde van het bloed, die <190 mg/dl moet zijn. Dit is belangrijk om de relatie cholesterol en hart- en vaatziekten te bestuderen (Al-Shawaiyat, Sinjillawi, Al-Rethaiaa, Fahmy, Al- Saraireh, Aqel & Al-Sbou, 2013; Baudonck, 2015).

- Geef het vetpercentage van boter, margarine en olijfolie.
 - Boter.....
 - Margarine.....
 - Olijfolie.....

Welke vetstof gebruikt u? Welk merk gebruikt u?

.....

.....

Uit onderzoek van Al-Shawaiyat et al. (2013) is gebleken dat verpleegkundigen en zorgkundigen een tekort hebben aan productkennis. In het onderzoek werd gevraagd naar het product met het grootste gehalte aan vet. Deze vraag werd gesteld om meer te weten te komen over de kennis ter preventie en behandeling van hart- en vaatziekten. Productkennis is van belang voor de verzorgers om op die manier een juist tussendoortje of vervangmaaltijd te kunnen voorzien voor de patiënt met bijvoorbeeld atherosclerose. Deze vraag werd omgevormd naar vetgehalte in enkele vetstoffen. Diëtisten merken hier ook enkele problemen op in de praktijk. Heel wat misverstanden over het vetgehalte in olijfolie (100%), boter (80%) en margarine (80%) leven bij mensen dus ook bij verpleegkundigen en zorgkundigen (Al-Shawaiyat, Sinjillawi, Al-Rethaiaa, Fahmy, Al- Saraireh, Aqel & Al-Sbou, 2013; Vandamme, 2015).

- Is vervanging van de dagelijkse portie fruit (2 à 3 stuks) door fruit- en vruchtensappen zoals smoothies, fruitsap... een gelijkwaardige en goede vervanging?
 - Ja
 - Neen

In de zelfstandige praktijk, maar ook in ziekenhuizen leven veel misverstanden over vruchtensappen en smoothies. Veel mensen vervangen een stuk fruit door zo'n sapje. Zo'n vruchtendrank bevat zeer veel verfijnde deeltjes fructose die dan ook snel kunnen opgenomen worden door het lichaam. Zo'n snelle opname zorgt voor een piek in onze glycemische index. Een stuk fruit zorgt immers voor een lagere piek en bezorgd de mens ook een verzadigingsgevoel, vezels... Een stuk fruit kan dus niet vervangen worden door een smoothie of vruchtensap. Met deze vraag kan men nagaan of de verpleegkundigen en zorgkundigen zich door deze trends laten leiden (Baudonck, 2015).

Diabetes

- Stelling: Bij een diabetesbehandeling moet steeds de energie-inname van de patiënt gereduceerd worden.
 - Juist
 - Fout

In onze huidige samenleving is diabetes een groot probleem. Echter zijn hierin twee soorten: diabetes type 1 en type 2. Type 1 diabetes gaat het om een auto-immuunziekte waarbij ons lichaam de bètacellen van onze pancreas vernietigt. Hierbij ziet men amper overgewicht. Het is dan ook niet nodig om hier een energiebeperking door te voeren. Dit is het geval bij diabetes type 2 waarbij een insulineresistentie ontstaat. Deze resistentie ontstaat door een aanhoudende hoge bloedsuiker waarbij de cellen niet meer zullen reageren op de geproduceerde insuline. Een hoofdoorzaak hiervan is overgewicht of obesitas. Hier is dus wel een energiebeperking aangeraden. Onderzoek naar kennis omtrent voeding bij diabetes wou misverstanden over diabetes op deze manier in kaart brengen. Dit zijn 2 verschillende types die een andere behandeling op vlak van voeding vragen, het is dan ook belangrijk om deze twee te kunnen onderscheiden (Murray, Narayan, Mitchell & Witte, 1993).

- Het voornaamste advies bij een patiënt met type 1 diabetes is:
 - Koolhydraatarm met extra aandacht voor de vetinname
 - Koolhydraatrijk met extra aandacht voor de vetinname
 - Gezonde voeding
 - Eiwitrijk

De vraag hierboven werd gesteld in een onderzoek naar kennis omtrent voeding bij verpleegkundigen en zorgkundigen. Deze vraag werd gebruikt om de diabetes gerelateerde kennis te testen. Vooral gezonde voeding is aan te raden bij een type 1 diabetes. Er is hierbij een stoornis in de auto-immuniteit waarbij de cellen van de pancreas worden aangetast. Er is dus zelden kans op overgewicht waardoor geen extra koolhydraatrijke, eiwitrijke of koolhydraatarme voeding moet ingenomen worden. Het is belangrijk voor de verpleegkundigen om te weten dat men hier gezonde voeding aanraadt en geen koolhydraatbeperking of koolhydraatrijke voeding (Al-Shawaiyat, Sinjillawi, Al-Rethaiaa, Fahmy, Al- Saraireh, Aqel & Al-Sbou, 2013).

- Welk product helpt niet bij een hypoglycemie?
 - Suikerklontje
 - Cola
 - Stevia
 - Druivensuiker

Het is belangrijk voor de verpleegkundige of zorgkundige om de hypoglycemie te herkennen en hierbij juist te handelen. Hiervoor is onderzoek gevoerd door Al-Shawaiyat et. al. (2013). Uit dit onderzoek resulteert dat ongeveer 30% niet juist kon handelen bij een hypoglycemie, dit is nochtans van levensbelang voor de patiënt. Met deze vraag kan men de kennis over het behandelen van een hypoglycemie door verpleegkundigen of zorgkundigen testen en kan

nagegaan worden of de verpleegkundigen weten dat stevia geen effect heeft op de glycemie (Al-Shawaiyat, Sinjillawi, Al-Rethaiaa, Fahmy, Al- Saraireh, Aqel & Al-Sbou, 2013).

- Stelling: appelmoes wordt best vermeden door diabetici
 - Juist
 - Fout

In het oorspronkelijke onderzoek is de vraag gesteld betreffende fruit in het algemeen. Velen denken dat fruit best afgeraden wordt omwille van het hoge gehalte aan fructose. Fruit mag daarentegen wel gegeten worden en is een goede bron van vezels, vitaminen en mineralen. Er zijn echter wel misvattingen in de praktijk omtrent appelmoes. Patiënten zien dit vaak als groente waarvan vaak veel meer gegeten wordt in vergelijking met 1 fruitportie. Ook bevat appelmoes naast natuurlijke suikers ook extra toegevoegd suiker waardoor de glycemische index van appelmoes nog hoger is. Appelmoes is dus af te raden bij diabetici (Vandamme, 2015).

- Een patiënt met diabetes maakt kans op een hyperglycemie. Welk van onderstaand is een opvallend symptoom van een hyperglycemie?
 - Hoofdpijn
 - Bleekheid
 - Vaak plassen
 - Wisselend humeur

Bij diabetes bestaat de kans op een hypoglycemie. Voor een patiënt met diabetes is het van levensbelang dat de verpleegkundige de hyperglycemie ontdekt. Zo kan ze handelen op de juiste manier. Klinische diëtisten merken hier enkele problemen op de verpleegafdelingen. Wanneer een hyperglycemie niet herkend wordt is de kans op coma bij de patiënt zeer groot. Vaak plassen is het duidelijkste symptoom van een hyperglycemie waarbij voor de verpleegkundigen het urinair gedrag van de diabetespatiënt kunnen nagaan en hiernaar handelen.

Gastro-intestinale problemen

- Een patiënt heeft constipatie. Kan ik met voeding de patiënt helpen?
 - Ja/nee
 - Waarom ja/nee? Zo ja, omschrijf hoe?

Uit onderzoek naar obesitas gerelateerde problemen zoals obstipatie blijkt dat 91% van de verpleegkundige weet dat vezels een positieve invloed heeft in het tegengaan van obesitas. Echter kan met deze vraag ook de kennis nagegaan worden over vezels en de darmwerking. Er kan nagegaan worden of de verpleegkundigen weten welke voedingsmiddelen vezels

bevatten. De verpleegkundigen kunnen op die manier inspelen op de voedingsbehoefte van de patiënt met obstipatie (Al-Shawaiyat, Sinjillawi, Al-Rethaiaa, Fahmy, Al- Saraireh, Aqel & Al-Sbou, 2013).

- Een nieuwe patiënt (Lactose-intolerant) is opgenomen in het ziekenhuis. Ik moet de patiënt een middagmaal geven. Het maken van een nieuwe maaltijd is niet meer mogelijk in de keuken. Wat kies ik uit de reservemaaltijden?
 - Vol-au-vent + natuuraardappelen + rauwkost
 - Kip + rijst + groenten in Provençaalse saus
 - Kip + natuuraardappelen + bloemkool in béchamelsaus
 - Broodmaaltijd + confituur + snede gekookte ham

Uit ervaringen van klinische diëtisten is gebleken dat verpleegkundigen en zorgkundigen regelmatig de verkeerde keuze maken uit de beschikbare maaltijden. Bij lactose-intolerantie is het belangrijk dat de patiënt een lactosevrije voeding krijgt. Wanneer er toch lactose gegeven wordt zal de patiënt hier nadeel van ondervinden. Met deze vraag kan men dus nagaan of de verpleegkundigen en zorgkundigen een goede keuze kunnen maken in belang van de patiënt (Baudonck, 2015). Een broodmaaltijd met confituur en een snede gekookte ham is hier de veiligste oplossing. De kip met Provençaalse saus lijkt hier ook een goede oplossing, echter is de kans groot dat de kok bij de bereiding bouillon gebruikte met sporen van lactose.

- Meneer Janssens 70 jaar met lengte 1,70m en gewicht 60 kg en BMI 20 is opgenomen op heelkunde in verband met een colonresectie en was bij opname niet ondervoed volgens de screening door de diëtist(e). Hij start 4 dagen na de operatie met een licht verteerbare voeding en een week na de operatie bestaat zijn dagmenu uit: Ontbijt; 2 boterhammen met confituur en koffie zonder suiker. Middag; een kleine portie warm eten. Avondmaal; 2 boterhammen met confituur en kaas, een portie yoghurt natuur met suiker, een kiwi en koffie zonder suiker. Als tussen door; water, koffie, thee. Wat bedraagt de energetische waarde van dit dagmenu?
 - 600 kcal
 - 900 kcal
 - 1200 kcal
 - 1500 kcalIs advies van een diëtist(e) nodig?
 - Ja
 - Nee

Met deze vraag kan men nagaan of de verpleeg- of zorgkundigen kennis hebben over de energetische waarde van een voeding. Deze maaltijd bevat zo'n 1200kcal. Wanneer de

energetische waarde van een totale maaltijd bijvoorbeeld 2000 kcal is en de (ondervoede) patiënt telkens slechts de helft van de maaltijd eet, dan kan de verpleegkundige alarm slaan. De patiënt heeft namelijk een groter kans op ondervoeding of tekorten aan voedingsstoffen door deze ingreep. Wanneer de persoon slechts de helft van de maaltijd consumeert is de kans op tekorten dus reëel. Een verpleegkundige of zorgkundige heeft dus kennis nodig over de energetische waarde van de maaltijd en kan indien nodig de diëtist(e) verwittigen. In dit geval wordt ook de diëtist(e) verwittigd. Het gaat namelijk om een zware ingreep waarbij een deel van het spijsverteringskanaal verwijderd wordt (Van Schaik, 2015).

- Persoon X ligt op uw dienst omwille van een colonscopie. Welke van onderstaande producten geef ik best niet ter voorbereiding van deze colonscopie?
 - Brood
 - Beschuit
 - Aardappelen
 - Sandwich met confituur

Ter voorbereiding van een colonscopie is het belangrijk dat er een voeding geven wordt arm aan vezels, pitten, zaden... Dit gebeurt om de darm zo min mogelijk te belasten en waardoor de darm zo goed als leeg is voor het onderzoek. Hier zijn aardappelen en sandwiches met confituur dus niet zo'n voedingsmiddelen in de dagen voor de colonscopie. 24 uur voor het onderzoek is voeding niet meer van toepassing en is het belangrijk dat de persoon nuchter is. Het is dus belangrijk dat verpleegkundigen weten welke voedingsmiddelen de patiënt niet mag eten ter voorbereiding van zo'n onderzoek. Met deze vraag kan men nagaan wat de kennis omtrent restenarme voeding is (Baudonck, 2015).

- Een patiënt krijgt antibiotica wat de kans op diarree verhoogt. Welk van onderstaande voedingsmiddelen kunnen aanvullend gegeven worden ter preventie van diarree?
 - Fruit
 - Brood
 - Yoghurt
 - Koude melk

Diëtisten in de praktijk ondervinden een positief effect van yoghurt op de darmflora. Echter kan de diarree hierdoor niet volledig gestopt worden, daarvoor is eliminatie van antibiotica nodig. Daarentegen is antibiotica in sommige gevallen noodzakelijk waardoor deze niet mag geëlimineerd worden uit de medicatie. Yoghurt bevat bacteriën die een positief effect hebben op de darmflora. Wanneer verpleegkundigen hier notie van hebben kunnen ze de patiënt een comfortabeler gevoel geven door bijvoorbeeld als tussendoortje steeds yoghurt te geven (Baudonck, 2015).

Ondervoeding

- Welke parameters heb je nodig voor het bepalen/berekenen van de Body Mass Index (BMI)?
 - Open antwoord

Onderzoek naar kennis werd verricht in Korea. Er werd een vraag gesteld in verband met nutritional assessment. Enkele thema's hierrond werden bevroegd zoals bloedwaarden, gewicht, lengte en BMI. Dit laatste werd bevroegd aan de hand van de classificaties van BMI. Slechts 0,9% weet wat de classificatie van een juiste BMI zijn en slechts 6,8% weet dat lengte en gewicht hiervoor kan gebruikt worden als screeningsmiddel voor ondervoeding. Met deze wordt nagegaan of de verpleeg- of zorgkundige weet welke parameters nodig zijn voor het berekenen van de body mass index (Kim & Choue, 2009).

- Kan een patiënt met een BMI van 32 ondervoed zijn?
 - Ja/ neen
 - Waarom?

