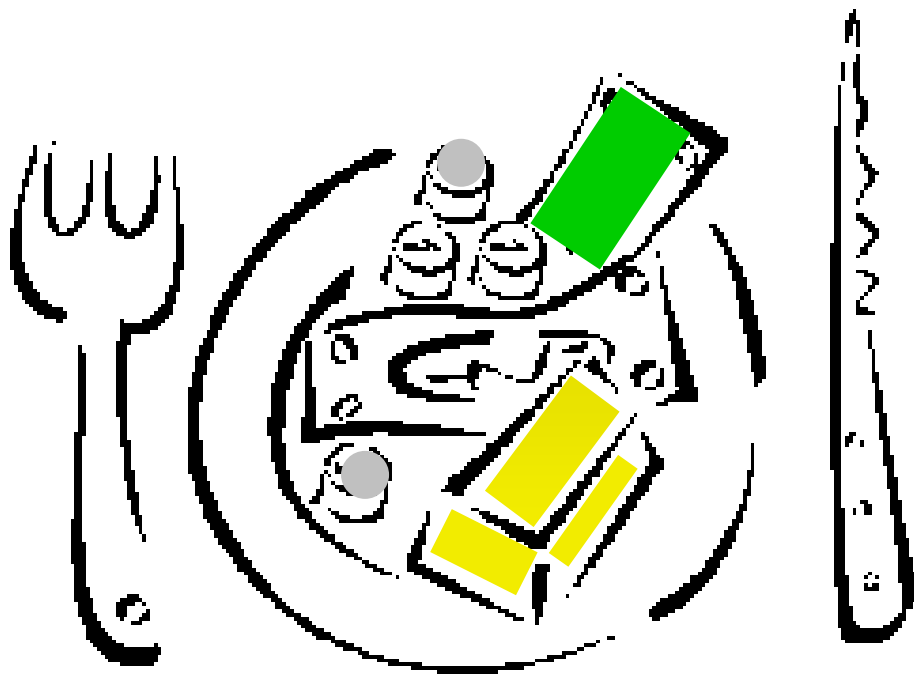


‘Een zichtbare keuze’

*Een onderzoek naar een geschikt maaltijdconcept voor het Sint Franciscus
Gasthuis dat de huidige ongebruikte retourmaaltijden reduceert*



Een zichtbare keuze

Een onderzoek naar een geschikt maaltijdconcept voor het Sint Franciscus Gasthuis dat de huidige ongebruikte retourmaaltijden reduceert

Elona Sharabi

mei 2006

Haagse Hogeschool
Opleiding Facility Management
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag

Docentbegeleidster : Mw. Y.M. Burg

Medebeoordelaar : Dhr. A.D. Neervoort

Opdrachtgever : Sint Franciscus Gasthuis
Kleiweg 500
3045 PM Rotterdam

Stagebegeleidster : Mw. C.P. van Zetten

Periode onderzoek : januari 2006 – mei 2006

Auteursreferaat

Onderzoek naar een geschikt **maaltijdconcept** voor de patiëntmaaltijden binnen de **gezondheidszorg** dat de huidige ongebruikte retourmaaltijden reduceert. Onderzoeksvraag is welk maaltijdconcept leidt voor de **afdeling Voeding** van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, tot een reductie van het aantal **ongebruikte retourmaaltijden** en daarmee tot een verlaging van de kosten. Belangrijkste conclusie van het onderzoek is dat de combinatie van de maaltijdconcepten **broodbuffetwagens en meals-on-wheels** het aantal ongebruikte retourmaaltijden reduceert en naast het maaltijdconcept **sattelietkeuken met restaurant** de hoogste kostenbesparing, ten opzichte van het huidige maaltijdconcept **"traditioneel"** van het Sint Franciscus Gasthuis, kent. Aanbevolen wordt de combinatie van de maaltijdconcepten **broodbuffetwagens en meals-on-wheels** en **duidelijke procedures opstellen**.

