

# **Syndroom van Down en Coeliakie**

**Op welke wijze kan in de instellingen  
voor verstandelijke gehandicapten  
de begeleiding van patiënten  
die lijden aan het Syndroom van Down  
èn aan de ziekte coeliakie  
worden geoptimaliseerd?**

**Tora Schuurman**

---

**Titel:** Syndroom van Down en Coeliakie

**Ondertitel:** Op welke wijze kan in de instellingen voor verstandelijke gehandicapten de begeleiding van patiënten die lijden aan het syndroom van Down en aan de ziekte coeliakie worden geoptimaliseerd?

**Naam:** Tora Schuurman, Nieuweweg 7, 3765 GA Soest, tel.: 035 6029192

**Begeleidende docent:** Trudy Groen

**Onderwijsinstelling:** Hogeschool Holland, Academie Zorg en Welzijn

**Studierichting:** HBO-V, Dt 96. Studentnr. : 214169

**Datum:** 15-6-2000

## Inhoud

Inleiding.....	1
Hoofdstuk 1: Algemene informatie betreffende de aandoeningen .....	5
Hoofdstuk 2: Problemen bij een glutenvrij dieet in instellingen voorverstandelijk gehandicapten .....	9
Hoofdstuk 3: Oplossingen in de instellingen voor de gerezen problemen.....	13
Samenvatting.....	16
Conclusies en aanbevelingen .....	17
 B i j l a g e n :	
Vragenlijst.....	20
Protocol.....	21
Glutenkaart.....	23
Literatuur .....	24

# INLEIDING

## Motivatie.

Vier jaar geleden constateerde ik dat mijn jongste dochter, toen 19 jaar oud en lijdende aan het Syndroom van Down, voortdurend ziek was. Zij braakte op de meest onverwachte momenten, had steeds diarree en zij ging er steeds slechter uitzien. Na een lange tocht van de ene arts naar de andere bleek dat zij een mij toen onbekende ziekte had, coeliakie. Met dieet goed te behandelen, zo werd mij verteld, maar ongeneeslijk.

Van een diëtiste kreeg ik dieetadviezen en dat was het dan.

Een glutenvrij dieet: het leek eenvoudig, maar dat was het niet. Het duurde een lange tijd voor ik daar goed op ingespeeld was. Veel vragen dienden zich aan; welke producten bevatten gluten, welke niet? Waar kan je dat aan zien? Waar moet je nog meer op letten? Hoe richt ik mijn keuken zo in dat het uitgesloten is dat haar eten wordt "besmet"? Hoe breng ik de dagelijkse omgeving van mijn dochter goed op de hoogte van de dieet-regels? En vooral ook van de noodzaak om deze regels voor de volle 100% toe te passen. ? Kan ik mijn dochter zelf hier een rol in laten spelen, en zo ja, welke? Zijn er andere mensen/ouders in dezelfde situatie? Komt deze ziekte vaker voor bij Syndroom van Down of is de combinatie helemaal toevallig? En : Hoe moet dat met haar gaan als zij later in een instelling of een gezinsvervangend tehuis gaat wonen?

Ondertussen besloot ik om de stap dat zij uit huis zou gaan voorlopig uit te stellen. Eerst wilde ik de dagelijkse praktijk van deze ziekte goed in beeld hebben en mij goed op de hoogte kunnen stellen van de ervaringen met deze ziekte in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Het viel beide niet mee. De praktische toepassing van de rigide dieetregels bleek veel moeilijker te zijn dan ik had gedacht. En wat ik hoorde over het hanteren van deze ziekte in de instellingen baarde mij grote zorgen over de toekomst van mijn dochter.

Ondertussen vernam ik dat er vanuit de Leidse universiteit een onderzoek was gedaan naar de incidentie van coeliakie bij het Syndroom van Down; 1:14 was de conclusie. Een promotie over dit onderwerp wordt momenteel voorbereid, werd mij in een gesprek met de promotor verteld.

Uit deze contacten kwam op naar voren dat deze combinatie van aandoeningen onverwacht vaak voorkomt (hoewel de diagnose nog vaak wordt gemist). Gezien het complexe karakter van beide aandoeningen diende zich de vraag aan hoe de instellingen kunnen omgaan met deze problemen, die, al naar gelang het aantal patiënten toeneemt, rechtevenredig groter zullen worden.

En dit zijn verpleegkundige problemen: het gaat immers om het verzorgen, begeleiden en adviseren van patiënten met beide aandoeningen.

Vanuit deze ervaringen besloot ik om deze vragen als onderwerp voor mijn eindschrijft van de studie HBO-V te nemen.

Op grond van het vermoeden dat de verzorging, begeleiding en advisering van mensen die lijden aan beide aandoeningen in de instellingen niet optimaal verloopt formuleer ik de volgende probleemstelling:

*Op welke wijze kan in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten de begeleiding van mensen die lijden aan het Syndroom van Down en aan de ziekte coeliakie worden geoptimaliseerd?*

## **Probleemstelling**

Op grond van de hierboven gegeven formulering zullen de volgende deelvragen aan de orde komen:

- 1) Wat houdt de ziekte coeliakie in?
- 2) Wat houdt het glutenvrije dieet in?
- 3) Welke problemen doen zich in het algemeen voor bij het glutenvrije dieet?
- 4) Wat is er in dit kader te zeggen over het zelfzorgvermogen van mensen die lijden aan het Syndroom van Down?
- 5) Welke problemen doen zich voor bij deze patiënten-groep in de instellingen?
- 6) Hoe worden deze problemen opgelost?
- 7) Welke adviezen en aanbevelingen zijn er op grond van deze informatie te geven?

Ik wil bij deze vragen de volgende beperkingen aanbrengen;

- De leeftijd van de patiënten. Ik beperk mij tot de categorie boven de 18 jaar.
- De woonsituatie. Het was in eerste instantie mijn bedoeling om vooral te kijken naar de situatie in de gezinsvervangende tehuizen. Veranderingen zijn daar immers makkelijker door te voeren dan in grote instellingen. Maar het bleek niet mogelijk te zijn om over deze woonsituatie informatie te verkrijgen over deze patiënten-groepering en ik heb mij daarom op de grote instellingen gericht.