Ondervoeding is een multi-causaal verschijnsel en is dan ook meer dan een laag gewicht. Het is belangrijk voor de patiënt dat verpleegkundigen en zorgkundigen inzien dat er vaak meerdere factoren en symptomen zijn van ondervoeding. Ondervoeding is een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen heerst. Dit leidt tot nadelige effecten op de lichaamssamenstelling het functioneren van het lichaam en klinische resultaten. Iemand kan op die manier een goed gewicht hebben maar toch ondervoed zijn door een veranderde lichaamssamenstelling. Met deze vraag kan nagegaan worden wat de gedachtegang van de verpleegkundige of zorgkundige inhoudt en of men weet dat ondervoeding meer is dan enkel magerzucht (BMI <18) (Baudonck, 2015 en ESPEN (Cederholm, 2015)).

- Bij een patiënt wordt ondervoeding vastgesteld. Voor deze persoon is het voldoende om bijvoeding te geven.
 - Ja
 - Neen

Ondervoeding vraagt een multidisciplinaire aanpak, die alle aspecten van zorg voorziet. Er moet dus aandacht besteed worden aan de voeding maar ook aan de preventie van doorligwonden, maaltijdopvolging... Wanneer enkel bijvoeding gegeven wordt lost dit het probleem niet op, echter denken veel verpleegkundigen het tegendeel. Met deze vraag kan nagegaan worden of de verpleegkundige notie heeft van de multidisciplinaire aanpak (Baudonck,2015).

- Wie contacteer ik eerst wanneer een patiënt een beperkte eetlust (enkele dagen) heeft en er sprake is van gewichtsdeling (>2% - 1 week)?
 - Arts
 - Diëtist
 - Logopedie
 - Ik kan, als verpleegkundige, door mijn kennis zelf correct handelen

Een diëtist(e) wordt steeds gecontacteerd indien er geen slikproblemen zijn. Het is belangrijk dat de zorgkundige of verpleegkundige een juiste doorverwijzing kan leveren dit in het belang van de patiënt. Met deze vraag kan nagegaan worden of deze doorverwijzing correct verloopt. Enkele klinische diëtisten merken problemen op in de praktijk waarbij de communicatie tussen verpleegkundige/zorgkundige en diëtist(e) niet vlot verloopt (Baudonck,2015).

- Screening op ondervoeding door de verpleging is belangrijk voor het opsporen van patiënten met risico op ondervoeding bij opname. Welke factor is niet van belang bij screening op ondervoeding door de verpleging?
 - BMI
 - Lengte
 - Verminderde eetlust gedurende de laatste week voor opname
 - 5% gewichtsverlies in de afgelopen maand of 10% in het afgelopen jaar

Screening verloopt in elk ziekenhuis anders. Het ziekenhuis waar het onderzoek plaats vond werkt met RNS 2002. Het is belangrijk dat de verpleegkundige of zorgkundige het screeningsinstrument correct kan hanteren en weet welke parameters niet van belang zijn bij het screenen op ondervoeding in het screeningsinstrument van het ziekenhuis. Met deze vraag kunnen we dit dan ook nagaan. Wanneer er kans bestaat op ondervoeding krijgt de diëtist(e) een melding. Dit is om vervolgens een volledige screening door te voeren. De diëtist(e) krijgt een melding via een rode markering op de opnamelijst (Van Schaik, 2015).

- Worden alle patiënten gescreend?
 - Ja
 - Neen

Screenen gebeurt op alle verpleegeenheden. Echter gebeurt dit niet op psychiatrie, medium care. Op intensieve zorg gebeurt screening enkel door de diëtist. Op pediatrie wordt niet gescreend door de diëtist(e) en niet door de verpleegeenheid. Pediaters volgens hier immers de toestand van de kinderen op.

Alle patiënten die langer dan 48u (dus ook korte opnames) worden gescreend. Met deze vraag kan nagegaan worden of effectief op alle diensten gescreend wordt waar moet gescreend worden (Van Schaik, 2015).

9.3.2 Focusgesprekken

Ook werd beslist om focusgesprekken te organiseren. Het doel van deze focusgesprekken was om zo een verdieping te creëren in de antwoorden op de enquêtes. In samenspraak met de promotoren werd verwacht dat zo een beter inzicht verworven kon worden van het probleem. Dit leunt ook aan bij wat er op het werkveld gebeurt. Per dienst werd 1 verpleegkundige uitgenodigd voor een gesprek van ongeveer 15 minuten. Hierbij werd telkens het thema gezonde voeding aangehaald met uitzondering van de afdeling geriatrie. Bij alle andere afdelingen werd één van de andere topics aangehaald in combinatie met het onderwerp gezonde voeding.

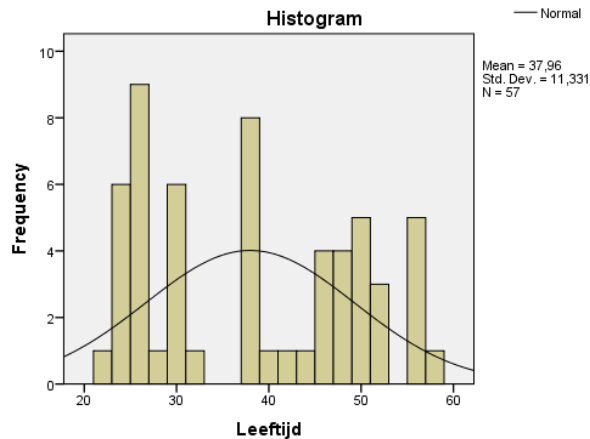
10 Statistische data-analyse

De statistische analyses van deze bachelorproef worden uitgevoerd met het dataverwerkingsprogramma IBM SPSS Statistics 20. Eerst werd een beschrijvende statistiek uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in de steekproef en de verdeling van de onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Hierbij werd aanvullend met de Chi-kwadraat test gezocht naar invloed van opleidingsniveau, leeftijd en dieetgeschiedenis op de kennis voor deze variabelen.

11 Resultaten en analyse

11.1 Beschrijvende statistiek populatie van de enquête

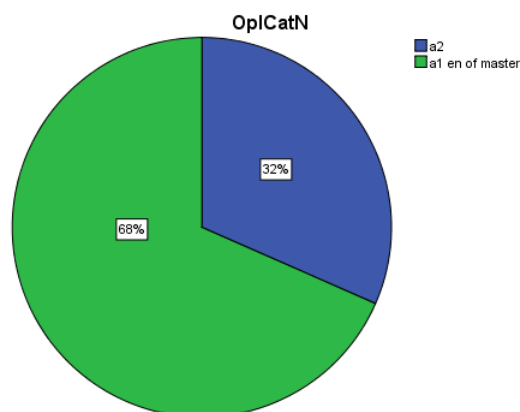
Van alle afgegeven enquêtes zijn er 57 volledig ingevuld en terugbezorgd. De studie bestond dus uit een analyse van 57 verpleegkundigen en zorgkundigen. De onderzoekspopulatie bestond uit 2 mannen (4 %) en 55 vrouwen (96 %). De gemiddelde leeftijd van deze steekproef was 38 jaar (SD= 11,33). Wanneer een histogram van de leeftijden werd gemaakt was er een duidelijke scheiding in leeftijd zichtbaar. Daarom is er voor de analyses gebruik gemaakt van verpleegkundigen met de leeftijd lager of gelijk aan 30 jaar en verpleegkundigen van ouder dan 30 jaar. Deze ene leeftijdsgroep (≤ 30 jaar) bestond hierbij uit 23 (40,4 %) verpleegkundigen en de andere leeftijdsgroep (> 30 jaar) bestond uit 34 (59,6 %) verpleegkundigen.



Figuur 2: Histogram leeftijd

Gewicht en lengte werd bevestigd in de studie waarbij de Body Mass Index (BMI) berekend kon worden. Deze resultaten werden opgedeeld in een gezond gewicht, overgewicht en obesitas. Hieruit bleek dat 41 (71,9 %) van de 57 verpleegkundigen of zorgkundigen een gezond gewicht heeft. 16 personen (28,1 %) van de 57 verpleegkundigen of zorgkundigen heeft hierbij overgewicht of obesitas. De waarden werden gecontroleerd op uitschieters waarbij bij de categorie lengte twee uitschieters te zien waren. Deze uitschieters kunnen verklaard worden door de twee mannen in de groep en werden toch meegenomen in de analyses.

De steekproef bestond uit 35 (61,4 %) bachelor verpleegkundigen, 18 (31,6 %) gegradueerde verpleegkundigen en 4 (7 %) master verpleegkundigen met een mastergraad. In deze steekproef zijn dus geen zorgkundigen aanwezig. Door de kleine populatie master verpleegkundigen werden de vier masterdiploma's samengenomen met de A1 verpleegkundigen. Hieruit ontstonden twee groepen (39 personen A1 (al dan niet master), 68 % & 18 personen A2, 32 %) waaruit we statistische analyses op kunnen toepassen.



Figuur 3: Opleidingscategorieën

De dieetgeschiedenis van de verpleegkundigen werd bevraagd in de studie waaruit bleek dat 22 (38,6 %) van de 57 verpleegkundigen effectief een dieet gevolgd heeft in het verleden. Uit het open antwoord kan afgeleid worden dat 6 van de 22 verpleegkundigen weight watchers hebben gevolgd. 7 van de 22 verpleegkundigen volgden hierbij een crashdieet zoals het soepdieet, Herbalife of een proteïnedieet. 3 van de 22 verpleegkundigen hebben in het verleden een diëtist(e) geconsulteerd.

11.2 Beschrijvende statistiek en statistische analyses van de enquête

11.2.1 Gezonde voeding

Stelling: om gewicht te verliezen is het aangewezen de consumptie van brood en aardappelen te beperken tot respectievelijk 2 sneden en 1 stuk.

Van de 57 verpleegkundigen antwoordden ongeveer de helft (29; 50,9 %) goed op de vraag. Dit bevestigt dat bij 49,1% van de verpleegkundigen een misverstand over aardappelen en brood leeft. Het misverstand kon nagegaan worden via de motivatie van de vraag. Verpleegkundigen die fout antwoordden op de vraag gaven dan ook aan dat aardappelen en brood veel zetmeel bevatten en dus dikmakers zijn. 50,9% heeft hier het goede antwoord op de vraag gegeven waarbij kon nagegaan worden waarom de persoon het juiste antwoord gaf. Merendeel gaf dan ook een goed antwoord met een juiste motivatie. Er werd aangehaald dat brood en aardappelen uit koolhydraten bestaan en dat deze dan ook goede bronnen zijn om een verzadigd gevoel te creëren. Er kan geconcludeerd worden dat er een geringe kennis is over het onderwerp koolhydraten. Dit is gelijkaardig aan de resultaten uit het onderzoek van Murray, Narayan, Mitchell en Witte uit 1993. Hier scoorden 57 % slecht op de vraag waarbij dus bij 57% van de verpleegkundigen uit de studie (58 verpleegkundigen) een misverstand leeft omtrent koolhydraten.

In de test werd gebruik gemaakt van de invloed van opleiding, leeftijd en dieetgeschiedenis. Opleiding en kennis werd als significant aanzien ($\text{Chi}^2 = 8,643$; $\text{df} = 1$; $p = 0,003$). 64,1 % van de A1 en master verpleegkundigen gaven hier een goed antwoord op de vraag tegenover 22,2% van de A2 verpleegkundigen. Hier kan geen correcte analyse gemaakt worden omwille van te kleine celfrequenties. Bij cellen waar slechts 1 tot 5 subjecten (<20% van de cellen) in zitten kan geen zinvolle conclusie gemaakt worden. Indien de populatie van de A2 verpleegkundigen groter was kon hier mogelijk wel een conclusie gemaakt worden.

Wanneer de verpleegkundigen eerder een dieet heeft gevolgd kan een significant verband aangetoond worden ($\text{Chi}^2 = 4,293$; $\text{df} = 1$; $p = 0,038$) met de verpleegkundigen die geen dieet hebben gevolgd. 68,2 % van de verpleegkundigen die eerder al een dieet heeft gevolgd hebben een goed antwoord gegeven op de vraag over brood en aardappelen. Dit komt tegenover 40,0% van de verpleegkundigen zonder dieetgeschiedenis. Uit de open vraag naar diëten werd aangegeven dat 22 (38,6 %) van de 57 verpleegkundigen een dieet gevolgd hebben. Hiervan zijn dan ook enkele (3) verpleegkundigen die een diëtist(e) geconsulteerd hebben of Weight Watchers (6) gevolgd hebben. Er is geen significant verband tussen leeftijd

en misverstanden over koolhydraten ($\chi^2 = 0,492$; $df=1$; $p=0,483$). Dit is duidelijk te zien aan de hand van de juiste antwoorden. Van de verpleegkundigen ≤ 30 jaar als >30 jaar hebben ongeveer de helft een goed antwoord gegeven op de vraag omtrent koolhydraten in brood en aardappelen (56,5% ≤ 30 jaar; 47,1% >30 jaar). Er kan dus geconcludeerd worden dat leeftijd geen invloed heeft op de kennis betreffende misverstanden zoals deze.

Welk voedingsmiddel hoort volgens u niet thuis in een gezonde en gevarieerde voeding?

29 personen van de 57 (50,9%) hebben een goed antwoord gegeven op de vraag. Dit wil zeggen dat 29 verpleegkundigen notie hebben van de verzadigde vetten in kokosmelk. Echter gaven 16 verpleegkundigen (28,1%) aan dat magere melk niet past in een gezonde voeding omwille van verlies aan vetoplosbare vitaminen. Hieruit kunnen we besluiten dat slechts de helft van de verpleegkundigen een correct onderdeel vormt betreffende kokosmelk.

Er kon een niet significant verband ($\chi^2 = 0,367$; $df=1$; $p= 0,545$) aangetoond worden tussen opleiding en kennis inzake deze vraag doormiddel van een chi-kwadraat test. Verpleegkundigen met een A1 of masterdiploma (58,8%) hebben dus geen betere/slechtere kennis omtrent dit onderwerp dan verpleegkundigen met een A2 diploma (50,0%). Ook bij leeftijd kan geen significant verband ($\chi^2 = 0,596$; $df=1$; $p= 0,440$) worden aangetoond tussen de jonge en oudere generatie. Verpleegkundigen van meer dan 30 jaar hebben dus geen slechtere/betere kennis (48,5%) betreffende het onderwerp kokosmelk dan verpleegkundigen van de jongere generatie (59,1%). Bij de dieetgeschiedenis kan een niet significant verband vastgesteld worden ($\chi^2 = 0,356$; $df=1$; $p=0,551$). Er is dus geen verband met opleiding, leeftijd en dieetgeschiedenis over het onderwerp kokosmelk.