In de bijlagen onder andere: organogrammen, interviews, verslagen, tabellen en grafieken aantal en oorzaken ongebruikte retourmaaltijden.

Indexreferaat: Facility Management, gezondheidszorg, ziekenhuis, voeding, maaltijdconcepten, ongebruikte retourmaaltijden, integrale kostprijs.

Managementsamenvatting

In opdracht van het Sint Franciscus Gasthuis (SFG) te Rotterdam is er een onderzoek uitgevoerd. Aanleiding is dat het huidige maaltijdconcept te maken heeft met ongebruikte retourmaaltijden die extra kosten met zich meebrengen. De probleemstelling die bij dit onderzoek hoort luidt als volgt:

'Welk maaltijdconcept leidt voor de afdeling Voeding van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, tot een reductie van het aantal ongebruikte retourmaaltijden en daarmee tot een verlaging van de kosten?'

Onderzocht is:

- *Welke ontwikkelingen er binnen de zorg zijn en hoe het SFG hierin meegaat*; gekeken is naar de demografische, politiek-juridische, sociaal-culturele, technologische en economische ontwikkelingen binnen de zorg op het gebied van voeding.
- *Hoe de huidige situatie van het voedingsproces van het SFG eruit ziet*; onder andere zijn de werkzaamheden van de verschillende afdelingen die betrokken zijn in het voedingsproces van de patiëntmaaltijden beschreven.
- *Het aantal, de oorz(a)k(en) en de kosten voor de ongebruikte retourmaaltijden*; gemiddeld 7,6% van de ontbijt-, lunch- en avondmaaltijden komt ongebruikt retour terug in de keuken van het SFG. De grootste oorzaken hiervoor zijn: de patiënt is ontslagen uit het ziekenhuis, de patiënt heeft geen trek en de patiënt moet nuchter zijn. De ongebruikte retourmaaltijden kosten het SFG jaarlijks € 167.000,-.
- *Welke maaltijdconcepten gebruikelijk zijn binnen de gezondheidszorg en welk maaltijdconcept het meest geschikt is voor het SFG*; de maaltijdconcepten "traditioneel", "broodbuffetwagens", "meals-on-wheels" en "sattelietkeuken met restaurant" zijn gebruikelijk binnen de gezondheidszorg. Na vergelijking van de maaltijdconcepten met het maaltijdconcept van het SFG kan geconcludeerd worden dat het maaltijdconcept "meals-on-wheels" het meest geschikt is voor het SFG.

Eindconclusie:

De combinatie van de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels zijn het meest geschikt voor het SFG. Deze maaltijdconcepten kennen geen ongebruikte retourmaaltijden, maar wel voedselresten. Dit zal een kostenbesparing van € 164.500,- voor het eerste jaar opleveren ten opzichte van het huidige maaltijdconcept van het SFG.

Aanbevolen wordt:

- Het invoeren van de maaltijdconcepten broodbuffetwagens voor het ontbijt- en lunchmaaltijden en meals-on-wheels voor de avondmaaltijden.
- Duidelijke procedures opstellen.

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie die geschreven is voor het afronden van mijn opleiding Facility Management aan de Haagse Hogeschool. De scriptie beschrijft een geschikt maaltijdconcept voor het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam dat het aantal ongebruikte retourmaaltijden reduceert.

Het tot stand brengen van deze afstudeerscriptie zou zonder tijd, inzet en begeleiding van een aantal personen niet gerealiseerd zijn. Daarom wil ik de volgende personen bedanken.

Als eerste wil ik mijn stagebegeleidster, *Ineke van Zetten*, bedanken dat ik mijn afstudeerstage bij haar mocht doen en natuurlijk niet te vergeten voor haar goede begeleiding.

Daarnaast hebben de medewerkers van de keuken van het Sint Franciscus Gasthuis mij een hele leuke tijd bezorgd en mij geholpen met het uitvoeren van mijn onderzoek. Bedankt hiervoor!