## **Verpleegkundige relevantie**

Ik schrijf deze scriptie voor de verpleegkundigen die in de zorg voor verstandelijk gehandicapten werkzaam zijn en die met deze combinatie van aandoeningen te maken krijgen. Het is, zoals ik hierboven al stelde, de bedoeling om zowel relevante achtergrond-informatie over beide aandoeningen te verschaffen, als ook om zo veel mogelijk praktische adviezen te verzamelen en door te geven.

Ik doe dit vanuit mijn persoonlijke visie op verplegen: zo lang een mens in staat is om zijn eigen belangen te behartigen en voor zich zelf te zorgen, zo lang moet hij daartoe in de gelegenheid worden gesteld of daartoe worden opgevoed. Maar als dat niet mogelijk is en vooral als er door gebrek aan zelfzorgvermogen een

gevaarlijke situatie kan ontstaan, dan dient de verpleegkundige voor de volle 100% bescherming en verzorging te bieden. Deze visie is gestoeld op de theorieën van Orem en deze bieden bij deze probleemstelling een goede ingang. Orem hanteert de term zelfzorg. Zij reserveert deze term voor dat menselijk gedrag dat gericht is op (handhaving van) gezond bestaan. Wat dat gedrag precies inhoudt, verschilt per situatie en per persoon en wordt, zegt Orem, bepaald door de zgn. zelfzorgbehoefte(n). Een aantal zelfzorgbehoeften zijn voor alle mensen gelijk, een aantal zijn afhankelijk van de situatie en de persoonlijke ontwikkeling.

Als een mens zelfzorgbehoeften gaat realiseren dan vertoont hij het vereiste therapeutische zelfzorggedrag en hij maakt dan gebruik van zijn zelfzorgvermogen.

In een mensenleven kunnen zich situaties voordoen waarin een mens over onvoldoende zelfzorgvermogen beschikt, of waarin dit zelfs helemaal afwezig is. Orem spreekt in dit verband van een (geheel of gedeeltelijk) zelfzorgtekort, dat veroorzaakt wordt door zelfzorgbeperkingen. Deze beperkingen kunnen op de volgende terreinen liggen:

- in kennen en weten
- in oordeel- en besluitvorming
- in productief gedrag

De vraag is dan: hoe en door wie kan dat tekort worden opgelost.

Hier begeven wij ons op het terrein van de verpleegkundige. Het is haar taak om samen met de patiënt uiteindelijk tot zelfzorg te komen. De verpleegkundige doet dit vanuit haar deskundigheid en in het kader van het verpleegkundig systeem, dwz. op basis van gestructureerde rollen en verantwoordelijkheden.

De twee aandoeningen die in deze scriptie aan de orde zijn hebben alles te maken met het ontbreken van zelfzorgvermogen. Ik zal hierna regelmatig naar Orem verwijzen zodat duidelijk moge worden of en in welke mate er sprake is van zelfzorgbeperkingen en zelfzorgtekort.

## **Verloop van het onderzoek**

Literatuur over de probleemstelling van deze scriptie was niet voorhanden. Ik was daarom genoodzaakt om op andere wijze aan informatie over dit onderwerp te komen. In eerste instantie wilde ik een oproep plaatsen de bladen van beide patiënten-verenigingen (Down + Up, en het blad van de NCV), maar dit vroeg te veel tijd. Ik plaatste daarom een advertentie/oproep in de NRC ( zie bijlage). Op deze wijze kwam ik in contact met twee instellingen.

Vervolgens deed zich echter het probleem voor dat het geen patiënten met Syndroom van Down betrof. Toch heb ik vastgehouden aan de oorspronkelijke probleemstelling. Ten eerste omdat er met zekerheid een grote groep mensen met beide aandoeningen in de instellingen verblijft en deze probleemstelling daarom interessant is.

Ten tweede meende ik dat de patiënten waar ik wel informatie over verkreeg in principe gelijk te mogen stellen met mensen met Syndroom van Down. Zo is deze scriptie een soort verkenning geworden over problematiek waar weinig over bekend is, die aanzienlijk is, en die in kwantiteit zal toenemen. Een verkenning die hopelijk zal bijdragen aan een meer gedegen en gestructureerde aanpak van de problemen van een bijzonder kwetsbare groep mensen.

### **De opbouw van de scriptie**

Het eerste hoofdstuk geeft allereerst algemene informatie over de ziekte coeliakie; de oorzaak van deze ziekte, de symptomen, en de diagnostische methoden. Ook komt aan de orde welke de mogelijke gevolgen zijn van het niet- of slecht behandelen van deze ziekte.

Vervolgens komt een beschrijving van het glutenvrije dieet aan de orde, met alle gevolgen voor voedselinkoop, het koken en de andere directe invloeden op het dagelijkse leven.

Tenslotte geef ik een summiere beschrijving van het Syndroom van Down. In hoofdstuk twee beschrijf ik de problemen die zich voordeden in de instellingen waar ik contact mee had. Ik heb een strakke scheiding toegepast tussen problemen en oplossingen om zodoende tot een heldere evaluatie van zowel problemen als oplossingen te kunnen komen.

In het derde hoofdstuk geef ik een beschrijving van de oplossingen die de instellingen zelf vonden voor de problemen die zich hadden aangediend. In dit hoofdstuk geef ik ook een evaluatie van deze oplossingen.

Vervolgens geef ik een zo kort mogelijke samenvatting van het voorafgaande.

In het laatste hoofdstuk kom ik tenslotte tot conclusies en aanbevelingen..

De termen verpleegkundigen, verzorgers en medewerkers in deze scriptie heb ik afwisselend gebruikt, afhankelijk van de context.

## HOOFDSTUK 1: ALGEMENE INFORMATIE BETREFFENDE DE AANDOENINGEN

### **De ziekte coeliakie.**

De ziekte coeliakie is een aandoening van de dunne darm met de volgende symptomen: chronische diarree, anemie, opgezette buik, vermagering, groeistoornissen, buikpijn, overgeven, botontkalking, weinig eetlust, vitaminetekorten.

Deze verschijnselen worden veroorzaakt door overgevoeligheid van de dunne darm voor gluten (gliadine), een eiwitbestanddeel dat voorkomt in de granen haver, tarwe, rogge, gerst en spelt. Door deze overgevoeligheid wordt het darmslijmvlies aangetast, waardoor de darmvlokken, de villi, atrofiëren. Hierdoor wordt de werking van de dunne darm verminderd, met name de uitscheiding van enzymen. Er worden te weinig stoffen opgenomen en er ontstaan tekorten.