Wanneer spreken we van een goede cholesterolwaarde in functie van de ontwikkeling van hart en vaatandoeningen?

19 van de 55 verpleegkundigen (33,3%) die de vraag beantwoordden (missing=2) hebben een correct antwoord gegeven op de vraag omtrent de cholesterolwaarde in het bloed. Dit wil zeggen dat 36 (63,2%) verpleegkundigen hier een fout antwoord op gaven en dus niet weten wat een goed gehalte is aan cholesterol in het bloed, wat wijst op een lage kennis van risicofactoren op hart- en vaatziekten.

Er kan een significant verband ($\chi^2 = 5,647$; $df=1$; $p=0,017$) worden aangetoond tussen opleiding en kennis over de cholesterolwaarde in functie van hart en vaatziekten. Echter kan hier geen zinvolle conclusie gemaakt worden omwille van een 1-5 subjecten. Er is dus een te lage celfrequentie aanwezig in de groep van de A2 verpleegkundigen. Leeftijd heeft hier wel een duidelijk significant verband ($\chi^2 = 3,873$; $df=1$; $p=0,049$) met de kennis tegenover de cholesterolwaarde in het bloed. De jongere generatie heeft een betere kennis (50,0%) betreffende de cholesterolwaarden die een rol spelen op hart- en vaatziekten dan de oudere generatie (24,2%) verpleegkundigen.

Geef het vetpercentage van boter, margarine en olijfolie.

Het juiste percentage van boter werd slechts door 6 (10,5%) van de 57 verpleegkundigen aangegeven ook het percentage van margarine werd slechts door 4 (7,0%) personen van de 57 aangegeven. Het vetpercentage in olijfolie is daarentegen iets beter gekend waarbij 15 personen (26,3%) het juiste gehalte aangaven. Er kan dus besloten worden dat kennis over vetpercentages in smeer- en bereidingsvetten beperkt is.

Bij de vraag naar het vetpercentage van boter was er een niet significant verband voor zowel opleiding en kennis ($\text{Chi}^2=3,095$; $\text{df}=1$; $p=0,079$), leeftijd en kennis ($\text{Chi}^2=0,173$; $\text{df}=1$; $p=0,711$) en dieetgeschiedenis en kennis ($\text{Chi}^2=2,229$; $\text{df}=1$; $p=0,135$). Echter zijn bij de 3 categorieën de celfrequenties te klein waardoor over de kennis van vetpercentage in boter geen zinvolle conclusie gemaakt kan worden. Het aantal goede antwoorden was in de 3 categorieën steeds te laag waardoor er geen zinvolle conclusie kan worden gemaakt.

Ook bij de vraag naar het vetpercentage van margarine was er een niet significant verband voor zowel opleiding en kennis ($\text{Chi}^2=0,560$; $\text{df}=1$; $p=0,340$), leeftijd en kennis ($\text{Chi}^2=0,331$; $\text{df}=1$; $p=0,943$) en dieetgeschiedenis en kennis ($\text{Chi}^2=0,945$; $\text{df}=1$; $p=0,005$). Hierbij waren opnieuw te kleine celfrequenties aanwezig bij de 3 categorieën waaruit we geen zinvolle conclusie kunnen trekken. Er kan aangegeven worden dat de kennis over dit onderwerp zeer laag is waardoor te lage celfrequenties aanwezig zijn bij het juiste antwoord.

Bij de vraag naar het vetpercentage in olijfolie was er geen significant verband op te merken in opleiding ($\text{Chi}^2=0,668$; $\text{df}=1$; $p=0,414$), dieetgeschiedenis ($\text{Chi}^2=0,017$; $\text{df}=1$; $p=0,897$) en leeftijd ($\text{Chi}^2=1,584$; $\text{df}=1$; $p=0,208$). Echter is er een te kleine celfrequentie bij het onderdeel leeftijd. Er is dus geen zinvolle conclusie te maken. Opleiding heeft geen invloed op de kennis waarbij we zien dat A1 en master 23,1% goede antwoorden gaven. Dit tegenover 33,3% van de A2 verpleegkundigen.

Ook bij dieetgeschiedenis is een niet significant verband opgemerkt waarbij 27,2% van de verpleegkundigen die al een dieet gevolgd hebben juist antwoordden op de vraag. Dit tegenover 25,7% van diegene die nog geen dieetpoging achter de rug hebben.

Bij elke vraag over vetpercentage kan er een niet significant verband aangetoond worden bij zowel opleiding, leeftijd en dieetgeschiedenis. Er kan dan besloten worden, uit de categorieën die beschikken uit voldoende celfrequenties, dat dit geen invloed heeft op de kennis over vetpercentages.

Is vervanging van de dagelijkse portie fruit (2 à 3 stuks) door fruit- en vruchtensappen zoals smoothies, fruitsap... een gelijkwaardige en goede vervanging?

6 (10,5%) personen van de 57 hebben een fout antwoord gegeven op deze vraag. Dit wil zeggen dat 51 (89,5%) verpleegkundigen weten dat smoothies en fruitsap geen goede vervanging is tegenover een stuk fruit. Deze cijfers wijzen op een goede kennis over dit onderwerp.

Bij de statistische analyse met behulp van de chi-kwadraat test werden opleiding, leeftijd en dieetgeschiedenis in verband gebracht met de kennis. Bij zowel opleiding ($\text{Chi}^2=0,010$; $\text{df}=1$; $p=0,922$) leeftijd ($\text{Chi}^2=1,563$; $\text{df}=1$; $p=0,211$) en dieetgeschiedenis ($\text{Chi}^2=0,078$; $\text{df}=1$; $p=0,780$) was er een niet significant verband. Dit wil zeggen dat we zowel kennis, leeftijd en dieetgeschiedenis geen invloed heeft op de kennis betreffende dit onderdeel. Echter is er bij elk van deze een tekort aan celfrequenties waardoor geen zinvol besluit kan getrokken worden.

11.2.2 Diabetes

Stelling: Bij een diabetesbehandeling moet steeds de energie-inname van de patiënt gereduceerd worden.

Van de 57 verpleegkundigen antwoordden 44 personen (77,2 %) goed op de vraag omtrent de energie-inname van een patiënt met diabetes. Dit wijst uit dat bij 21,1% van de verpleegkundigen een tekort aan kennis heerst inzake de energie-inname van een diabetespatiënt. Dit resultaat is gelijkaardig met de studie van Murray, Narayan, Mitchell en Witte uit 1993 waarbij 10% van de verpleegkundigen (58) een fout antwoord gaven op de vraag over de energie-inname van de diabetespatiënt.

Een statistische analyse kon gemaakt worden met behulp van de chi-kwadraat test. Deze test werd gebruikt om 2 categorieën met elkaar te vergelijken. In deze test werd gebruik gemaakt van de invloed van opleiding en leeftijd. Opleiding en kennis rond deze vraag worden als niet significant aanzien ($\text{Chi}^2=0,064$; $\text{df}=1$; $p=0,800$). 76,5% van de A2 verpleegkundigen gaven hier een goed antwoord tegenover 79,5% van de A1 of master verpleegkundigen. Dit naast 23,5% van de A2 verpleegkundigen die een fout antwoord gaven en 20,5% van de A1 of master verpleegkundigen. Echter kan hier geen correcte analyse maken omwille van een te kleine celfrequentie. Bij cellen waar slechts 1 tot 5 subjecten (<20%) in zitten kan namelijk geen zinvolle conclusie gemaakt worden.

Ook leeftijd werd vergeleken met kennis. Hier kan wel een correcte analyse gemaakt worden. Er kan een niet significant verband aangetoond worden tussen leeftijd en kennis over de energie inname van een diabetespatiënt ($\text{Chi}^2=0,036$; $\text{df}=1$; $p=0,849$). Hier antwoorden 79,4% van de verpleegkundigen die ouder dan 30 jaar juist op de vraag. Dit tenopzichte van 77,3 % van de verpleegkundigen jonger dan of gelijk aan 30 jaar.

Leeftijd heeft dus geen effect op de kennis betreffende dit onderwerp.

Het voornaamste advies bij een patiënt met diabetes type 1 is:

Een dieetadvies bij een diabetes type 1 patiënt draait om gezonde voeding. In dit onderzoek antwoorden 33 (57,9%) van de 57 verpleegkundigen juist op deze vraag. 2 van hen konden op deze vraag geen antwoord bieden en worden dus ook bij de categorie "fout" gerekend. 20 verpleegkundigen gaven (35,1%) aan dat het advies bij een diabetes type 1 patiënt gaat over een koolhydraatarm dieet met aandacht voor de vetinname. In het onderzoek van Al-

Shawaiyat, Sinjillawi, Al-Rethaiaa, Fahmy, Al-Saraireh, Aqel en Al-Sbou uit 2013 bleek dat de verpleegkundigen enige kennis hadden inzake deze vraag. Echter scoorde 77,5% van de verpleegkundigen (200) antwoordde hier correct. Dit is toch een 20% meer dan bij het huidige onderzoek.

Er kan een niet significant verband aangetoond worden tussen opleiding en kennis omtrent het advies bij diabetes ($\text{Chi}^2=2,781$; $\text{df}=1$; $p=0,095$). Van de groep van de A2 verpleegkundigen heeft 76,5 % van de verpleegkundigen juist geantwoord tegenover de groep van 52,6% van de A1 verpleegkundigen. Er is geen correcte analyse te maken omwille van te kleine celfrequenties.

Ook leeftijd en kennis werd bij deze vraag geanalyseerd. Hier was opnieuw geen significant verband op te merken ($\text{Chi}^2=0,455$; $\text{df}=1$; $p=0,500$). 45,5% van de verpleegkundigen onder of gelijk aan 30 jaar antwoordde fout op de vraag over het advies bij diabetes type 1. Dit staat tegenover 36,4 % van de groep verpleegkundigen met een leeftijd ouder dan 30 jaar. Er is dus geen verband op te merken in leeftijd en kennis betreffende het dieetadvies bij diabetes type 1.

Welk product helpt niet bij een hypoglycemie?

Bij deze vraag aangaande de productkennis gaven 94,7% (54 personen) een goed antwoord op de vraag. Dit getuigt van enige kennis over producten die helpen bij een hypoglycemie. Slechts 2 personen gaven aan dat cola geen effect heeft op de hypoglycemie. Hierbij gaf ook 1 persoon aan dat druivensuiker niet effectief is om een hypoglycemie tegen te gaan. Er is hier dus een goede productkennis. Uit het onderzoek van Al-Shawaiyat, Sinjillawi, Al-Rethaiaa, Fahmy, Al-Saraireh, Aqel en Al-Sbou (2013) blijkt dat de kennis goed is bij de verpleegkundigen. Echter scoorden de verpleegkundigen hier minder goed (29,5% fout) dan de verpleegkundigen uit de huidige studie (5,3% fout).

Er kan een niet significant verband aangetoond worden tussen opleiding en productkennis ($\text{Chi}^2=1,804$; $\text{df}=1$; $p=0,179$). Hier antwoorden 97,4 % van de A1 of master verpleegkundigen juist op de vraag omtrent producten die een hypoglycemie verhelpen. Dit staat tegenover 88,9% van de A2 verpleegkundigen. Hier kan geen correcte analyse gemaakt worden door te kleine celfrequenties.

Ook tussen leeftijd en kennis is geen significant verband op te merken ($\text{Chi}^2=0,065$; $\text{df}=1$; $p=0,799$). Hier kan opnieuw geen correcte analyse gemaakt worden door te kleine celfrequenties.

Stelling: appelmoes wordt best vermeden door diabetici.

Op deze vraag gaven slechts 54 verpleegkundigen een antwoord. Slechts 22 personen (38,6%) hiervan antwoordden juist op deze stelling. Dit bevestigt het misverstand omtrent dit product bij diabetici.

Bij deze stelling werden zowel opleiding en leeftijd vergeleken met de kennis die heerst aangaande deze stelling. Er kan een niet significant verband vastgesteld worden tussen de opleiding van de verpleegkundigen en de kennis ($\chi^2=0,099$; $df=1$; $p=0,753$). Dit uit zich in de 42,1% juiste antwoorden van de A1 of master verpleegkundigen tegenover deze vraag. Als men deze resultaten vergelijkt met de 37,5% juiste antwoorden bij de A2 verpleegkundigen is dit slechts een klein verband en dus niet significant te noemen.

De vergelijking tussen leeftijd en kennis over deze stelling kan opnieuw niet significant genoemd worden ($\chi^2=0,673$; $df=1$; $p=0,412$). Dit kan afgeleid worden uit de 52,4% van de verpleegkundigen onder of gelijkaan 30 jaar die een fout antwoord gaven op deze stelling. Dit staat tegenover 63,6 % van de verpleegkundigen ouder dan 30 jaar.

Een patiënt met diabetes maakt kans op een hyperglycemie. Welk is een opvallend symptoom van een hyperglycemie?

De meerderheid (64,9%; 37 personen) antwoordde hier correct op de vraag. 19 personen antwoordden fout en 1 persoon antwoordde niet op deze vraag. Uit deze frequenties blijkt dus dat de kennis omtrent de symptomen van een hyperglycemie gekend zijn bij het grootste deel van de verpleegkundigen.

Opleiding en kennis werden hier vergeleken met een Chi-kwadraat test. Er bleek een niet significant verband te zijn tussen deze 2 categorieën ($\chi^2=0,291$; $df=1$; $p=0,589$). 68,4% van de A1 of masterverpleegkundigen antwoordden namelijk juist op de vraag. Dit staat tegenover 61,1% van de A2 verpleegkundigen. Er is dus geen verband tussen kennis en de categorie opleiding. Ook hier werd leeftijd vergeleken met kennis inzake deze vraag. Hier is wel een significant verband op te merken ($\chi^2=4,008$; $df=1$; $p=0,045$). 81,8% van de verpleegkundigen met een leeftijd jonger of gelijk aan 30 scoorden goed op deze vraag, ten opzichte van 55,9 % van de verpleegkundigen ouder dan 30 jaar. Bij dit onderdeel is geen sluitende conclusie te maken omwille van te kleine celfrequenties.