Ook wil ik de organisaties waar ik een kijkje mocht nemen voor mijn onderzoek bedanken voor hun tijd en medewerking.

Tot slot en vooral niet de minst belangrijkste wil ik mijn docentbegeleidster, *Yvonne Burg*, en medebeoordelaar, *Lex Neervoort*, bedanken voor hun tijd, inzet en begeleiding.

Elona Sharabi

Mei 2006

Inhoudsopgave

INLEIDING.....	1
1 HET SINT FRANCISCUS GASTHUIS	3
1.1 DE ORGANISATIE	3
1.1.1 Structuur van de organisatie	4
1.1.2 Cultuur van de organisatie	4
1.2 HET FACILITAIR BEDRIJF.....	4
1.2.1 Afdeling Voeding	5
1.3 CONCLUSIE	5
2 ONDERZOEKSVERANTWOORDING.....	6
2.1 PROBLEEMSTELLING EN SUBPROBLEEMSTELLINGEN	6
2.2 ONDERZOEKSOPZET	6
2.2.1 Onderzoeksmethoden.....	7
2.3 VERANTWOORDING SUBPROBLEEMSTELLINGEN.....	7
3 ONTWIKKELINGEN IN DE ZORG	13
3.1 DEMOGRAFISCHE ONTWIKKELINGEN.....	13
3.1.1 Vergrijzing.....	13
3.2 POLITIEK-JURIDISCHE ONTWIKKELINGEN.....	14
3.3 SOCIAAL-CULTURELE ONTWIKKELINGEN	15
3.4 TECHNOLOGISCHE ONTWIKKELINGEN	15
3.5 ECONOMISCHE ONTWIKKELINGEN.....	16
3.6 CONCLUSIE	16
4 HUIDIGE SITUATIE VOEDINGSPROCES SFG.....	17
4.1 VAN TOEN TOT NU.....	17
4.1.1 Leveranciers	17
4.1.2 Van voedingsassistent naar zorgassistent	18
4.2 DE AFDELINGEN	18
4.2.1 Voedingsadministratie.....	18
4.2.2 Productiekeuken	19
4.2.3 Portioneerkeuken	20
4.2.4 Verpleegafdelingen SFG.....	20
4.2.5 Logistiek.....	21
4.2.6 Afwaskeuken	21
4.3 ONDERLINGE INVLOED AFDELINGEN	21
4.4 BUDGET AFDELING VOEDING	22
4.5 CONCLUSIE	22
5 ONGEBRUIKTE RETOURMAALTIJDEN.....	24
5.1 AANTAL.....	24
5.2 OORZAKEN	24
5.3 VERHOUDING AANTALLEN EN OORZAKEN MET VERPLEEGAFDELINGEN	26
5.4 KOSTEN.....	27
5.5 CONCLUSIE	27
6 MAALTIJDCONCEPTEN BINNEN DE GEZONDHEIDSZORG	29
6.1 TRADITIONEEL	29
6.1.1 Vlietland Ziekenhuis Schiedam.....	29
6.1.2 Voor- en nadelen traditioneel	30
6.2 BROODBUFFETWAGENS EN MEALS-ON-WHEELS.....	30
6.2.1 Diaconessenhuis Leiden	30
6.2.2 Voor- en nadelen broodbuffetwagens en meals-on-wheels.....	31