De diagnose coeliakie wordt gesteld d.m.v. een dunnedarm biopsie. Het biopt wordt verkregen door het inbrengen van een sonde via de mond. Het biopt kan beschadiging van de villi aantonen en zo kan coeliakie worden gediagnosticeerd. Als er een vermoeden op coeliakie bestaat dan kan in eerste instantie bloedonderzoek worden gedaan. Er vindt dan serologisch onderzoek plaats op antilichamen tegen o.a. gliadine.

Er zijn in Nederland waarschijnlijk 75.000 coeliakie-patiënten. De ziekte kan zich bij mensen van alle leeftijden openbaren, maar er zijn daarin twee pieken te onderscheiden. De eerste piek valt tussen het zesde en het tiende jaar, de tweede tussen de twintig en de veertig jaar. Vrouwen hebben anderhalf tot twee keer zo veel kans op coeliakie als mannen. Erfelijkheid speelt bij coeliakie een rol, maar op welke wijze is nog niet bekend.

De incidentie van de ziekte lijkt de laatste jaren te zijn toegenomen, maar de toename kan ook worden verklaard uit de onderdiagnostiek in de voorafgaande jaren. In 1995 werd de incidentie gesteld op ongeveer 1:2000 (Mearin, 1998), maar Italiaanse onderzoekers geven andere cijfers: 1: 300 (Mearin, 1999) Coeliakie komt opvallend vaak voor in combinatie met Syndroom van Down. Hier is de incidentie 1: 14. (Mearin, 1996) Op grond van de gegevens (verkregen van de Stichting Down's Syndroom) dat er in Nederland 7 a 10.000 mensen met het Syndroom van Down zijn, stellen wij het aantal mensen met beide aandoeningen op ongeveer 600. Het aantal mensen met dit Syndroom dat bekend is met deze ziekte is niet geregistreerd, maar zal lager zijn omdat er, zoals gezegd, sprake is van onderdiagnostiek. Grotere bekendheid van de ziekte zal daarom leiden tot toename van het aantal diagnoses.

Coeliakie bij volwassenen is een potentieel premaligne stoornis. (Mearin, 1998) Als de ziekte niet- of slecht wordt behandeld bestaat er een aanzienlijk toegenomen kans op maligniteiten van het maagdarmkanaal: darmkanker, slokdarmkanker en pancreaskanker. ( ( Stegeman, 1992)

## **Het glutenvrije dieet**

De coeliakie-patiënt heeft maar een mogelijkheid om zijn ziekte te behandelen: uitsluiten dat er gluten in de voeding voorkomen, waardoor de dunne darm aangetast zou kunnen worden. Medicijnen zijn er niet. En de ziekte is ongeneeslijk: een coeliakie-patiënt is dat levenslang.

Gluten moeten voor 100% uit de voeding worden geweerd; ook het kleinste contact veroorzaakt de schadelijke reactie.

Zoals gezegd: gluten komen voor in de granen haver, rogge, tarwe, gerst en spelt.

Brood waarin een van deze granen is verwerkt is daarom vanzelfsprekend verboden.

Maar omdat het eiwit gliadine een goede werking als bindmiddel heeft worden deze granen veelvuldig gebruikt voor- en verwerkt in industriële voedingsproducten. De coeliakie-patiënt moet daarom steeds op de verpakking van bewerkte voedingsmiddelen lezen welke ingrediënten er zijn gebruikt. Als er tarwemeel is gebruikt dan is dat product natuurlijk verboden. Maar als er zetmeel staat, dan is het onduidelijk. Het kan aardappelzetmeel zijn, of maïszetmeel en dan is het product toegestaan, maar het kan ook tarwezetmeel zijn. Bij deze aanduiding moet daarom van het product worden afgezien. Hetzelfde geldt voor de aanduiding gemodificeerd zetmeel. Ook dan is de herkomst onduidelijk.

Boekweit bevat geen gluten. Maar boekweit wordt meestal gemalen in molens waarin ook andere meelsoorten worden gemalen. In dat geval treedt er vervuiling op; kleine deeltjes glutenbevattende granen bevinden zich in het boekweitmeel. Vaak is dit niet te controleren en is het daarom beter om geen boekweit te gebruiken.

Vlees bevat geen gluten. Maar een slager gebruikt regelmatig paneermeel voor zijn producten. Op deze wijze kunnen het slagershakblok en de handen van de slager een bron van vervuiling zijn en kunnen zich kleine glutendeeltjes bevinden op het ogenschijnlijk schone vlees.

Bepaalde producten bevatten geen ingrediëntenaanduiding, zoals bijv. worstsoorten, broodbeleg van de slager, vers ijs, enz. Ook dan bestaat een kans op vervuiling en kan het product niet worden gegeten.

Vaak woont de coeliakie-patiënt samen met mensen die wel gluten kunnen eten. Dat betekent dat er kritisch moet worden gekeken naar de keuken. Hier kan voedsel dat gluten bevat gemakkelijk in contact komen met het glutenvrije voedsel. Broodkruimels bijv. kunnen het glutenvrije eten besmetten; op het aanrecht, in de botervloot, in de jampot, enz. Het is daarom van groot belang om de keuken zo in te delen dat er een apart gedeelte is voor het glutenvrije eten, aparte potjes met broodbeleg, een eigen botervloot. Deze strikte scheiding tussen wel- en niet glutenvrij eten moet ook worden toegepast bij het koken:

eigen pannen en een grote zorgvuldigheid bij de bereiding, zodat bijvoorbeeld niet een besmette lepel wordt gebruikt.

Glutenvrij voedsel is te koop in reformzaken en in daartoe gespecialiseerde zaken. Glutenvrij brood is ook op deze manier te verkrijgen. Maar de wijze waarop het brood wordt gemaakt is vaak oncontroleerbaar. Het verdient daarom voorkeur om het brood zelf te bakken met gegarandeerd glutenvrij meel, hoewel dit meel moeilijk te verwerken is vanwege het ontbreken van het bindmiddel.

Het LIVO ( Landelijk Informatiecentrum Voedselovergevoeligheid) geeft jaarlijks een boekje uit met glutenvrije producten. Maar soms veranderen de fabrikanten de samenstelling; eigen controle is daarom altijd nodig.