11.2.3 Gastro- intestinale problemen

Een patiënt heeft constipatie. Kan ik met voeding de patiënt helpen?

Bij deze vraag gaven alle verpleegkundigen (57) aan dat de patiënt met voeding geholpen kan worden. Bij deze vraag werd extra uitleg gevraagd. Zo gaf de meerderheid aan dat vezels een positief effect heeft op de darmwerken en op die manier dus een positief effect op de geconstipeerde patiënt. Kiwi kwam zeer vaak aan bod in deze bevraging maar ook werd de werking van laxerende voedingsmiddelen en constiperende voedingsmiddelen aangehaald. Het onderwerp vezels en constipatie is hierbij algemeen goed gekend.

Alle 57 verpleegkundigen antwoordden juist op deze vraag en bevestigen dat voeding een positief effect kan hebben op de constipatie. Hierbij antwoordden 18 A2 verpleegkundigen goed op de vraag en 39 A1 of master verpleegkundigen. Zowel A1 en master als A2

verpleegkundigen hebben dus een correcte kennis over constipatie en voeding. Ook leeftijd maakt geen verband met kennis want opnieuw hebben alle verpleegkundigen de vraag juist. 23 verpleegkundigen van jonger of gelijk aan 30 antwoorden correct op de vraag dit staat tegenover 34 verpleegkundigen ouder dan 30 jaar. Leeftijd en opleiding hebben dus geen negatief effect op de kennis betreffende deze problematiek.

Een nieuwe patiënt (Lactose-intolerant) is opgenomen in het ziekenhuis. Ik moet de patiënt een middagmaal geven. Het maken van een nieuwe maaltijd is niet meer mogelijk in de keuken. Wat kies ik uit de reservemaaltijden?

57 verpleegkundigen beantwoorden deze vraag waarvan 17 (29,8%) verpleegkundigen de juiste maaltijd kozen. Dit bevestigt een geringe kennis over de problematiek lactose-intolerantie. 39 verpleegkundigen of 68,4% gaven hierbij aan dat rijst met kip en zuiderse groenten in een Provençaalse saus een geschikte maaltijd was voor deze patiënt. Echter kan deze bereid zijn met een lactose bevattende bouillon. Er kan dus aangegeven worden dat de kennis van de verpleegkundige op dit vlak ondermaats is.

Er is een niet significant verband op te merken tussen opleiding en kennis omtrent deze problematiek ($\text{Chi}^2= 1,033$; $\text{df}=1$; $p=0,310$). 25,6% van de A1 of master verpleegkundigen gaven hier een correct antwoord op de gestelde vraag. Dit staat tegenover 38,9% van de A2 verpleegkundigen. Ook bij leeftijd en de kennis aangaande lactose-intolerantie is er een niet significant verband ($\text{Chi}^2= 1,595$; $\text{df}= 1$; $p=0,207$). Hier noemden 60,9% van de verpleegkundigen jonger of gelijk aan 30 jaar een ongeschikte vervangmaaltijd voor deze patiënt. Dit staat tegenover 76,5% van de oudere generatie verpleegkundigen.

Meneer Janssens 70 jaar met lengte 1,70m en gewicht 60 kg en BMI 20 is opgenomen op heelkunde in verband met een colonresectie en was bij opname niet ondervoed volgens de screening door de diëtist. Hij start 4 dagen na de operatie met licht verteerbare voeding en een week na de operatie bestaat zijn dagschema uit:

Ontbijt: 2 boterhammen met confituur met koffie zonder suiker, middag: een kleine portie warm eten, avond: 2 boterhammen met confituur en kaas en een yoghurt natuur met suiker en kiwi en koffie zonder suiker, tussendoor water, koffie en thee.

Wat bedraagt de energetische waarde van dit dagmenu? Is het advies van een diëtist nodig?
Slechts 55 van de verpleegkundigen hebben deze vraag beantwoord waaronder 24 (42,1%) een correcte inschatting hebben gemaakt van de energetische waarde van dit dagschema. 2 verpleegkundigen beantwoorden deze vraag niet.

Bij de vraag of een diëtist(e) nodig is antwoorden 54 verpleegkundigen op de vraag. 73,7% van de verpleegkundigen gaven hierbij aan dat advies van een diëtist(e) nodig is. Dit staat tegenover 26,4% die neen of niet op deze vraag antwoorden. Er kan dus besloten worden dat de kennis inzake de energiewaarde gering is.

Er werd een niet significant verband opgemerkt bij de vergelijking tussen opleiding en kennis omtrent de energetische waarde van een dagmenu ($\text{Chi}^2=0,866$; $\text{df}=1$; $p=0,352$). Hierbij maakte 52,9% (9 personen) van de verpleegkundigen (A2) een correcte schatting van de energiewaarde van dit dagschema, staat tegenover 39,5% (15 personen) van de verpleegkundigen met een master of A1 diploma.

Ook bij de vergelijking tussen leeftijd en kennis werd een niet significant verband aangetoond ($\text{Chi}^2=0,282$; $\text{df}=1$; $p=0,595$). Dit is aantoonbaar via de correcte antwoorden van de verpleegkundigen. 47,8% van de verpleegkundigen jonger of gelijk aan 30 jaar gaven een correcte inschatting van de energetische waarde. Dit staat tegenover 40,6% van de verpleegkundigen met een leeftijd ouder dan 30 jaar.

Op de subvraag over het advies van de diëtist antwoordden 54 van de 57 verpleegkundigen. Er werd een niet significant verband opgemerkt tussen opleiding en kennis over deze problematiek ($\text{Chi}^2=0,102$; $\text{df}=1$; $p=0,750$). Hier gaven 75,0% van de A2 verpleegkundigen een correct antwoord, dit staat tegenover 78,9% van de A1 en masterverpleegkundigen. Echter kan hier geen correcte analyse gemaakt worden omwille van te kleine celfrequenties.

Leeftijd en kennis werden vergeleken met elkaar waaruit opnieuw een niet significant verband kon worden opgemaakt ($\text{Chi}^2=1,563$; $\text{df}=1$; $p=0,211$). Een juist antwoord werd gegeven door 69,6% van de verpleegkundigen uit de jonge generatie (≤ 30 jaar) dit staat tegenover 83,9% van de verpleegkundigen uit de oudere generatie (> 30 jaar).

Persoon X ligt op uw dienst omwille van een colonscopie. Welke van onderstaande producten geef ik best niet ter voorbereiding van deze colonscopie?

Deze vraag werd gesteld op basis van een multiple choice vraag. Hier werden 2 antwoorden correct gerekend. Er kozen telkens 21 (36,8%) verpleegkundigen voor de twee correcte antwoorden. Ook kozen 29 verpleegkundigen voor de foute antwoorden (50,9%).

Een chi-kwadraatanalyse werd hier niet uitgevoerd omwille van de meerkeuzevraag.

Een patiënt krijgt antibiotica wat de kans op diarree verhoogt. Welk van onderstaande voedingsmiddelen kunnen aanvullend gegeven worden ter preventie van diarree?

Op deze vraag antwoordden 57 verpleegkundigen waarvan 38 (66,7%) verpleegkundigen een correct antwoord gaven op de vraag over antibiotica en diarree. Dit bevestigt dat het grootste deel notie heeft van een positief effect van yoghurt op de darmwerking. Echter is het wel zo dat de antibiotica moet worden stopgezet om de diarree volledig te doen stoppen.

Opleiding en kennis omtrent dit onderwerp werden naast elkaar gelegd. Hier werd een niet significant verband opgemerkt ($\text{Chi}^2=0,365$; $\text{df}=1$; $p=0,546$). 61,1 % van de verpleegkundigen met een A2 diploma hebben correct geantwoord op de vraag. Dit staat tegenover 69,2% van de verpleegkundigen met een master of een A1 diploma. Een verschillend diploma heeft hier dus geen effect op de kennis van de verpleegkundigen.

Ook leeftijd werd vergeleken met kennis waarbij wel een significant verband kan worden aangetoond ($\chi^2=9,330$; $df=1$; $p=0,002$). Hier scoren de verpleegkundigen van de oudere generatie (>30jaar) 82,4% goed op de vraag. Dit staat tegenover 43,5% van de jongere verpleegkundigen. De oudere generatie heeft hier dus duidelijk een betere kennis betreffende yoghurt en het effect hiervan op de darmflora.

11.2.4 Ondervoeding

Welke parameters heb je nodig voor het bepalen/berekening van de Body Mass Index (BMI)?

Op deze vraag hebben alle verpleegkundigen een antwoord gegeven. 57 verpleegkundigen beantwoordden deze vraag correct. De vraag werd gesteld aan de hand van een open vraag. Iedereen antwoordde dat lengte en gewicht de parameters zijn die nodig zijn om een body mass index te berekenen. Ook werd bij sommige verpleegkundigen een extra factor aangegeven dat leeftijd en/of geslacht nodig zijn voor deze berekening. Echter zijn deze parameters niet nodig bij deze bepaling. Het antwoord werd toch correct gerekend omwille van de correcte antwoorden die erbij vermeld werden.

Aangezien iedereen deze vraag correct heeft geantwoord is een verdere analyse overbodig.

Kan een patiënt met een BMI van 32 ondervoed zijn? Waarom?

37 verpleegkundigen (64,9%) beantwoordden deze vraag goed en weten dus dat ondanks dat de BMI van een patiënt obesitas aangeeft deze persoon toch ondervoed kan zijn. Hier gaf dan ook de meerderheid een correcte staving van zijn/haar antwoord. Zo gaven de verpleegkundigen aan dat er deficiënties van bepaalde voedingsstoffen kunnen zijn waardoor de patiënt toch ondervoed is. Ook werd oedeem vaak aangehaald als de oorzaak van de obesitas.

Opleiding en kennis werden bij deze vraag geanalyseerd en er kan een duidelijk significant verband worden aangetoond tussen deze 2 categorieën ($\chi^2=4,839$; $df=1$; $p=0,028$). 74,4% van de verpleegkundigen met een A1 of masterdiploma scoorden hier goed op de vraag. Dit staat tegenover 44,4% van de verpleegkundigen die een A2 diploma hebben. Verpleegkundigen met een master of een A1 diploma scoren hier dus beduidend beter op de vraag betreffende ondervoeding.

Ook leeftijd en kennis werden naast elkaar gelegd. Echter is hier geen significant verband aan te tonen ($\chi^2=0,277$; $df=1$; $p=0,599$). Dit is zichtbaar in de resultaten waarbij 67,6% van de oudere generatie goed scoorde op de test, in vergelijking met 60,9% van de jongere generatie. Er is dus geen verband tussen kennis en leeftijd. Tussen kennis en opleiding is er wel een verband.

Bij een patiënt wordt ondervoeding vastgesteld. Voor deze persoon is het voldoende om bijvoeding te geven.

43 (75,4%) van de 56 verpleegkundigen hebben een goed antwoord gegeven op deze vraag waarbij het dus niet voldoende is om enkel een bijvoeding te geven. Ondervoeding vergt een multidisciplinaire aanpak en dit is dan ook gekend bij de meerderheid van de verpleegkundigen.

Er is een significant verband aan te tonen tussen opleiding en kennis over deze vraag ($\text{Chi}^2=4,418$; $\text{df}=1$; $p=0,036$). Dit kan aangetoond worden door 84,6% van de verpleegkundigen met een A1 of masterdiploma. Dit staat tegenover 58,8% van de verpleegkundigen met een A2 diploma. Kennis over deze vraag is dus beter bij de verpleegkundigen met een hoger diploma.

Wanneer kennis en leeftijd vergeleken werd kon geen significant verband worden opgemaakt ($\text{Chi}^2=0,181$; $\text{df}=1$; $p=0,671$). Dit is af te leiden uit de 73,9% van de jongere generatie die een goed antwoord gegeven hebben op de vraag betreffende ondervoeding. Dit is slechts een klein verband met de 78,8% die een correct antwoord gaven bij de oudere generatie verpleegkundigen.

Wie contacteer ik eerst wanneer een patiënt een beperkte eetlust (enkele dagen) heeft en er sprake is van gewichtsdaaling (>2% - 1 week)?

25 verpleegkundigen (43,9%) hebben goed geantwoord op deze vraag. Dit geeft aan dat 32 verpleegkundigen geen diëtist(e) zouden contacteren. Hierbij zouden 29 verpleegkundigen de arts contacteren en 3 verpleegkundigen zouden via hun kennis handelen waarbij zowel de arts als de diëtist(e) niet worden gecontacteerd.

Bij deze analyse werden zowel opleiding als leeftijd met de kennis omtrent dit onderwerp vergeleken. Zo kon bij beide een niet significant verband worden opgemaakt ($\text{Chi}^2=0,403$; $\text{df}=1$; $p=0,526$) en ($\text{Chi}^2=0,350$; $\text{df}=1$; $p=0,554$). Bij de vergelijking kennis en opleiding kon opgemerkt worden dat 59% van de verpleegkundigen (A1 of master) een fout antwoord gaven op de gestelde vraag. Dit is in vergelijking met de 50% van de A2 ongeveer hetzelfde. Er is dus geen verband op te merken tussen kennis en opleidingsgraad. Ook werden 2 generaties en kennis met elkaar vergeleken, hier was geen verband op te merken waarbij 47,1 % van de 30 plus verpleegkundigen een correct antwoord gaven tegenover 39,1% van de verpleegkundigen jonger of gelijk aan 30 jaar.

Screening op ondervoeding door de verpleging is belangrijk voor het opsporen van patiënten met risico op ondervoeding bij opname. Welke factor is niet van belang bij screening op ondervoeding door de verpleging?

54 van de 57 verpleegkundigen gaven hier een antwoord op waarvan 22 (38,6%) een correct antwoord gaven op de vraag. 5 verpleegkundigen gaven aan dat de Body Mass Index niet relevant is bij screening. 15 verpleegkundigen gaven aan dat een verminderde eetlust

gedurende de laatste week voor opname geen belangrijke factor is bij screening en 12 personen gaven aan dat gewichtsverlies een verwaarloosbare factor is.