6.3	SATTELIETKEUKEN MET RESTAURANT	32
6.3.1	Sensire Den Ooiman Doetinchem	32
6.3.2	Voor- en nadelen sattelietkeuken met restaurant	33
6.4	VERGELIJKING VOOR- EN NADELEN MAALTIJDCONCEPTEN	33
6.4.1	Conclusie	34
6.5	VERGELIJKING ASPECTEN MAALTIJDCONCEPTEN	34
6.5.1	Ongebruikte retourmaaltijden	35
6.5.2	Service	35
6.5.3	Mobiliteit	35
6.5.4	Personeel	36
6.5.5	Conclusie	36
6.6	VERGELIJKING KOSTEN MAALTIJDCONCEPTEN	36
6.6.1	Afschrijvingskosten	37
6.6.2	Kosten ongebruikte retourmaaltijden	38
6.6.3	Personeelskosten	38
6.6.4	Opleidingskosten	39
6.6.5	Conclusie	40
6.7	CONCLUSIE	40
EINDCONCLUSIE		42
AANBEVELINGEN		44
	BROODBUFFETWAGENS EN MEALS-ON-WHEELS INVOEREN	44
	DUIDELIJKE PROCEDURES OPSTELLEN	46
IMPLEMENTATIEPLAN		48
LITERATUURLIJST		49
BIJLAGEN:		
BIJLAGE 1:	ORGANOGRAM SFG	52
BIJLAGE 2:	ORGANOGRAM FACILITAIR BEDRIJF SFG	53
BIJLAGE 3:	VERPLEEGAFDELINGEN SFG	54
BIJLAGE 4:	DEMOGRAFISCHE GEGEVENS PATIËNTEN SFG 2005	55
BIJLAGE 5:	INTERVIEW HOOFD VOEDING	58
BIJLAGE 6:	INTERVIEW	59
BIJLAGE 7:	DE VOEDINGSADMINISTRATIE	61
BIJLAGE 8:	DE PRODUCTIEKEUKEN	63
BIJLAGE 9:	DE PORTIONEERKEUKEN	66
BIJLAGE 10:	VERPLEEGAFDELING SFG	67
BIJLAGE 11:	BEGROTING AFDELING VOEDING 2006	73
BIJLAGE 12:	TABEL: AANTAL ONGEBRUIKTE RETOURMAALTIJDEN PER DAG	74
BIJLAGE 13:	GRAFIEK: OORZAKEN ONGEBRUIKTE RETOURMAALTIJDEN	75
BIJLAGE 14:	TABEL: AANTAL ONGEBRUIKTE RETOURMAALTIJDEN PER VERPLEEGAFDELING	76
BIJLAGE 15:	GRAFIEKEN: OORZAKEN ONGEBRUIKTE RETOURMAALTIJDEN PER VERPLEEGAFDELING	77
BIJLAGE 16:	KOSTEN ONGEBRUIKTE RETOURMAALTIJDEN	79
BIJLAGE 17:	VLIETLAND ZIEKENHUIS SCHIEDAM	80
BIJLAGE 18:	DIACONESSENHUIS LEIDEN	82
BIJLAGE 19:	SENSIRE DEN OOIMAN DOETINCHEM	84

Inleiding

Deze afstudeerscriptie is geschreven in het kader van het afronden van de studie Facility Management aan de Haagse Hogeschool.

Het onderzoek van deze afstudeerscriptie is uitgevoerd in de periode van januari 2006 tot en met mei 2006 binnen het Sint Franciscus Gasthuis (SFG), afdeling Voeding, dat onderdeel is van het Facilitair Bedrijf. De opdrachtgeefster van deze afstudeeropdracht is Ineke van Zetten, werkzaam onder andere als hoofd Voeding binnen het SFG.

Aanleiding opdracht

De patiënten op de verpleegafdelingen van het SFG, krijgen dagelijks een menulijst waarop ingevuld moet worden wat ze de volgende dag willen eten. Daarnaast zijn er ook nog patiënten van de dagbehandelingen die elke dag automatisch een standaardbroodmaaltijd krijgen.

De patiëntmaaltijden worden in een eigen productiekeuken van het SFG ontkoppeld bereidt, waar gebruik wordt gemaakt van geheel of gedeeltelijk convenienceproducten.