Glutenvrij eten in een restaurant veronderstelt een kok die voor 100% op de hoogte is van dit dieet. Dat is niet vanzelfsprekend. Ook het probleem van vervuiling in de keuken van het restaurant is oncontroleerbaar. Zo bevatten olie en patates frites geen gluten. Maar als in die olie ook kroketten worden gefrituurd dan bevatten de frietjes wel gluten.

Adressen van betrouwbare glutenvrije restaurants worden via de patiëntenvereniging uitgewisseld.

### **Het Syndroom van Down**

In 1866 werd door Langdon Down een beschrijving gegeven van kinderen met een aantal gemeenschappelijke afwijkingen, waarbij dit syndroom door Down werd geassocieerd d.m.v. de benaming mongoloïde.

In 1932 werd door Waardenburg voor het eerst geopperd dat de oorzaak van deze afwijkingen in de chromosomen zouden kunnen liggen. In 1959 toonde Lejeune de trisomie 21 aan. Later werd ontdekt dat ook andere genetische veranderingen tot dit syndroom kunnen leiden en zo komen wij tot de volgende indeling:

- Non disjunction. Dit genotype betreft 95% van de gevallen. Gedurende de vorming van eicel of zaadcel heeft een chromosoom zich niet gedeeld. Dit genotype is niet erfelijk. Het is nog steeds niet bekend waardoor disjunction plaats vindt. Het is wel bekend dat de kans op het Syndroom van Down toeneemt naarmate de moeder ouder is.

Translocatie. Deze vorm doet zich bij 1-5 % van de gevallen voor. De desbetreffende persoon heeft daarbij het normale aantal van 46 chromosomen. Aan een daarvan, vaak chromosoom 14, zit echter een ( gedeeltelijk) chromosoom 21 geplakt. Meestal treedt deze translocatie spontaan op, maar soms wordt dit genotype door de ouder overgedragen op een kind. In dat geval is er ongeveer 25% kans dat een tweede kind dit syndroom ook vertoont.

- Mozaïek. Dit genotype komt slechts bij en of twee procent van de gevallen voor. Sommige cellen hebben 46 chromosomen, andere 47. Het syndroom uit zich dan minder typisch. Deze vorm is niet erfelijk. (Niemeijer , 1999)

De incidentie van dit syndroom is momenteel 1: 700 geboorten. Het syndroom is in alle delen van de wereld te vinden. Hoe lang dit syndroom al bestaat is niet met zekerheid te zeggen, maar aangenomen mag worden dat het lang voor de beschrijving van Down bestond.

Mensen met dit syndroom kunnen de volgende kenmerken vertonen:

- Slappe spiertonus
- Klein hoofd met afgeplat achterhoofd.
- Korte ledematen
- Afgeplat gezicht met mopsneusje
- Scheve stand van de ogen, met epicanthus
- Gebrekkig gevormde oren
- Grote tong
- Slappe handen
- Vier-vingerplooï in de handpalm
- Vaak aangeboren hartgebreken
- Verhoogde kans op leukemie
- Soms afwijkende schildklierfunctie
- En zoals sinds kort bekend is: zeer verhoogde kans op coeliakie

Mensen met het Syndroom van Down zijn verstandelijk gehandicapt. Hoewel er grote individuele verschillen bestaan in de ontwikkelingsmogelijkheden mag toch in zijn algemeenheid worden gezegd dat zij niet over abstractievermogen beschikken. Maar met veel geduld en door veelvuldig herhalen kunnen deze mensen veel leren; lezen en schrijven behoren zeker tot de mogelijkheden. Dit inzicht dateert van nog niet zo lang geleden en het heeft er toe geleid dat deze kinderen vaak de gewone basisschool kunnen bezoeken.

Op oudere leeftijd behoeven mensen met dit syndroom in alle gevallen enige vorm van begeleiding en ondersteuning, afhankelijk van de mate van ontwikkeling en zelfstandigheid. Mensen die aan dit Syndroom lijden hebben te maken met zelfzorgbeperkingen op de terreinen die in de inleiding werden genoemd, dwz op het terrein van kennen en weten, van oordeel- en besluitvorming en van productief gedrag.

## **HOOFDSTUK 2: PROBLEMEN BIJ EEN GLUTENVRIJ DIEET IN INSTELLINGEN VOOR VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN**

Om enig idee te kunnen krijgen van de problemen die zich voor doen bij de begeleiding van mensen met beide aandoeningen in instellingen heb ik geprobeerd om via een advertentie/oproep in de NRC in contact te komen met instellingen die hiermee te maken hebben. Hoewel de respons laag was (twee reacties) kreeg ik toch op deze manier de mogelijkheid om uitgebreide informatie te verkrijgen. Op deze wijze kwam ik in contact met twee instellingen (voor informatie over de instellingen: zie bijlage) De instelling in Limburg (vanaf nu "L" genaamd) heb ik bezocht en daar sprak ik met de diëtiste en een verpleegkundige. Met de instelling in Noord-Holland (vanaf hier "H" genaamd) overlegde en sprak ik telefonisch.

Als basis voor de gesprekken stelde ik een vragen/item-lijst op. (zie bijlage). Zo was ik goed in staat om de problemen en de oplossingen goed in beeld te krijgen. Bij de hierna volgende bespreking van de oplossingen is deze vragenlijst ook de basis.

In het algemeen kan gesteld worden dat in beide instellingen in de eerste periode van omgaan met coeliakie de problemen groot waren en dat het een lange tijd heeft geduurd voordat ze waren overwonnen. De oorzaak lag in de onbekendheid met deze ziekte en aan gebrek aan informatie. Dit gold voor alle mensen die een rol speelden in de verschillende schakels van het proces van voedseltoelevering en bereiding, te weten de leveranciers, de huiswinkel op het instellingsterrein, de diëtiste, de medewerkers op de groep. Dat gold ook voor de andere mensen die op de een of andere manier bij de patiënt waren betrokken: de medewerkers op de dagbesteding, de taxichauffeur, de andere bewoners, familieleden, enz.

De twee patiënten die het betrof waren niet lijdende aan het Syndroom van Down maar hadden een andere stoornis. Een van de twee kan lezen. Wat betreft het zelfzorgvermogen t.a.v. de coeliakie is deze vaardigheid van het grootste belang. Toch is hier sprake van een totale zelfzorgbeperking; de patiënt kan wel lezen, maar het gelezene niet juist interpreteren en kan met name de betekenis van de ingrediëntenaanduiding op de verpakking niet vatten. Zo kunnen wij in beide gevallen toch van een totaal gebrek aan zelfzorgvermogen spreken.