Er kan een niet significant verband aangetoond worden tussen opleiding en kennis ($\chi^2=1,319$; $df=1$; $p=0,251$). Er is dus geen verband tussen kennis en opleiding op dit gebied. Kennis en leeftijd werden ook naast elkaar gelegd waaruit geen significant verband kon worden opgemaakt ($\chi^2=0,000$; $df=1$; $p=0,983$). Hier werden ongeveer hetzelfde aantal antwoorden gegeven. 59,4% van de verpleegkundigen boven de 30 jaar hebben een fout antwoord gegeven op deze vraag. Dit staat tegenover 59,1% van de verpleegkundigen jonger dan of gelijk aan 30 jaar. Er is dus geen verband tussen opleiding en kennis of leeftijd en kennis.

11.3 Analyse van de focusgesprekken

Pediatrie

Op deze dienst werd het thema gezonde voeding besproken. Hier werden de koolhydraten in brood gezien als een belangrijk bestanddeel van een gezonde voeding. Er werd aangehaald dat het beleg vooral voor een stijging van het gewicht zorgt wat een correcte conclusie is rond deze vraag. Ook werd vooral wit brood gezien als een minder goede keuze over koolhydraten. Er werd aangegeven dat op de dienst brood niet echt gemeden wordt. Echter werd later wel aangehaald dat de broodmaaltijd soms vervangen wordt bij de jongere generatie door een smoothie. *De staving waarom brood belangrijk is werd juist omschreven waarbij kan besloten worden dat de verpleegkundige een goede opvatting heeft aangaande koolhydraten en dat op deze dienst niet echt misvattingen over brood bestaan. Echter wordt bij de jongere generatie brood soms vervangen, waarbij werd aangehaald dat eten op het vroege tijdstip voor hen soms moeilijk is.*

Melk werd besproken waarbij de verpleegkundige van deze dienst vooral de tussenweg zou aanraden, een halfvolle melk dus. Hier is een gedaald percentage aan vet aanwezig tegenover volle melk en zitten nog voldoende vetoplosbare vitaminen en calcium. Er wordt dus een correcte staving van het antwoord voorzien. Aan melk werd in de opleiding tot kinderverpleegkundige zeer veel aandacht besteed. Het is dan ook een groot onderdeel van de zorg op deze dienst. Andere zaken omtrent voeding zagen de verpleegkundigen zeer algemeen. *Er kan dus besloten worden dat enkel specifieke zaken over voeding, die nodig zijn op de dienst, worden aangehaald in het vak voedingsleer van de opleiding tot kinderverpleegkunde. Dit stemt overeen met de literatuur, hierin werd aangegeven dat men enkel nog voeding krijgt in het 2^{de} jaar van de opleiding mits het volgen van dit keuzepakket.*

Over cholesterol was op deze dienst weinig gekend. De reden hiervoor was dat de verpleegkundigen op de dienst pediatrie niet in contact komen met cholesterolwaarden bij kinderen. Er werd dus aangehaald dat de correcte waarde enkel gekend zal zijn op diensten waar de verpleegkundigen veel in contact komen met deze problematiek. Enkel producten

met verzadigde vetten werden aangehaald als producten die cholesterol bevatten. De verpleegkundigen weten dus dat cholesterol benadeeld wordt door verzadigde vetten maar hebben geen weet van het hoge cholesterolgehalte in schaal- en schelpdieren. *Men haalt dus aan dat wanneer men niet in contact komt met een bepaalde problematiek, hier ook niet veel over hoeft geweten zijn.*

De vetpercentages van olie, boter en margarine werden besproken met de verpleegkundige. De verpleegkundige gaf aan dat bijna niemand van de afdeling hier een correct antwoord op kon geven en hier een gok hebben geplaatst. De samenstelling van olie werd hierbij wel als positief beschouwd tegenover de samenstelling van boter, ondanks het vetgehalte. *We kunnen dus besluiten dat de verpleegkundige enige notie heeft van de betere samenstelling maar niet van het hoger vetpercentage in olie. Dit stemt overeen met de ervaringen van diverse diëtisten in de praktijk.*

Smoothies en vruchtensappen worden af en toe gedronken op de dienst, vooral door de jongere verpleegkundigen. Hierbij wordt de eerste broodmaaltijd vaak vervangen door zo'n smoothie. Deze smoothies worden af en toe zelf bereid om zo de toegevoegde suikers te beperken en worden gedronken om de dagelijkse portie aan fruit te vervangen.

We kunnen dus besluiten dat op deze dienst enige kennis betreffende voeding bestaat. Dit is af te leiden uit de kennis over koolhydraten, melk en de samenstelling van olie. Deze thema's zijn in tegenstelling tot de kennis over boter en de kennis aangaande de verzadigde vetten, die een negatieve invloed hebben op de cholesterolwaarde in het bloed, beter gekend. Echter is de kennis niet voldoende gespecificeerd om enkele producten aan te geven die van nature veel cholesterol bevatten en om weten dat een smoothie de dagelijkse portie fruit niet vervangt.

Orthopedie

Op deze dienst werd het thema "gezonde voeding" besproken. Hier werd aangehaald dat brood wel een dikmaker is maar dat dit in beperkte mate wel kan gegeten worden. Ook werd het beleg aangehaald als een bijkomstige dikmaker. Op deze dienst waren enkele collega's op dieet waarbij wel gelet werd op de voeding en waarbij soms de koolhydraten gemeden werden. Opvallend was dat sommige verpleegkundigen die met een diëtist(e) gewicht verloren hadden, brood niet meden. Het belang van een gezonde voeding werd hierbij benadrukt, dit staat tegenover de vermageringsproducten, zoals shakes, die tegenwoordig gepromoot worden. *In de praktijk is dus een betere kennis zichtbaar over koolhydraten bij verpleegkundigen die diëten met een diëtist(e) dan bij verpleegkundigen die op eigen initiatief diëten.*

Opvallend was dat halfvolle of magere melk de voorkeur kreeg om op de lijn te letten, echter kon geen specifieke reden aangehaald worden voor het kiezen tussen een magere of halfvolle melk. Er was volgens de verpleegkundige geen groot verschil. Ook de lessen over voeding werden als algemeen beschouwd, waarbij werd aangehaald dat deze lessen toch als een

belangrijk onderdeel van de opleiding werd beschouwd en dat veel zaken over voeding uit de opleiding kunnen toegepast worden. *We kunnen dus concluderen dat voeding een algemeen onderwerp is maar dat deze basis toch vaak kan toegepast worden. De lessen zijn volgens de verpleegkundige dus niet nutteloos.*

Ook op deze dienst was de correcte cholesterolwaarde niet gekend. Hier werd aangehaald dat leeftijd te maken heeft met interesse voor dit onderwerp. Volgens de verpleegkundige weet de jongere generatie dus minder over cholesterol dan de oudere generatie. Uit de enquêteresultaten blijkt het omgekeerde ($\chi^2 = 3,873$; $df=1$; $p=0,049$). De jongere generatie heeft hier een betere kennis (50,0%) over de cholesterolwaarden, die een rol spelen op hart- en vaatziekten dan de oudere generatie (24,2%). Hier is dus enige contradictie. Echter werden hier de verzadigde vetten opnieuw aangehaald als een beïnvloedende factor op de waarde in het blad. *We kunnen dus besluiten dat de kennis over cholesterol bij de jongere generatie verpleegkundigen beter is dan deze bij de oudere generatie. Slechts 33,3% een correct antwoord gegeven op deze vraag. Dit kan verklaren waarom de ondervraagde geen correct antwoord kon geven ondanks de leeftijd.*

Ook de vetpercentages in olie, boter en margarine kon de verpleegkundige niet geven. Na bekendmaking werd aangehaald dat boter de beste keuze is omwille van het lager vetpercentage ondanks de verzadigde vetten. *We kunnen dus besluiten dat het effect van verzadigde vetten niet prioritair gesteld wordt tegenover het vetpercentage.*

Een dieet met begeleiding van een diëtist(e) heeft hier zichtbaar een positief effect op de kennis over koolhydraten op de dienst. In de opleiding kwamen zaken aan bod die effectief nuttig zijn bij het uitoefenen van de job als verpleegkundige. Voeding in de opleiding blijkt dus niet nutteloos. Kennis betreffende voeding was hier echter beperkt. Zo kon men de reden bij het kiezen van een melk niet aangeven en werd het vetgehalte prioritair beschouwd tegenover de verzadigde vetten.

Geriatric

Op deze dienst werd het thema diabetes en ondervoeding besproken. Bij de vraag naar tussendoortjes was het opvallend dat op deze dienst zelden een diabetesvoeding voorkomt. Dit komt waarschijnlijk door de ouderen die aanwezig zijn op de dienst en hiervoor dus een gewone voeding gepromoot wordt. Dit stemt overeen met het nieuwe protocol betreffende diabetes bij ouderen omwille van de beperkte levensverwachting. Indien de arts een diabetesdieet voorschrijft wordt door de verpleegkundige wel een aangepaste koek gegeven. Het dieet wordt op deze dienst zeer goed ondersteund door de diëtist(e). De verpleegkundigen ondervinden hieraan veel steun. Wanneer gesproken wordt over een gezonde voeding bij type 1 diabetes geeft de verpleegkundige een vage omschrijving inzake een "gezonde voeding". Zo geeft men vaag aan dat weleens fruit gegeven wordt ter vervanging van een koek. Specifieke bijscholingen betreffende voeding van de diabetici worden minder gegeven. Informatie aan de verpleegkundigen rond de voeding wordt dan ook eerder gegeven door de diëtist(e) die steeds aanwezig is. *We kunnen dus besluiten dat de*

verpleegkundige op een geriatrische verpleegeenheid minder belang hecht aan het energiebeperkte dieet van de diabetespatiënt doordat dit dieet hier zeer zelden voor komt, dit omwille van de nieuwe richtlijnen bij ouderen. Hierdoor kan geen objectief antwoord over een tussendoortje gegeven kan worden.

Volgens de verpleegkundige moet elke verpleegkundige notie hebben van de procedure bij een hypoglycemie. Volgens de verpleegkundige is dit dan ook gekend op de dienst. Wat opviel in het gesprek was de verwijzing naar 1 verpleegkundige op de dienst die zeer veel weet over diabetes waarbij ze vaak tips geeft aan de collega's betreffende deze problematiek en de handeling hierbij. *We kunnen dus besluiten dat de verpleegkundige vooral rust op de kennis van de collega. De nood aan kennis wordt dus doorgeschoven naar 1 specifieke persoon. In dit gesprek bleek dit vaak de diëtist(e) te zijn.*

De combinatie appelmoes en diabetes werd als negatief beschouwd door het effect op de bloedsuiker. Echter gaf de verpleegkundige aan dat de diabetespatiënten op de dienst toch een gewone appelmoes kregen. De verpleegkundige gaf aan dat ze dan vaak "een oogje toeknijpt". Echter werd aangegeven dat de hoeveelheid van de voeding wel gecontroleerd wordt, dit om later dan de insuline aan te passen. Men gaf ook aan dat er effectief raad werd gegeven aan de patiënt omtrent cola en zaken die veel suiker bevatten. *We kunnen dus besluiten dat het dieet niet echt als belangrijk beschouwd wordt, maar dat de insuline eerder wordt aangepast aan de maaltijd van de patiënt. Ook kan hier geconcludeerd worden dat raad gegeven wordt aan diabetici over de voeding.*

Ook de kennis over Body Mass Index werd aangehaald in dit gesprek waarbij opnieuw de taak voor het berekenen werd doorgeschoven naar de diëtist(e). De formule kon dus niet correct weergegeven worden. Echter wist de verpleegkundige wel de parameters die nodig zijn om de BMI te berekenen. Ook een persoon met obesitas kon volgens de verpleegkundige ondervoed zijn. De verpleegkundige kon slechts een vage verklaring geven voor dit antwoord. *Er kan dus besloten worden dat de parameters voor BMI gekend zijn maar dat de formule voor de berekening achterwege blijft. Dit stemt overeen met de literatuur inzake een geringe kennis over voeding waarbij vaak een oppervlakkige uitleg wordt gegeven. De verpleegkundige weet hierbij dat een patiënt ondervoed kan zijn ondanks overgewicht maar komt bij de verklaring hiervoor moeilijk uit de woorden.* De verpleegkundige had geen notie van een screeningstool. Er werd aangegeven dat de verpleegkundige enkel lengte en gewicht registreert en dat de rest door de diëtist(e) gedaan wordt. Hier kan besloten worden dat de verpleegkundigen beroep doen op kennis van anderen. De taak van de diëtist(e) wordt hier sterk benadrukt. Het belang van de diëtist wordt bevestigd.

Oncologie

Op deze dienst werden de thema's gezonde voeding en ondervoeding aangehaald. Hierbij werd geen misvatting vastgesteld over brood. Het belang van brood werd aangehaald waarbij verwezen werd naar de lessen voedingsleer van de opleiding. *Er kan dus besloten worden dat*

op deze dienst het belang van de lessen voedingsleer in de opleiding aangehaald wordt door te verwijzen naar de educatie in de les omtrent dit onderwerp.

Het lage gehalte aan vetoplosbare vitaminen werd niet aangehaald bij magere melk. Vooral de smaak telde in haar antwoord. Voedingsleer werd gegeven in de opleiding. Dit was zeer algemeen, maar werd door de verpleegkundige niet als belangrijk beschouwd. De taak van voeding schuift de persoon dan ook door naar de diëtisten. *Er kan dus besloten worden dat de educatie over voeding algemeen is en een basis moet vormen voor de verpleegkundigen. Echter hechten niet alle verpleegkundigen hier belang aan waardoor sommige zaken inzake voeding niet correct beantwoord kunnen worden.*

Cholesterol werd bevraagd waarbij de verpleegkundige geen correct antwoord kon geven over de voedingsmiddelen met een hoog gehalte aan cholesterol. Deze verpleegkundige wel aan dat een cholesterolwaarde tussen 150 en 200 een correcte waarde is. Hierbij gaf de persoon aan dat de marges bij een oncologische patiënt breder zijn en ze de enige juiste waarde niet kon meegeven. *Er kan dus besloten worden dat de verpleegkundigen de oppervlakkige kennis staven met het feit dat op hun dienst de cholesterolwaarden anders of niet bekeken worden. Dit is ook waarneembaar in de andere focusgesprekken.*

Ook de vetpercentages werden besproken met de verpleegkundige waarbij de verpleegkundige geen correct antwoord kon geven. Hier werd haar mening over verzadigde vetzuren in boter bevraagd waarbij de verpleegkundige het vooral over de hoeveelheid had van de verzadigde vetzuren. Ook BMI werd bevraagd waarbij enkel de parameters voor de berekeningen gegeven werden. De berekening zelf werd uitgevoerd via een programma op het internet, waarbij de formule om de Body Mass Index te berekenen niet gekend was. Ook rond de classificaties van de BMI was wat twijfel. De verpleegkundige gaf aan dat een BMI van 32 geclassificeerd wordt als overgewicht. Dit klopt niet. *We kunnen dus besluiten dat de parameters voor BMI gekend zijn. Echter is er heel wat twijfel over specifieke zaken omtrent de BMI zoals de berekening en de classificaties.*

In het gesprek werd aangegeven dat het beroep als verpleegkundige vooral een alarmfunctie heeft tegenover de diëtist(e) en dat deze dan ook onmiddellijk verwittigd wordt bij problemen.