Uit een eerder onderzoek dat binnen het SFG is gehouden, blijkt, dat sinds 2001, toen voor deze huidige wijze van distributie is gekozen, dat circa 10% (het SFG serveert per dag gemiddeld 400 warme maaltijden) van de maaltijden van de patiënten per dag ongebruikt retour komen. Deze maaltijden worden vernietigd en brengen zo extra kosten met zich mee.

Probleemstelling

De probleemstelling van deze afstudeerscriptie luidt als volgt:

'Welk maaltijdconcept leidt voor de afdeling Voeding van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, tot een reductie van het aantal ongebruikte retourmaaltijden en daarmee tot een verlaging van de kosten?'

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden zijn er een aantal subprobleemstellingen opgesteld.

De subprobleemstellingen luiden als volgt:

1. Welke ontwikkelingen zijn er in de zorg en hoe staat het SFG hierin?
2. Welke patiënten kent het SFG in het algemeen?
3. Hoe ziet de huidige situatie rondom de voorziening van de patiëntmaaltijden eruit?
4. Hoeveel ongebruikte retourmaaltijden kent het SFG en wat is de oorzaak van deze ongebruikte retourmaaltijden?
5. Wat zijn de kosten van het aantal ongebruikte retourmaaltijden?
6. Welke maaltijdconcepten bestaan er binnen de gezondheidszorg?
7. Hoe hebben andere organisaties in de gezondheidszorg hun maaltijdvoorziening geregeld?

Doel en doelgroep

Het doel van deze afstudeeropdracht is het schrijven van een adviesrapport, binnen een tijdpad van 17 weken, op facilitair beleidsniveau.

Dit adviesrapport is geschreven voor de afdeling Voeding van het SFG en als afstudeeropdracht voor de opleiding Facility Management aan de Haagse Hogeschool.

De doelgroep waar het maaltijdconcept voor bedoeld is, zijn alle patiënten op de interne verpleegafdelingen en de dagbehandelingen van het SFG.

Leeswijzer

Het rapport bestaat uit: *hoofdstuk 1*, deze beschrijft de organisatie van het SFG. *Hoofdstuk 2*, deze beschrijft de onderzoeksverantwoording, waar ook per subprobleemstelling een verantwoording is gegeven van de gebruikte onderzoeksmethode(n). *Hoofdstuk 3*, deze beschrijft de ontwikkelingen binnen de zorg en hoe het SFG in speelt op deze ontwikkelingen. *Hoofdstuk 4*, deze beschrijft de huidige situatie rondom de maaltijdvoorziening van het SFG, waarbij ook een beschrijving van de werkzaamheden van een zestal afdelingen die betrokken zijn in het voedingsproces van de patiëntmaaltijden van het SFG. *Hoofdstuk 5*, deze beschrijft het aantal ongebruikte maaltijden dat retour terugkomt in de keuken van het SFG, wat de oorzaken zijn van deze ongebruikte retourmaaltijden en wat de kosten van het aantal ongebruikte retourmaaltijden zijn. *Hoofdstuk 6*, deze beschrijft welke maaltijdconcepten gebruikelijk zijn binnen de gezondheidszorg en hoe andere organisaties binnen de gezondheidszorg, met betrekking tot deze maaltijdconcepten, hun maaltijdvoorziening hebben geregeld. Daarna worden de maaltijdconcepten met elkaar vergeleken en wordt geconcludeerd welk maaltijdconcept het meest geschikt is binnen het SFG.

In de *eindconclusie* wordt een antwoord op de probleemstelling gegeven, met daarop volgend een tweetal *aanbevelingen*. Tot slot wordt een *implementatieplan* geschreven van de gekozen aanbevelingen.

De bronnen in dit rapport zijn vermeld in de voetnoten. In de tekst wordt verwezen naar deze voetnoten. Deze voetnoten zijn ook weer terug te vinden in de *literatuurlijst*, deze is te vinden op bladzijde 49 van dit rapport. In de tekst zelf wordt verwezen naar de bijlagen. De bijlagen zijn in dit rapport vanaf bladzijde 51 te vinden.