Beide patiënten hebben een ontwikkelingsniveau dat grosso modo te vergelijken is met het gemiddelde niveau van mensen met Syndroom van Down. Problemen die zich in deze instellingen hebben voorgedaan kunnen zo als exemplarisch worden beschouwd voor mensen met Down Syndroom.

Op grond van de vragen/item-lijst kunnen de volgende problemen worden vastgesteld:

A1 De informatieoverdracht naar medewerkers van de dagbesteding gaf in instelling H problemen. De pogingen om de informatie goed door te 9

- geven lukten een lange tijd (meer dan een jaar) niet. De informatie werd schriftelijk gegeven, maar desondanks werd het dieet niet goed uitgevoerd. Als oorzaken werden genoemd: de frequente wisseling van medewerkers, de onwetendheid en bagatellisering.
- A2 In beide instellingen was het niet helemaal duidelijk hoe de informatieoverdracht op de dagbesteding verloopt.
- A3 In dit opzicht waren er geen problemen.
- A4 In instelling H gaven de maaltijden op de dagbesteding in het begin problemen en kreeg de patiënt voedsel aangeboden dat gluten bevatte. Enige vorm van zelfzorgvermogen bleek de patiënt niet te hebben; gebrek aan kennis en oordeelsvermogen leidden hier tot fouten.
- A5 In het begin deden zich problemen voor: Wie koopt de taartjes? Waar komen de extraatjes vandaan? De patiënt in instelling H weigert te eten als het aangeboden verschilt van wat anderen aangeboden krijgen.
- A6 Taxivervoer ia aan de orde in instelling L. Onwetendheid van de t/m chauffeur veroorzaakte in de beginperiode gevaarlijke situaties: snoep
- A8 dat in de taxi uit gedeeld werd, bijvoorbeeld. Hetzelfde gold voor de andere taxigebruikers Ook uit deze problemen bleek dat de patiënt zelfzorgtekort toonde.
- A9 De directe familieleden van de patiënt in instelling H hebben geen inzicht in de ziekte coeliakie en het glutenvrije dieet, niet uit onvermogen maar uit onwil. Tijdens een vakantie thuis heeft deze patiënt een week lang gewoon gegeten. Ook uit deze problemen bleken de bestaande zelfzorgbeperkingen; zij was niet in staat om dit in goede banen te leiden. Uit problemen die hierna worden besproken blijken deze zelfzorgbeperkingen eveneens, d.w.z. beperkingen in kennen, weten en in besluitvorming.
- A10 Bij bezoeken binnen of buiten de instelling ontstonden vaak problemen t/m omdat het dan niet duidelijk was wat de patiënt mocht eten. De volgende
- A12 vragen dienden zich aan: geven we lekkers mee? Hoe doen we dat dan? Gaat de patiënt daar zelf wel goed mee om? Kan hij dat goed aan, zonder begeleiding, om iets anders te eten dan de anderen? Of gaat hij/zij dan toch snoepen?
- A13 Wanneer de vakantie in een hotel wordt doorgebracht geeft dat problemen omdat er maar weinig hotels bekend zijn met dit dieet. De keuze is daardoor zeer beperkt. Bij een vakantie in het buitenland cumuleren de problemen door taalmoeilijkheden. Vakantie in een bungalow veroorzaakt problemen t.a.v. het meenemen en bewaren van het eten. Alles moet worden meegenomen omdat er niet op gerekend mag worden dat elders glutenvrij eten te koop is. Om deze reden is een vakantie als een kampeer- of een trektocht zo goed als onmogelijk.

- BI** In instelling H werden de andere bewoners jaloers toen er voor de patiënt apart werd gebakken. De uitzonderingssituatie veroorzaakt dus problemen op sociaal gebied.  
Risico op onbegrip bij de medebewoners t.a.v. handhaving van de dieetregels is steeds aanwezig, b.v. door het geven van snoepjes. Ook hier toont zich gebrek aan zelfzorgvermogen.
- B2** In de beginperiode deden zich in beide instellingen problemen voor bij de broodmaaltijd aan tafel: een medebewoner stak bijv. een mes met kruimels er aan in de botervloot van de patiënt, of omgekeerd: de patiënt gebruikte de botervloot van de anderen. Hetzelfde gebeurde met het broodbeleg, dat zodoende werd besmet. Ook werden er fouten gemaakt met de broodmandjes: glutenvrij brood werd daar ook in gelegd en zodoende besmet.
- B3** In instelling L kwam in de beginperiode de warme maaltijd uit de centrale keuken. Maar de kok was niet goed op de hoogte, noch van het glutenvrije dieet zelf, noch van de regels die moeten worden gehanteerd bij het koken. Hij beschikte ook niet over voldoende extra keukengerei.
- B4** Op het gebied van de voedselinkoop ging er in beide instellingen veel mis in de eerste periode. De instellingen beschikten niet over de goede informatie, met name niet over het LNO-boekje, of zij konden de informatie niet goed interpreteren.  
Ook de leveranciers zelf waren niet goed op de hoogte en maakten fouten. Zo werden er foute bestellingen gedaan en verkeerde producten geleverd en er vond ook geen extra controle plaats voordat het voedsel de patiënt bereikte.
- B5** Het nuttigen van de warme maaltijden geeft alleen problemen als een medewerkster niet goed is ingewerkt en b.v. een besmette lepel gebruikt voor het opscheppen van het glutenvrije eten.
- B6** De continuïteit binnen het team t.a.v. de informatieoverdracht gaf en geeft problemen wanneer zich veranderingen voordoen en deze niet goed worden doorgegeven.
- B7** De informatieoverdracht naar nieuwe medewerkers geeft problemen omdat dit nogal wat tijd vraagt, die er vaak niet- of te weinig is. Gedurende de inwerkperiode is de nieuwe medewerker niet tot juist handelen in staat, hetgeen bij personeelstekort en een hoge werkdruk tot fouten zal leiden. In de eerste periode van meer dan een jaar was een goede overdracht in beide instellingen onmogelijk omdat er nog niemand was die alle ins-en-outs kende van dit dieet.
- B8** In de eerste periode was niemand direct verantwoordelijk voor de toepassing van het dieet en er was dus ook geen direct aanspreekpunt. Ook hierdoor werden er fouten gemaakt.