Hier kan opnieuw geconcludeerd worden dat de educatie via de opleiding algemeen is. Deze heeft een positieve invloed gehad op vlak van de kennis betreffende koolhydraten. Hier is een tekort aan kennis aangaande de vetten waarbij ook een tekort aan kennis is over de cholesterolwaarde in het bloed. Ook kennis over BMI is oppervlakkig, hierbij kan men aangeven dat lengte en gewicht nodig is, hoewel een specificatie moeilijk is.

Inwendige revalidatie

Op deze dienst werden de thema's gezonde voeding en gastro-intestinale problemen aangekaart. Op deze dienst leefde een misvatting over koolhydraten. Volgens de verpleegkundige was het nodig om brood te vermijden bij een vermageringspoging. Op de

dienst was dan ook zichtbaar dat enkele collega's op de voeding letten. Hier probeert de verpleegkundige dan te weerstaan aan snacks zoals chocolade en koekjes die vaak op de dienst aanwezig zijn maar ook snel geconsumeerd worden. *We kunnen dus besluiten dat er toch enkele misvattingen zijn op deze dienst waarbij koolhydraten vermeden worden. Hieruit kunnen we afleiden dat op de dienst vaak suiker- en vetrijke snacks voor handen zijn en dat deze dan ook effectief geconsumeerd worden door verpleegkundigen die geen dieet volgen.*

Bij de bespreking van melk werd ook gekozen voor een halfvolle melk. Magere melk werd niet gekozen omwille van de smaak. Volle melk werd niet gekozen omwille van het vetgehalte. Ook hier werden de vetoplosbare vitaminen dus niet aangehaald. Over gezonde voeding werd dan ook de educatie via de opleiding besproken. De verpleegkundige gaf aan dat dit een zeer algemene educatie is en dat hierdoor niet veel bijgebleven is. *We kunnen dus besluiten dat de educatie zeer algemeen is waardoor een minimale productkennis is ontwikkeld. De verpleegkundige weet namelijk dat volle melk een hoog vetgehalte heeft, maar kan de daling in vetoplosbare vitaminen in magere melk niet aangeven.*

De verpleegkundige kon wel een correcte waarde voor cholesterol in het bloed aangeven. De verpleegkundige gaf aan dat dit voldoende werd benadrukt in de opleiding en dat dit op een afdeling zoals de inwendige revalidatie toch gekend moet zijn. Het aangeven van enkele cholesterolrijke producten bleek wel moeilijk. *Er kan dus besloten worden dat er enige kennis is inzake het onderwerp. Dit is niet voldoende specifiek.*

Ook de vetpercentages van olie, boter en margarine werden besproken. Hier werden de correcte waarden niet gegeven, hierbij gaf de verpleegkundige wel aan dat ze vooral qua samenstelling verschillen. Hierover is dus wel enige kennis.

Bij de bespreking van het thema "gastro-intestinale problemen" werd gevraagd of voeding een positief effect heeft op de darmwerking. Hier gaf de verpleegkundige aan dat een vezelrijke voeding de peristaltiek bevordert. Echter zijn het de vezels die ervoor zorgen dat water aangetrokken wordt om op die manier de stoelgang te versnellen. De verpleegkundige gaf aan dat ze vanuit haar beroep toch raad geeft aan mensen hierover. Zo raadt ze af en toe een kiwi aan, bruin brood... aan. *We kunnen dus besluiten dat er effectief enige kennis is omtrent deze problematiek. Hier wordt ook raad gegeven over voeding.*

Indien een lactose-intolerante patiënt een reservemaaltijd nodig heeft wordt de diëtist(e) vaak gecontacteerd. Dit is dus niet altijd het geval. Bijscholingen over zo'n problematiek worden niet gegeven, de verpleegkundige gaf ook aan dat er heel weinig van hen deze bijscholing zou volgen indien deze toch gegeven werd. De verpleegkundige heeft toch enige productkennis. De verpleegkundige heeft weet van het positieve effect van yoghurt op de darmwerking, wat een positieve invloed kan hebben op de patiënt met antibiotica.

We kunnen dus besluiten dat er enige kennis is, maar vaak niet voldoende om steeds een correcte doorverwijzing te genereren. Er wordt effectief raad gegeven aan de patiënt waaruit besloten kan worden dat enige basiskennis over voeding toch van belang is voor de patiënt.

Algemene conclusie

Doorheen de focusgesprekken bleek er enige kennis te zijn over bepaalde thema's zoals obstipatie, gezonde voeding, ondervoeding... Wanneer verder werd gevraagd naar enkele specifieke zaken omtrent het onderwerp werd een oppervlakkige, een verkeerde of geen uitleg gegeven. Er is dus een bepaalde kennis maar niet voldoende om een beschrijving te geven van het antwoord. Deze conclusie ligt in de lijn met wat in de literatuur te vinden is en is gebleken uit de kwantitatieve studie binnen deze bachelorproef.

Deze oppervlakkige kennis kan te wijten zijn aan het geringe opleidingspakket over voeding. Door bijna elke verpleegkundige werd namelijk aangegeven dat voeding in de opleiding zeer algemeen was. Ook zag niet elke verpleegkundige het belang van deze lessen in of is de verpleegkundige de inhoud van de lessen al vergeten. De oppervlakkige kennis lijkt ook beïnvloed te worden door persoonlijke interesse in voeding. Zo gaven verpleegkundigen aan dat indien ze interesse zouden hebben in het onderwerp, enkele bijscholingen hierrond zouden gevolgd worden. Toch is dit niet het geval.

Ook werd aangegeven dat wanneer de verpleegkundige niet in contact komt met bepaalde zaken, de verpleegkundige daarover weinig of geen kennis hoeft te beschikken. Echter wordt aangegeven dat er effectief advies gegeven wordt over bepaalde zaken van de voeding.

De taak aangaande voeding werd regelmatig doorgeschoven naar de diëtist(e). De diëtist(e) speelt namelijk een hoofdrol in de voedingszorg van de patiënt. Dit is geen foute conclusie. Het is niet de bedoeling dat de verpleegkundige de taak van de diëtist(e) overneemt. Het is wel van belang dat de verpleegkundige een correcte doorverwijzing kan leveren. Dit is tot heden niet altijd het geval.

12 Conclusie

12.1 Problematiek

Voeding is een belangrijk deel van de curatieve en preventieve zorg voor de patiënt. De diëtist(e) is, in tegenstelling tot de verpleegkundige of zorgkundige, niet altijd aanwezig op de dienst. Hierdoor stelt de patiënt zijn voedingsgerelateerde vraag vaak aan de verpleeg- en zorgkundige. Het is dus belangrijk dat verpleegkundigen en zorgkundigen genoeg basiskennis hebben over voeding om een correcte doorverwijzing te kunnen verwezenlijken naar de diëtist(e). Zowel uit de literatuur als uit de praktijk blijkt de voedingskennis gering te zijn. Diëtisten in de praktijk merken een stijging op van consultaties met deze doelgroep, dit is vaak omwille van overgewicht of na het volgen van allerlei crashdiëten. Tijdens de consultaties werd het duidelijk dat er heel wat misverstanden heersen over voeding. Deze misverstanden kunnen de doorverwijzing naar de diëtist(e) belemmeren. Ook hebben deze misverstanden een effect op de informatie die de patiënt verkrijgt. Dit kan de curatieve zorg beperken.

12.2 Conclusie

Onderwerpen zoals gezonde voeding en specifieke (curatieve) diëten komen zeer vaak voor in de ziekenhuissetting. Kennis over voeding is dus belangrijk om de patiënt vlot te helpen en door te verwijzen naar de diëtist(e). Uit de literatuur blijkt dat de kennis bij verpleegkundigen ontoereikend is om de zorg voor voeding te volbrengen, zonder de inschakeling van de diëtist(e). Deze ontoereikende kennis uit zich in een vage omschrijving van voedingsgerelateerde begrippen. De geringe kennis over specifieke thema's is een belangrijk item die de doorverwijzing kan belemmeren en de gezondheid van de patiënt in de weg kan staan. Een eerder geringe kennis heeft niet alleen een invloed op de patiënt. Ook de verpleegkundige zelf kan hier nadelen van ondervinden. Dit uit zich in het volgen van hypes waardoor een gezonde voeding vaak achterwege blijft. Ook shiftwerk zorgt ervoor dat een normaal voedingspatroon verstoord wordt. Dit uit zich in het overslaan van maaltijden, nuttigen van snacks... Uit de literatuur is gebleken dat verpleegkundigen die shiftwerk doen een hogere BMI hebben dan verpleegkundigen die dagwerk uitvoeren. Verpleegkundigen in shiftwerk hebben dus vaker overgewicht. Langdurig overgewicht is dus vaak de eerste stap voor de verpleegkundige om een diëtist(e) te consulteren. Deze stijging valt diëtisten in de praktijk ook op.

Uit het verkennend onderzoek binnen deze bachelorproef werd duidelijk dat de kennis gering is en werden eerdere besluiten in de literatuur bevestigd. De eerder oppervlakkige kennis werd duidelijk in het eerste onderdeel "gezonde voeding". Dit bevestigt de literatuur waaruit bleek dat verpleegkundigen eerder beperkte kennis hebben inzake een gezonde voeding.

Het onderdeel van diabetes was beter gekend. Ook kennis over gastro-intestinale problemen werd bevraagd waarbij de kennis eerder verdeeld was. Het topic vezelrijke voeding en constipatie was bij elke verpleegkundige gekend. Dit staat tegenover de problematiek over lactose-intolerantie die minder goed gekend is. In het laatste onderdeel van de enquête werd de kennis betreffende ondervoeding bevraagd. Dit thema werd gekozen doordat ondervoeding een actuele problematiek is in Vlaamse ziekenhuizen (zie literatuur). Kennis hierrond is dus vereist. Echter blijkt uit de enquête een geringe kennis te zijn betreffende doorverwijzing en screening op ondervoeding. Algemeen kan gesteld worden dat de verpleegkundigen een zekere kennis hebben. Deze kent weliswaar onvoldoende diepgang om patiënten ten volle te ondersteunen bij een specifieke voedingszorg. Dit stemt overeen met wat eerder onderzoek heeft uitgewezen en wat beschreven staat in de literatuur.

Via statistische analyses werd onderzocht of er een verband kon worden vastgesteld tussen kennis en leeftijd (ervaring), opleiding en dieetgeschiedenis. Bij de meeste vragen kon een niet significant verband in kaart gebracht worden. Dit wil zeggen dat leeftijd (ervaring), dieetgeschiedenis en opleiding geen invloed heeft op de kennis van de verpleegkundige. Bij enkele vragen kon wel een significant verband worden aangetoond. Zo hebben verpleegkundigen met dieetgeschiedenis een betere kennis over de hype rond koolhydraten. Uit de bevraging bleken enkele verpleegkundigen al een dieet gevolgd te hebben met een diëtist(e). Advies van een voedings- en dieetdeskundige lijkt dus een positieve invloed te hebben op de kennis over hedendaagse hypes. Bij de vraag over de cholesterolwaarde kon ook een significant verband vastgesteld worden tussen kennis en leeftijd. Bij deze vraag had de jongere generatie een betere kennis dan de oudere generatie. Bij de vraag aangaande diarree en antibiotica kon een significant verband worden vastgesteld. Hier had de oudere generatie een betere kennis dan de jongere generatie. Ook bij het thema ondervoeding werd een significant verband aangetoond tussen opleiding en kennis. De bachelor verpleegkundigen blijken hier een betere kennis te hebben. Een bacheloropleiding heeft hier dus een positieve invloed op gehad. Vermoedelijk heeft een hogere opleiding de mogelijkheid om verpleegkundigen meer informatie te verschaffen.

Om deze kwantitatieve studie te ondersteunen werd een kwalitatief onderzoek verricht aan de hand van focusgesprekken. Per dienst zijn er 1 of 2 topics bevraagd. Uit deze gesprekken werd duidelijk dat kennis vaak afhankelijk is van de afdeling waarop de verpleegkundige in dienst is. Dit blijkt vaak het excuus te zijn voor een beperkte kennis. Ook het opleidingspakket werd vaak als "algemeen" omschreven, waarbij de lessen niet altijd zijn bijgebleven of waarin er onvoldoende aandacht werd besteed aan voeding. De taak rond voeding wordt doorgeschoven naar de diëtist(e). Deze beperkte kennis vormt een probleem voor de doorverwijzing naar de diëtist(e). Zo wijst slechts 44% door bij een gewichtsdeling van >2% (1 week) en een beperkte eetlust. Ook hedendaagse hypes vormen een hindernis in het doorverwijzen. Eigen opvattingen kunnen de handeling tegenover de patiënt beïnvloeden.

12.3 Eindconclusie

Kennis blijkt uit zowel de literatuur als de praktijkstudie gering te zijn. Enkel specifieke topics zoals diabetes, vezelrijke voeding, constipatie en Body Mass Index zijn beter gekend. Dit zijn thema's die regelmatig op de dienst voorkomen en waarmee de verpleegkundigen het vaakst in contact komen. Kennis over specifieke onderwerpen zoals lactose-intolerantie, screening en een colonscopie zijn minder voorkomend en dus minder gekend. We kunnen dus besluiten dat de kennis over veelvoorkomende problematieken beter is dan betreffende weinig voorkomende problematieken. Deze conclusie wordt ondersteund door de focusgesprekken. Toch is deze kennis niet bij iedereen gekend en is deze vaak ontoereikend om de volledige zorg te ondersteunen.