**B9** Het spreekt vanzelf dat dit een uitermate belangrijk gegeven is. Kan de patiënt zelf het dieet toepassen? En wil hij/zij dat ook? Hier is het volgende over te zeggen. De patiënten zijn niet in staat tot het beoordelen van de ingrediëntenaanduiding op de verpakking van een voedingsmiddel. Op dit terrein bestaat een totaal gebrek aan zelfzorgvermogen, veroorzaakt door de beperkingen in kennen en weten. Voor een juiste toepassing van het dieet zijn zij daarom afhankelijk van hun omgeving, in casu de verpleegkundige.

De dieetregels kunnen worden vertaald in voor de patiënt begrijpelijke regels. Dat veronderstelt goede wil bij de patiënt. Maar die is er niet altijd: ook in dit opzicht zijn de gevolgen van de hierboven genoemde zelfzorgbeperkingen merkbaar. In instelling L wenst de patiënt zich niet in alle gevallen aan de gestelde regels te houden. Als zij de kans schoon ziet ( op stap in het dorp) gaat zij snoepen, De diarree die daar het gevolg van is verzwijgt zij vaak zodat de frequentie van dit snoepgedrag niet helemaal duidelijk is. Maar gedurende de tijd dat zij op de groep is en in de gaten gehouden kan worden, houdt zij zich wel aan de regels. Ook t.a.v. deze regels heeft de patiënt dus gebrek aan zelfzorgvermogen en is zij aangewezen op de omgeving. De patiënt in instelling H heeft te maken met directe familieleden die zich niet aan de regels willen houden. Voor haar is dat een onhanteerbare situatie waaruit haar gebrek aan zelfzorgvermogen blijkt.

**B10** De criteria om de deugdelijkheid van de dieettoepassing te beoordelen geven in die zin problemen dat niet alle coeliakie-patiënten dezelfde symptomen vertonen als er fouten worden gemaakt. De symptomen verschillen dus per patiënt; soms is dat humeurigheid, soms gewichtsverlies, soms buikpijn, of diarree. Wanneer er fouten worden gemaakt is dat vaak pas na een tijd zichtbaar of merkbaar. , en soms op een heel andere manier dan je zou verwachten. Bij de patiënt in instelling H is humeurigheid en gewichtsverlies symptoom, bij de patiënt in instelling L diarree.

### HOOFDSTUK 3: OPLOSSINGEN IN DE INSTELLINGEN VOOR DE GEREZEN PROBLEMEN

Het was opvallend dat in beide instellingen een van de medewerkers zich in het bijzonder aangesproken voelde door de problematiek en dat beiden zich vervolgens geheel in de problemen verdiepten en zich inzetten voor oplossingen. Beide medewerkers zijn ook nog steeds het aanspreekpunt.

Aan de hand van de vragen/item-lijst bespreek ik hier onder de oplossingen die werden gevonden.

**A1** De voortdurende schriftelijke informatieoverdracht naar de medewerkers van de dagbesteding in instelling H resulteerde tenslotte in het juist hanteren van de dieetregels. Tijd en herhaling leidden hier dus tot het gewenste resultaat.

**A2** Informatieoverdracht binnen het team van medewerkers van de dagbesteding valt in beide instellingen buiten beeld. Alleen indirect is te constateren dat dit goed verloopt, n.l. door afwezigheid van klachten bij de patiënt.

**A3** Ook hier speelden tijd en gewenning een rol, naast de afwezigheid van klachten.

**A4** In beide gevallen werd als oplossing gekozen voor het zelf meenemen van de broodmaaltijd.

**A5** In beide instellingen zorgt de dagbesteding zelf voor extraatjes bij feesten. De medewerkers hebben geleerd waar zij op moeten letten bij de aankoop. De introductie van het LIVO-boekje op de dagbesteding maakte dit ook mogelijk. Het probleem dat de patiënt in instelling H alleen lekkernijen accepteert als die er hetzelfde uitzien als die van de anderen is niet altijd oplosbaar.

**A6** Door mondelinge informatieoverdracht ontstond tenslotte een  
**t/m** verantwoorde situatie: zowel de chauffeurs als de mede-taxi-gebruikers

**A8** weten dat de patiënt nooit zomaar iets mag eten.

**A9** Voor deze problemen werd in instelling H geen oplossing gevonden en kon het dieet niet gehandhaafd worden.

**A10** Als oplossing werd aangedragen dat de patiënten steeds zelf hun eten

**t/m** meenemen.

**A12**

**A13** Een oplossing voor het hotel-probleem is er niet. Het aantal glutenvrije hotels neemt wel gestaag toe, maar blijft zeer beperkt en daardoor beperkend. Een van de patiënten, die in instelling H, gaat daarom alleen mee naar een vakantieplek waar het eten in eigen beheer kan blijven, in een vakantiehuisje b.v. Het glutenvrije eten wordt meegenomen en zo blijft de situatie dan identiek aan die van de woonplek.

**B1** Door tijd en gewenning werd de situatie rond het dieet voor de andere bewoners begrijpelijk. Het apart bakken voor de patiënt werd getransformeerd van een bron van jalousie tot een sociaal instrument; door samen met de medebewoners voor de patiënt te gaan bakken werden positieve gevoelens losgemaakt.

**B2** In beide situaties werd een aparte plank in de keukenkastjes gereserveerd voor het glutenvrije eten, evenals in de koelkast en de vrieskast. Steeds werd de hoogste plank genomen zodat er geen besmetting plaats kon vinden. Broodbeleg en andere producten werden in beide instellingen met stickers gemerkt.

**B3** In beide instellingen wordt de warme maaltijd nu op de woonplek zelf bereid. In instellingen H wordt ook voor de andere bewoners zo veel mogelijk glutenvrij gekookt, ook om er hierdoor voor te zorgen dat er zo min mogelijk verschillen te zien zijn.

In instelling L krijgt de patiënt de soep en het toetje nog uit de centrale keuken. Hier heeft de kok zich laten scholen in de kunst van het glutenvrij koken.

In instelling H zijn er aparte kooksters op de woonplek en deze mensen zijn goed geïnstrueerd.

Aanschaf van extra pannen en keukengerei was zowel in de centrale keuken van instelling L als in de keuken van instelling H noodzakelijk. Op de woonplek werd in beide instellingen een aparte frituurpan aangeschaft.

**B4** Voedselinkoop vindt voor beide patiënten plaats aan de hand van het LIVO-boekje. Op de woonplek zelf worden de producten ook weer gecontroleerd. De diëtisten van beide instellingen onderhouden ook contact met de leveranciers, met dit boekje er bij.

**B5** Problemen op dit gebied werden opgelost door de factoren tijd en gewenning.

**B6** Aanwezigheid van een expert op het gebied van het glutenvrije dieet zorgde voor een constante en deugdelijke informatieoverdracht, met name bij veranderingen.

**B7** De informatieoverdracht naar nieuwe medewerkers is in beide instellingen correct. Een deskundig persoon is aanwezig en er wordt voldoende tijd voor uitgetrokken.

**B8** In instelling L is er een verpleegkundige die verantwoordelijk is voor het gehele proces, in instelling H is dit een team-verantwoordelijkheid.

**B9** Een oplossing van deze problematiek bestaat hieruit dat, door het ontbreken van het zelfzorgvermogen, de zorg door anderen wordt overgenomen. Zo worden door de verpleegkundigen de permanent aanwezige zelfzorgbeperkingen opgeheven, en wel door:

- de interpretatie van de ingrediëntenaanduiding
- het opstellen van duidelijke regels
- het controleren en handhaven van deze regels.

B10 De onduidelijkheid t.a.v. de criteria is in objectieve zin niet direct oplosbaar. Alleen door tijd en ervaring is daar meer zicht op te krijgen.

### **Evaluatie van de oplossingen**

In positieve zin:

Ik was verbaasd over de grote nauwkeurigheid, de betrokkenheid en het verantwoordelijkheidsgevoel waar mee de patiënten werden en worden benaderd. Ook over het grote enthousiasme. Hierdoor verloopt de toepassing van het glutenvrije dieet goed.

In kritische zin:

In beide instellingen heeft het een lange tijd geduurd voordat het dieet goed werd uitgevoerd. Over een periode van meer dan een jaar werden er fouten gemaakt. Veel energie en tijd is gaan zitten in informatievergaring- en overdracht. Het ware voor de patiënten beter geweest als deze periode overgeslagen had kunnen worden. Voorts wil ik wijzen op enkele ander zwakke punten in het afgelegde traject. :

- Tijd, gewenning en herhaling speelden een belangrijke rol bij het tot stand komen van oplossingen. In deze tijd werden er fouten gemaakt.
- In beide instellingen zijn er nog steeds situaties waarbij het niet duidelijk is of het dieet goed wordt toegepast. In instelling L gaat de patiënt regelmatig zonder begeleiding op stap. Zij snoept dan, maar praat daar niet over. Ook de gevolgen in de vorm van diarree verzwijgt zij. Het zelf,-orgtekort veroorzaakt op die momenten ongewenst en gevaarlijk gedrag. In instelling H wordt het dieet niet goed toegepast als de patiënt naar huis gaat.
- De informatieoverdracht naar nieuwe medewerkers verloopt voornamelijk mondeling en is afhankelijk van de aanwezigheid van de deskundige op dit gebied. Als deze mensen vertrekken bestaat het risico dat de kennisoverdracht ondeugdelijk wordt.

Bezien vanuit de zelfzorgtheorie van Orem:

Bij het tot stand komen van deze oplossingen was het vergroten van het zelfzorgvermogen t.a.v. de ziekte coeliakie geen doel. Wel het op juiste wijze aanvullen en overnemen van de zelfzorgtekorten, veroorzaakt door de zelfzorgbeperkingen. Dat gold voor beide instellingen. Hieruit blijkt de sterk beperkende effecten die deze combinatie van aandoeningen te weeg brengt.

## **SAMENVATTING**

Wij mogen, op grond van wetenschappelijk onderzoek, aannemen dat er in Nederland ongeveer 700 mensen zijn die lijden aan zowel het Syndroom van Down als ook aan de ziekte coeliakie. Het is bij deze ziekte noodzakelijk om een glutenvrij dieet aan te houden, maar mensen met het Syndroom van Down zijn daar zelf, gezien hun verstandelijke vermogens, niet toe in staat. Mensen met dit Syndroom wonen op volwassen leeftijd veelal in instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Instellingen hebben echter, zoals bleek, grote moeite met het goed toepassen van het glutenvrije dieet. De gegevens hierover werden verzameld door direct contact met twee instellingen. De patiënten die het betreft lijden aan een ontwikkelingsstoornis die op cognitief gebied gelijk te stellen is aan Down's Syndroom.

Gedurende de eerste tijd na de diagnose coeliakie werden er veel fouten gemaakt met het glutenvrije dieet. Deze periode duurde meer dan een jaar en dit werd veroorzaakt door onbekendheid met de ziekte coeliakie. Dankzij de inspanningen van een gemotiveerde verpleegkundige werden oplossingen gevonden voor de problemen.

Het inwerken van nieuwe medewerkers geschiedt steeds mondeling. Mensen met deze twee aandoeningen hebben te kampen met een groot zelfzorgtekort. Het vergroten van het zelfzorgvermogen van deze mensen is niet een eerste doelstelling in deze instellingen.

## CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### Conclusies

De vraag ,die aan het begin van deze scriptie werd gesteld, luidde:

*Op welke wijze kan in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten de begeleiding van patiënten die lijden aan het Syndroom van Down en aan de ziekte coeliakie worden geoptimaliseerd?*

Op grond van de verkregen informatie kom ik tot de volgende conclusies:

- a) Optimalisering kan worden bewerkstelligd door het traject van informatievergaring- en verwerking sneller te laten verlopen. Direct na de diagnose coeliakie moet daarom de aanpak van het glutenvrije dieet volgens strakke richtlijnen verlopen. Een protocol is daarvoor noodzakelijk (voor een protocol-voorstel: zie bijlagen)
- b) Optimalisering kan worden bewerkstelligd door grotere bekendheid te geven aan de ziekte coeliakie. Hier ligt een taak van de patiëntenvereniging. Door grotere bekendheid kan ook het aantal gemiste diagnoses bij het Syndroom van Down teruggebracht kunnen worden.
- c) Optimalisering kan worden bewerkstelligd door 1 verpleegkundige de directe verantwoordelijkheid voor het af te leggen traject te geven en daar ook tijd=geld voor beschikbaar te stellen
- d) Optimalisering kan worden bewerkstelligd door het op schrift stellen van informatie over het glutenvrije dieet.
- e) Optimalisering kan worden bewerkstelligd door het zelfzorgvermogen van de patiënt en daarmee zijn zelfstandigheid te maximaliseren.