We kunnen dus besluiten dat het beroep diëtist(e) zeer nuttig is in het bijbrengen van correcte informatie. Leeftijd en de daarbij samenhangende ervaring hebben een positief effect op de kennis betreffende specifieke thema's zoals cholesterol en het neveneffect van antibiotica op de darmwerking. Echter heeft hier de jongere generatie een betere kennis over de cholesterolwaarden en de oudere generatie een betere kennis over hulpmiddelen om de darmflora te herstellen. De bacheloropleiding heeft een positief effect op de kennis aangaande ondervoeding. De kennis over voeding is dus eerder beperkt ook al hebben sommige factoren een positieve invloed op de kennis over 1 bepaalde vraag. Deze geringe kennis heeft een invloed op de voedingszorg en de doorverwijzing naar de diëtist(e) en kan verbeterd worden door een betere educatie. Echter blijkt educatie over voeding niet altijd aantrekkelijk of is educatiemateriaal niet altijd beschikbaar via bijscholingen. Daarom is het belangrijk dat educatiemateriaal voor verpleegkundigen wordt uitgewerkt. In de opleidingen tot gegradueerde en bachelor in de verpleegkunde kan meer aandacht besteed worden aan voeding. De uitbreiding tot 4 jaar biedt hier de mogelijkheid om de studenten meer vertrouwd te maken met voeding, het beroep en de functie van een diëtist(e). In de toekomst kunnen deze opleidingen dus aangesproken en betrokken worden in het verbreden van deze kennis bij verpleegkundigen.

12.4 Eigen interpretatie

Deze bachelorproef bevestigt dat ook in Vlaanderen een tekort aan basiskennis over voeding heerst. Via dit onderzoek wordt het probleem betreffende voeding bij de verpleegkundige zelf in kaart gebracht. Dit onderzoek toont een tekort aan educatie over voeding en curatieve voedingszorg vaak aan de basis te liggen van deze geringe kennis waardoor zowel de patiënt als de verpleegkundige hier invloed van ondervindt. De patiënt krijgt effectief informatie, wanneer deze door een geringe kennis van de verpleegkundige foutief blijkt te zijn. Dit kan van invloed zijn op de patiënt.

Ook de verpleegkundige ondervindt een nadeel van dit tekort aan basiskennis. Overslaan van maaltijden, het nuttigen van snacks... leiden vaak tot overgewicht. Het is aangewezen de basiskennis van de verpleegkundigen te verbreden. Dit gebeurt het best aan de hand van een uitgewerkte opleiding, aangezien er een tekort aan educatie is bij verpleegkundigen over voeding. Door het verrijken van deze basiskennis wordt een doorverwijzing naar de diëtist(e) makkelijker. Dit is dan ook in het voordeel van de patiënt. Niet alleen de kennis van de verpleegkundige is belangrijk om op te volgen. Het eetpatroon van de verpleegkundige blijkt door shiftwerk verstoord. Ook hier kan educatiemateriaal over maaltijdplanning, gezonde snacks... uitgewerkt worden. Een verpleegkundige met correcte voedingspatroon en de juiste kennis heeft dan ook een positieve invloed op de patiënt. Over dit onderwerp in Vlaanderen kan nog heel wat onderzoek verricht worden. Dit kan in de verschillende sectoren van de zorg verricht worden. Het lijkt me ook niet onbelangrijk om dit verder uit te diepen.

Voeding kent een rol en zal in de toekomst een steeds belangrijkere rol kennen in de preventieve en curatieve zorg. De taak van de voedings- en dieetkundige wordt steeds noodzakelijker in de zorg. Het beschikbaar stellen van gezonde voeding of een dieetvoeding behoort dan ook tot het takenpakket van de diëtist(e). Het is belangrijk om zo veel mogelijk (para)medici bagage te bieden om diëtisten ondersteuning te bieden in het uitoefenen van hun taak en de totale voedingszorg te optimaliseren.

Literatuurlijst

- Alomar, M. Z., Akkam, A., Alashqar, S., Eldali, A. (2013). Decreased hydration status of emergency department physicians and nurses by the end of their shift. *International Journal of Emergency Medicine*, 6, 1-7.
- Al-Shawaiyat, N. M., Sinjillawi, A. B., Al-rethaiaa, A. S., Fahmy, A. A., Al-Saraireh, R. M., Aqel, M. M., ... Al-Sbou, A. S. (2013). Assessment of therapeutic nutritional knowledge of Jordanian nurses. *International Journal of Nutrition and Food Sciences*, 2(3), 142-148.
- Arteveldehogeschool. (z.j.). Opleidingsonderdelen: Bachelor in de verpleegkunde. Associatie Universiteit Gent. Geraadpleegd op 10 november 2015, op <http://www.arteveldehogeschool.be/ects/ahsownapp/ects/ECTS.aspx>.
- Atkinson, G., Fullick, S., Grindey, C., Maclaren, D., Waterhouse, J. (2009). Exercise, Energy, Balance and the Shift Worker. *Sports Medicine*, 38(8), 671-685.
- Boaz, M., Rychani, L., Barami, K., Houry, Z., Yosef, R., Siag, A., ... Leibovitz, E. (2013). Nurses and Nutrition: A Survey of Knowledge and Attitudes Regarding Nutrition Assessment and Care of Hospitalized Elderly Patients. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(8), 357.
- Brehm, B., Breen, P., Brown, B., Long, L., Smith, R., Wall, A., Warren, N. S. (2006). An Interdisciplinary Approach to Interducing Professionalism. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70 (4), 81.
- Butriss, J. L. (1997). Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 65, 1985S-1995.
- Cederholm, T. (2015). ESPEN guidelines: ESPEN diagnostic criteria for malnutrition. *The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*, 21.
- David, R. A., Rhee, M. (1998). The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community. *Language and Effective Health Care*. 65, 393-397.
- Demarré, L., Vanderwee, K., Defloor, T., Verhaeghe, S., Schoonhoven, L., Beeckman, D. (2011). Pressure ulcers: Knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1425-1434.

- De Vries, J. H. M., De Boer, E. J., Hulshof, K. F. A. M. (2007). Methoden voor voedselconsumptieonderzoek van bevolkingsgroepen en individuen. *Informatarium voor Voeding en Diëtetiek*, 5.
- Drieskens, S. (2013). Belgische Gezondheidsenquête. *WIV-ISP*, Brussel.
- Eide, H. D., Halvorsen, K., Almendingen, K. (2014). Barriers to nutritional care for undernourished hospitalised older people. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 696-706.
- El-Sharkawy, A. M., Bragg, D., Watson, P., Neal, K., Sahota, O., Maughan, R. J., Lobo, D. N. (2015). Hydration amongst nurses and doctors on-call (the HANDS on prospective cohort study). *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*, 15, 183-184.
- Geliebter, A., Gluck, M. E., Tanowitz, M., Aronoff, N. J., Zammit, G. K. (2000). Work-shift Period and Weight Change. *Applied Nutritional Investigation*, 16, 27-29.
- Goold, S. D., Lipkin, M. (1999). The Doctor-patient Relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 14, S26-S33.
- Graarup, J., Pedersen, P. U., Bjerrum, M. (2014). Nurse practitioners' attitudes to nutritional challenges dealing with the patients' nutritional needs and ability to care for themselves in a fast track program. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4 (5), 136-147.
- Gray, D., Cooper, P. (2001). Nutrition and Wound healing: what is the link?. *Journal of Wound Care*, 10(3), 86-89.
- Hankey, C. R., Eley, S., Leslie, W.S., Hunter, C. M., Lean, M. E. J. (2003). Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. *Public Health Nutrition*, 7(2), 337-334.
- Henning, M. (2009). Nursing's Role in Nutrition. *Nursing center*, 27(5), 301-306.
- Hogeschool Gent. (2015). Studiefiches: Programma Bachelor in de verpleegkunde (VPK1 modeltraject 1 Verpleegkunde), *Hogeschool Gent*, Geraadpleegd op 10 november 2015, op <https://www.hogent.be/studiefiches/?ectsaction=ects:main.programma&mid=11802&opl=PBA-VPK&faculteitcode=FMW&taal=1>.

- Kalyani, M. N., Kashkooli, R. I., Mozalem, Z., Jamshidi, N. (2014). Qualitative Inquiry into the Patients' Expectations regarding Nurses and Nursing Care. *Hindawi*, 70(1), 60-67.
- Kim, H., Choue, R. (2009). Nurses' positive attitudes to nutritional management but limited knowledge of nutritional assessment in Korea. *International Nursing Review*. 56, 333-339.
- Kourkouta, L., Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Journal of the academy of medical sciences of Bosnia and Herzegovina*, 26(1), 65-67.
- Kowanko, I., Simon, S., Wood, J. (1999). Nutritional care of the patient: nurses' knowledge and attitudes in an care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 217-224.
- McCabe, C. (2002). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Issues in clinical nursing*, 13, 41-49.
- Moore, H., Adamson, A., Gill, T., Waine, C. (1999). Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. *Family Practice*, 17, 197-202
- Morteza, A., Anahita, H., Mitra, A., Mina, E., Hamed, P., Mohammad, R. K., ... Saeed, H. K. (2013). The nutrition knowledge level of physicians, nurses and nutritionists in some educational hospitals. *Journal of Paramedical Science*, 4, 106-114.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Hojgaard, H. R., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., Irtun, O., the scandinavian nutrition group (2007). Insufficient nutritional knowledge among health care workers?. *Clinical Nutrition*, 27, 196-202.
- Murray, S., Narayan, V., Mitchell, M., Witte. H. (1993). Study of dietetic knowledge among members of the primary health care team. *British Journal of General Practice*, 43, 229-231.
- Naghashpour, M., Amani, R., Nematpour, S., Mohammad, H.H. (2013). Dietary, Antropometric, Biochemical and Psychiatric Indices in Shift Work Nurses. *Food and Nutrition Sciences*, 4, 1239-1246.
- Newell, S., Entrep, G. C. I., Jordan, Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13 (1), 1-9.

- Peplonska, B., Bukowska, A., Sobala, W. (2015). *Association of Rotating Night Shift Work with BMI and Abdominal Obesity among Nurses and Midwives*. Doi:10.1371/Journal.pone.0133761.
- Piñeiro, R., Brotons, C., Bulc, M., Ciurana, R., Drenthen, T., Durrer, D., ... Thireos, E.A. (2005). Healthy diet in primary care: views of general practitioners and nurses from Europe. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, S77-S80.
- Posthauer, M. E., Dorner, B., Collins, N. (2010). Advances in Skin & Wound Care: The Journal for Prevention and Healing. *The Journal for Prevention and Healing*, 23(1), 560-572.
- Reed, D. (2014). Healthy Eating for Healthy Nurses: Nutrition Basics to Promote Health for Nurses and Patients. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(3).
- Rogers, A. E., Hwang W. T., Scott, L. D. (2004). The Effects of Work Breaks on Staff Nurse Performance. *Journal of Nursing Administration*, 34(11), 509-512.
- Salazar, O. A. B. (2014). Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 17-27.
- Smith, P., Fritschi, L., Reid, A., Mustard, C. (2012). The relationship between shift work and body mass index among Canadian nurses. *Applied Nursing Research*, 26, 24-31.
- Stegeman, N. E., Gilbert-Peek, W. A., Franken, A. (2013). Contact tussen de afdeling en de keuken. *Voeding bij gezondheid en ziekte*, 6, 344.
- Van Anholt, R. D. (2010). Voeding bij decubitus. *Nutrition*, 26 (9), 867-872.
- Verbrugghe, M., Beeckman, D., Van Hecke, A., Vanderwee, K., Van Herck, K., Clays, E., ... Verhaeghe, S. (2013). Malnutrition and associated factors in nursing home residents: A cross-sectional multi-centre study. *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*, 32, 438-443.
- Vluhr. (2014) Verifieerbare feiten Professioneel gerichte bachelor in de Verpleegkunde. Geraadpleegd op 10 november 2015, op http://www.vluhr.be/media/docs/Visitatierapporten/VLUHR_verpleeg_boek1_feiten_web.pdf.
- Warber, J. I., Warber, J. P., Simone, K. A. (2000). Assessment of general nutrition knowledge of nurse practitioners in New England. *Research and professional briefs*, 100(3), 368.

Weddle, D. O., Tu, N. S., Guzik, C. J., Ramakrishan, V. (1995). Positive association between dietetics recommendations and achievement of enteral nutrition outcomes. *Journal of American Dietetics Associations*, 95 (7), 753-758.

Yalcin, N., Cihan, A., Gundogdu, H., Ocakci, A. (2013). Nutrition Knowledge Level of Nurses. *Health Science Journal*, 7(1), 99-108.

Zhao, I., Bogossian, F., Song, S., Turner, C., Dip, G. (2011). The Association Between Shift Work and Unhealthy Weight: a Cross-Sectional Analysis From The Nurses and Midwives' e-Cohort Study. *American College of Occupational and Environmental Medicine*, 53(2), 153-158.

Figuren

Seegers, J. (2015). Codeboek. *Helpdesk IBM SPSS Statistics*.

Nationaal Multiple Sclerose Centrum. (2015). Zorgaspecten: Doorligwonden. Geraadpleegd op 15 oktober 2015, op <http://www.mscenter.be/nl/zorgaspecten/doorligwonden.html>.

Bijlagen

Overzicht

- Bijlage 1: Inleidende brief
- Bijlage 2: Enquête
- Bijlage 3: Tabellen overzicht analyses

Bijlage 1: Inleidende brief

Zedelgem, 19 oktober 2015

Beste,

Ik ben Verhaeghe Ines, een studente uit de opleiding voedings- en dieetkunde in Vives te Brugge.

Voor mijn bachelorproef voer ik een onderzoek naar de kennis over voeding bij verpleegkundigen en zorgkundigen, om deze kennis na te gaan heb ik een enquête opgesteld waarin vier thema's in verband met voeding aan bod komen.