### Aanbevelingen:

a)Zoals bij de conclusies al genoemd: Ik ontwierp een protocol waarmee het mogelijk moet zijn om binnen drie weken een glutenvrij dieet goed op de rails te krijgen. Het zou goed zijn wanneer dit protocol zich standaard in de instellingen zou bevinden, met daarbij een adressenlijst van relevante instellingen en contacten.

b)Voor de patiënt ontwierp ik een Glutenkaart ( zie bijlage) In onvoorziene situaties kan de patiënt deze kaart tonen. Het risico van fouten wordt hierdoor verminderd, het zelfzorgvermogen van de patiënt vergroot.

c)Voor de patiënt in communicatie met zijn medebewoners leek het mij een goed idee om een Gluten-prentenboekje te maken. Gangbare voedingsmiddelen kunnen hierop worden uitgebeeld, waarbij ook weer door de kleur wordt aangegeven wat wel en wat niet is toegestaan ( rood is fout, groen is goed)

Het zelfzorgvermogen van de patiënt kan ook op deze wijze worden vergroot.

- d) Vanuit de wens tot vergroting van het zelfzorgvermogen van deze mensen kwam de gedachte bij mij op dat het een rigoureuze maar zeer effectieve oplossing zou kunnen zijn wanneer er een glutenvrij gezinsvervangend tehuis zou worden gerealiseerd. Binnen de vier muren van zo'n huis ontstaat een "vrij" terrein voor de patiënt. Deze vrijheid zou een aanzienlijke toename van het zelfzorgvermogen kunnen betekenen:
- de patiënten kunnen hun eigen eten koken.
  - zij kunnen zelf hun "tussendoortjes" kiezen, zij hoeven dit niet meer te vragen.
  - zij kunnen zelfstandig de broodmaaltijd gebruiken.
  - zij kunnen hun eigen tas met eten klaar maken als zij ergens naar toe gaan.
  - en nog veel meer situaties rond het bereiden en nuttigen van het glutenvrije voedsel.
  - ook lijkt het mij psychisch belangrijk dat er voor de patiënt een werkelijk veilige plek bestaat, zonder de voortdurende "gluten-dreiging". Dit basale gevoel van veiligheid kan stimulerend werken op het zelfzorgvermogen.
- Een ander voordeel zou zijn dat de uitzonderingspositie van de patiënt t.o.v. de andere bewoners opgeheven zou worden.
- Ook zou zo'n huis de functie kunnen krijgen van informatiecentrum voor andere instellingen met deze problemen. Eventueel ook van begeleiding van andere instellingen. Een soort voortrekkersrol.
- Het lijkt mij goed uitvoerbaar.

## **BIJLAGEN**

## VRAGENLIJST

Het is voor mij van belang om te weten welke problemen zich voordeden en welke oplossingen daarvoor werden gevonden t.a.v. de volgende situaties:

T.a.v. de contacten vanuit de woonplek naar buiten toe:

A1 Het contact/informatieoverdracht met/naar medewerkers van de dagbesteding.

A2 Het contact/informatie met/naar nieuwe medewerkers in de dagbesteding.

A3 Het contact tussen de patiënt en de andere cliënten in de dagbesteding.

A4 De maaltijden op de dagbesteding.

A5 De feesten/verjaardagen op de dagbesteding.

A6 Het vervoer ( b.v. taxi) van- en naar de dagbesteding.

A7 De chauffeur van de taxi.

A8 Tijdens het vervoer van- en naar de dagbesteding: de andere taxigebruikers.

A9 De situatie bij een logeerpartij.

A10 De situatie wanneer de patiënt op bezoek gaat binnen de instelling.

A11 De situatie wanneer de patiënt op bezoek gaat buiten de instelling.

A12 De situatie bij andersoortige uitjes.

A13 De situatie wanneer de patiënt op vakantie gaat.

T.a.v. de woonplek zelf:

B1 De situatie t.a.v. de andere bewoners.

B2 t.a.v. de inrichting van de keuken: de broodmaaltijden

B3 t.a.v. de inrichting van de keuken: de warme maaltijden.

B4 t.a.v. de voedselinkoop.

B5 t.a.v. de maaltijden zelf aan tafel

B6 t.a.v. de informatieoverdracht/continuïteit binnen het team.

B7 t.a.v. de informatieoverdracht naar nieuwe medewerkers.

B8 t.a.v. de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van hert dieet.

B9 t.a.v. de zelfstandigheid van het uitvoeren van het dieet door de patiënt zelf.

B10 t.a.v. de criteria ter beoordeling van de deugdelijkheid van het uitvoeren van het dieet.



- Toelichting schriftelijke informatie.
  - Registratie en evaluatie van gemaakte fouten
- b) Opstellen van schriftelijke informatie naar:
- Dagbesteding
  - taxi
  - familie
  - andere contacten buiten de woonplek
- c) Overhandigen en mondeling toelichten van deze informatie
- d) Evaluatiegesprek met de patiënt

### Week 3

- Teamvergadering:
- Evaluatie van de eerste twee weken. Op grond van gemaakte fouten bijstellingen plegen.
  - Diëtiste licht gebruik van LIVO-boekje toe.

### Adressen:

Nederlandse coeliakievereniging ( NCV)

Langestraat 5d, Nijkerk, Postbus 65, 3860 AB Nijkerk

Tel.: 0332471040

Fax: 033 2471042

E-mail: [info@coeliakievereniging.nl](mailto:info@coeliakievereniging.nl)

Internet: [www.coeliakievereniging.nl](http://www.coeliakievereniging.nl)

Stichting Down's Syndroom

Bovenboerseweg 41, 7946 AL Wanneperveen

Tel.: 0522 281337

Fax: 0522 281799

E-mail: [info@downsyndroom.nl](mailto:info@downsyndroom.nl)

Internet: [www.downsyndroom.nl](http://www.downsyndroom.nl)

## GLUTENKAART

### WEL:

Groente  
Fruit  
Kaas  
Aardappel  
Mais  
Soja  
Peulvruchten

### HOE ZIE JE DAT?

Lees de ingrediëntenaanduiding op de verpakking

Deze granen genoemd: verboden

En ook niet:        zetmeel  
                      gemodificeerd zetmeel  
                      vleeswaren  
                      vlees