De vragen zijn zo opgesteld dat ik een goed beeld krijg van uw kennis over de thema's: gezonde voeding, diabetes, gastro- intestinale problemen en ondervoeding. Telkens is slechts 1 antwoord mogelijk.

Op die manier zullen statistische vergelijkingen gemaakt worden waarbij kennis met enkele zaken zoals geslacht, opleidingsniveau,... vergeleken wordt.

Het doel van deze studie is dus om een objectief beeld te verkrijgen van de kennis omtrent voeding, daarom is het belangrijk om deze enquête individueel en zonder hulp van internet in te vullen.

De enquête zal worden opgehaald 1 week na het contactmoment.

Alvast bedankt voor u medewerking.

Vriendelijke groeten,

Ines Verhaeghe
Studente voedings- en dieetkunde

Bijlage 2: enquête

Algemeen

Geslacht:

- Man
- Vrouw

Leeftijd (uitgedrukt in jaren)

.....

Huidige gewicht (uitgedrukt in kg)

.....

Lengte (uitgedrukt in m)

.....

Opleidingsniveau:

- Zorgkundige
- Bachelor in de verpleegkunde (A1)
- Gegradueerde verpleegkundige (A2) of verpleegkundige HBO5
- Bachelor in de verpleegkunde + master

Heeft u eerder een dieet gevolgd?

- Ja
- Neen

Indien ja welke?

(.....
.....
.....

Gezonde voeding

1 Stelling: om gewicht te verliezen is het aangewezen de consumptie van brood en aardappelen te beperken tot respectievelijk 2 sneden en 1 stuk?

- Juist
- Fout

Waarom juist/fout?

(.....
.....

2 Welk voedingsmiddel hoort volgens u niet thuis in een gezonde en gevarieerde voeding?

- Halfvolle melk
- Magere melk
- Kokosmelk
- Sojadrink (natuur)

3 Wanneer spreken we van een goede cholesterolwaarde in functie van de ontwikkeling van hart en vaataandoeningen?

- <180 mg/dl
- <190 mg/dl
- <200 mg/dl
- <300 mg/dl

4 Geef het vetpercentage van boter, margarine en olijfolie.

Boter:.....

Margarine:.....

Olijfolie:.....

Welke vetstof gebruikt u? Welk merk gebruikt u?

.....
.....

5 Is vervanging van de dagelijkse portie fruit (2 à 3 stuks) door fruit- en vruchtensappen zoals smoothies, fruitsap,... een gelijkwaardige en goede vervanging?

- Ja
- Neen

Diabetes

1 Stelling: Bij een diabetesbehandeling moet steeds de energie-inname van de patiënt gereduceerd worden.

- Juist
- Fout

2 Het voornaamste advies bij een patiënt met type 1 diabetes is:

- Koolhydraatarm met extra aandacht voor de vetinname
- Koolhydraatrijk met extra aandacht voor de vetinname
- Gezonde voeding
- Eiwitrijk

3 Welk product helpt niet bij een hypoglycemie?

- Suikerklontje
- Cola
- Stevia
- Druivensuiker

4 Stelling: appelmoes wordt best vermeden door diabetici.

- Juist
- Fout

5 Een patiënt met diabetes maakt kans op een hyperglycemie. Welk van onderstaand is een opvallend symptoom van een hyperglycemie?

- Hoofdpijn
- Bleekheid
- Vaak plassen
- Wisselend humeur

Gastro-intestinale problemen

1 Een patiënt heeft constipatie. Kan ik met voeding de patiënt helpen?

- Ja
- Neen

Waarom ja/neen? Zo ja, omschrijf wat u zou aanbevelen?

(.....
.....

2 Een nieuwe patiënt (Lactose-intolerant) is opgenomen in het ziekenhuis. Ik moet de patiënt een middagmaal geven. Het maken van een nieuwe maaltijd is niet meer mogelijk in de keuken. Wat kies ik uit de reservemaaltijden?

- Vol-au-vent + natuuraardappelen + rauwkost
- Kip + rijst + zuiderse groenten in Provençaalse saus
- Kip + natuuraardappelen + bloemkool in béchamelsaus
- Broodmaaltijd + confituur + snede gekookte ham

3 Meneer Janssens 70 jaar met lengte van 1.70 en gewicht 60 kg en BMI 20 is opgenomen op heerkunde in verband met een colonresectie en was bij opname niet ondervoed volgens de screening door de diëtist. Hij start 4 dagen na de operatie met licht verteerbare voeding en een week na de operatie bestaat zijn dagmenu uit:

Ontbijt: 2 boterhammen met confituur met koffie zonder suiker, middag: een kleine portie warm eten, avond: 2 boterhammen met confituur en kaas en een yoghurt natuur met suiker en kiwi en koffie zonder suiker, tussendoor water, koffie en thee. Wat bedraagt de energetische waarde van dit dagmenu?

- 600 kcal
- 900 kcal
- 1200 kcal
- 1500 kcal

Is advies van een diëtist nodig?

- Ja
- Nee

4 Persoon X ligt op uw dienst omwille van een colonscopie. Welke van onderstaande producten geef ik best niet ter voorbereiding van deze colonscopie?

- Brood
- Beschuit
- Aardappelen
- Sandwich met confituur

5 Een patiënt krijgt antibiotica wat de kans op diarree verhoogt. Welk van onderstaande voedingsmiddelen kunnen aanvullend gegeven worden ter preventie van diarree?

- Fruit
- Brood
- Yoghurt
- Koude melk

Ondervoeding

1 Welke parameters heb je nodig voor het bepalen/berekening van de Body Mass Index (BMI)

.....
.....
.....
.....

2 Kan een patiënt met een BMI van 32 ondervoed zijn?

- Ja
- Neen

Waarom ja/neen?

(.....
.....
.....

3 Bij een patiënt wordt ondervoeding vastgesteld. Voor deze persoon is het voldoende om bijvoeding te geven.

- Ja
- Neen

4 Wie contacteer ik eerst wanneer een patiënt een beperkte eetlust (enkele dagen) heeft en er sprake is van gewichtsdeling (>2% - 1 week)?

- Arts
- Diëtist
- Logopedie
- Ik kan, als verpleegkundige, door mijn kennis zelf correct handelen

5 Screening op ondervoeding door de verpleging is belangrijk voor het opsporen van patiënten met risico op ondervoeding bij opname. Welke factor is niet van belang bij screening op ondervoeding door de verpleging?

- BMI
- Lengte
- Verminderde eetlust gedurende de laatste week voor opname
- 5% gewichtsverlies in de afgelopen maand of 10% in het afgelopen half jaar

Worden alle patiënten bij opname gescreend?

- Ja
- Neen

Bijlage 3: Tabellen overzicht analyses

Tabel 1 : Overzichtstabel resultaten statistische analyses van gezonde voeding

Vraag omtrent koolhydraten	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	64,1 %	22,2 %
Fout antwoord	35,9 %	77,8 %
Missing	/	/
	Leeftijd <=30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	56,5 %	47,1 %
Fout antwoord	43,5 %	52,9 %
Missing	/	/
	Dieet gevolgd	Geen dieet gevolgd
Juist antwoord	68,2 %	40,0 %
Fout antwoord	31,8 %	60,0 %
Missing	/	/
Vraag rond voedingsmiddelen	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	50,0 %	58,8 %
Fout antwoord	50,0 %	41,2 %
Missing	2 (3,5%)	2 (3,5%)
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	59,1 %	48,5 %
Fout antwoord	40,9 %	51,5 %
Missing	2 (3,5%)	2 (3,5%)
	Dieet gevolgd	Geen dieet gevolgd
Juist antwoord	47,6 %	55,9 %
Fout antwoord	52,4 %	44,1 %
Missing	2 (3,5%)	2 (3,5%)
Vraag over cholesterolwaarde bloed	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	44,7 %	11,8 %
Fout antwoord	55,3 %	88,2 %
Missing	2 (3,5%)	2 (3,5%)
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	50,0 %	24,2 %
Fout antwoord	50,0 %	75,8 %
Missing	2 (3,5%)	2 (3,5%)

Vetpercentage boter	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	15,4 %	0,0 %
Fout antwoord	84,6 %	100,0 %
Missing	/	/
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	8,7 %	11,8 %
Fout antwoord	91,3 %	88,2 %
Missing	/	/
	Dieet gevolgd	Geen dieet gevolgd
Juist antwoord	18,2 %	5,7 %
Fout antwoord	81,8 %	94,3 %
Missing	/	/
Vetpercentage margarine	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	5,6 %	10,3 %
Fout antwoord	94,4 %	89,7 %
Missing	/	/
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	4,3 %	11,8 %
Fout antwoord	95,7 %	88,2 %
Missing	/	/
	Dieet gevolgd	Geen dieet gevolgd
Juist antwoord	9,1 %	8,6 %
Fout antwoord	90,9 %	91,4 %
Missing	/	/
Vetpercentage olijfolie	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	23,1 %	33,3 %
Fout antwoord	76,9 %	66,7 %
Missing	/	/
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	17,4 %	32,4 %
Fout antwoord	82,6 %	67,6 %
Missing	/	/
	Dieet gevolgd	Geen dieet gevolgd
Juist antwoord	27,3 %	25,7 %
Fout antwoord	72,7 %	74,3 %

Missing	/	/
Vervanging fruit door smoothies	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	89,7 %	88,9 %
Fout antwoord	10,3 %	11,1 %
Missing	/	/
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	95,7 %	85,3 %
Fout antwoord	4,3 %	14,7 %
Missing	/	/
	Dieet gevolgd	Geen dieet gevolgd
Juist antwoord	90,9 %	88,6 %
Fout antwoord	9,1 %	11,4 %
Missing	/	/

Tabel 2 : Overzichtstabel resultaten statistische analyses van diabetes

Vraag omtrent energiereductie	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	79,5 %	76,5 %
Fout antwoord	20,5 %	23,5 %
Missing	1 (1,8%)	1 (1,8%)
	Leeftijd <=30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	77,3 %	79,4 %
Fout antwoord	22,7 %	20,6 %
Missing	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Vraag rond advies type 1 diabetes	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	52,6 %	76,5 %
Fout antwoord	47,4 %	23,5 %
Missing	2 (3,5%)	2 (3,5%)
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	54,5 %	63,6 %
Fout antwoord	45,5 %	36,4 %
Missing	2 (3,5%)	2 (3,5%)
Product bij hypoglycemie	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	97,4 %	88,9 %
Fout antwoord	2,6 %	11,1 %
Missing	/	/
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	95,7 %	94,1 %
Fout antwoord	4,3 %	5,9 %
Missing	/	/
Stelling over appelmoes	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	42,1 %	37,5 %
Fout antwoord	57,9 %	62,5 %
Missing	3 (5,3%)	3 (5,3%)
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	47,6 %	36,4 %
Fout antwoord	52,4 %	63,6 %
Missing	3 (5,3%)	3 (5,3%)
Symptoom van hypoglycemie	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	68,4 %	61,1 %
Fout antwoord	31,6 %	38,9 %
Missing	1 (1,8%)	1 (1,8%)

	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	81,8 %	55,9 %
Fout antwoord	18,2 %	44,1 %
Missing	1 (1,8%)	1 (1,8%)

Tabel 3 : Overzichtstabel resultaten statistische analyses van gastro- intestinale problemen

Vraag omtrent constipatie en voeding	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	100 %	100 %
Fout antwoord	/	/
Missing	/	/
	Leeftijd <=30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	100 %	100 %
Fout antwoord	/	/
Missing	/	/
Vraag rond lactose intolerantie	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	25,6 %	38,9 %
Fout antwoord	74,4 %	61,1 %
Missing	/	/
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	39,1 %	23,5 %
Fout antwoord	60,9 %	76,5 %
Missing	/	/
Vraag over colonresectie	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	39,5 %	52,9 %
Fout antwoord	60,5 %	47,1 %
Missing	2 (3,5 %)	2 (3,5%)
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	47,8 %	40,6 %
Fout antwoord	52,2 %	59,4 %
Missing	2 (3,5%)	2 (3,5%)
Subvraag over colonresectie en advies diëtist	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	78,9 %	75,0 %
Fout antwoord	21,1 %	25,0 %
Missing	3 (5,3%)	3 (5,3%)
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	69,6 %	83,9 %
Fout antwoord	30,4 %	16,1 %
Missing	3 (5,3%)	3 (5,3%)
Vraag rond colonoscopie	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
-	Geen analyse	Geen analyse
-	Geen analyse	Geen analyse

Vraag over antibiotica en diarree	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	69,2 %	61,1 %
Fout antwoord	30,8 %	38,9 %
Missing	/	/
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	43,5 %	82,4 %
Fout antwoord	56,5 %	17,6 %
Missing	/	/

Tabel 4 : Overzichtstabel resultaten statistische analyses van ondervoeding

Vraag over parameters BMI	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	100 %	100 %
Fout antwoord	/	/
Missing	/	/
	Leeftijd <=30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	100 %	100 %
Fout antwoord	/	/
Missing	/	/
	Dieet gevolgd	Geen dieet gevolgd
Juist antwoord	100 %	100 %
Fout antwoord	/	/
Missing	/	/
BMI 32 en ondervoeding	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	74,4 %	44,4 %
Fout antwoord	25,6 %	55,6 %
Missing	/	/
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	60,9 %	67,6 %
Fout antwoord	39,1 %	32,4 %
Missing	/	/
Vraag over bijvoeding	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	84,6 %	58,8 %
Fout antwoord	15,4 %	41,2 %
Missing	1 (1,8%)	1 (1,8%)
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	73,9 %	78,8 %
Fout antwoord	26,1 %	21,2 %
Missing	1 (1,8%)	1 (1,8%)
Vraag over contacteren	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	41,0 %	50,0 %
Fout antwoord	59,0 %	50,0 %
Missing	/	/
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	39,1 %	47,1 %
Fout antwoord	60,9 %	52,9 %
Missing	/	/

Vraag overscreening	Opleiding A1 en master	Opleiding A2
Juist antwoord	45,9 %	29,4 %
Fout antwoord	54,1 %	70,6 %
Missing	3 (5,3%)	3 (5,3%)
	Leeftijd <= 30 jaar	Leeftijd >30 jaar
Juist antwoord	40,9 %	40,6 %
Fout antwoord	59,1 %	59,4 %
Missing	3 (5,3%)	3 (5,3%)