1 Het Sint Franciscus Gasthuis

Informatie uit dit hoofdstuk is afkomstig van het Intranet van het Sint Franciscus Gasthuis, bij afwijking hiervan wordt dit vermeld.

Het Sint Franciscus Gasthuis (SFG), gevestigd in Rotterdam, is een algemeen ziekenhuis dat ruim 600 bedden kent en daarmee tot één van de grootste algemene ziekenhuizen in de regio Rijnmond behoort. Er zijn ruim 2000 medewerkers werkzaam binnen het SFG, die zich dagelijks inzetten voor optimale zorg aan de patiënt.

Patiëntvriendelijkheid en kwaliteit van de zorg staan hoog in het vaandel. Het SFG is continu in ontwikkeling onder het motto: *'zichtbaar naar beter'*.

De missie van het SFG luidt als volgt: *'Het SFG wil een modern en klantvriendelijk stads- en streekziekenhuis zijn, dat een belangrijke bijdrage levert aan zijn omgeving, zowel wat betreft zorgverlening als opleidingen'*.

In de tabel hieronder worden een aantal operationele kerngegevens over het SFG uit 2004 weergegeven¹:

Opgenomen patiënten	20.346
Overleden patiënten	448
Dagbehandelingen	14.871
Polikliniekbezoeken	277.916
Gemiddeld aantal bezette bedden	354
Gemiddelde verpleegduur (in dagen)	6,3
Operaties	10.708

1.1 De organisatie

In 2002 is een nieuwe organisatiestructuur binnen het SFG doorgevoerd. Deze structuur zet de zorg rond de patiënt centraal. Dit houdt in dat patiënten de best mogelijke zorg, begeleiding en informatie krijgen, met respectvolle aandacht voor privacy.

Om kwaliteit in de organisatie te realiseren en resultaten zichtbaar te kunnen maken, maakt het SFG gebruik van het INK-managementmodel². Het INK-managementmodel is een diagnose-instrument voor (zelf)onderzoek naar de stand van kwaliteitsmanagement in een organisatie. Het INK-managementmodel kent negen aandachtsgebieden, die in hun onderlinge samenhang bepalend zijn voor het succes van een organisatie³.

¹ Bron: Raad van Bestuur: *Sint Franciscus Gasthuis Jaarverslag 2004*. (blz. 45)

De managers van het SFG zijn verantwoordelijk voor kwaliteitsmanagement binnen het SFG.

1.1.1 Structuur van de organisatie

De organisatie van het SFG bestaat uit een *Raad van Bestuur (RvB)*, zij zijn eindverantwoordelijk voor de totale organisatie van het SFG, zowel voor de bedrijfsvoering als de kwaliteit van de zorg. De RvB wordt ondersteund door de secretaris en het secretariaat Raad van Bestuur. De RvB heeft een directe relatie met de *medische staf* en een aantal *adviesorganen*. De RvB legt verantwoording af aan de Raad van Toezicht.

De *Raad van Toezicht* heeft als kerntaak te controleren hoe de organisatie op lange termijn, op strategisch niveau, bestuurd wordt.

Direct onder het RvB zijn de afdelingen '*Zorggroep Beschouwend*', '*Zorggroep Snijdend*' en '*Medisch ondersteunende Zorggroep*' te vinden. Deze afdelingen worden ondersteund door een aantal *staf- en ondersteunende afdelingen*, waaronder onder andere het Facilitair Bedrijf.

Om een helder beeld te krijgen hoe de organisatie is ingedeeld en welke afdelingen het kent wordt verwezen naar bijlage 1 (blz. 52), waar het organogram van het SFG is weergegeven.

1.1.2 Cultuur van de organisatie

Het SFG streeft naar een lerende organisatie met een open cultuur waar een ieder, zowel medewerkers als leidinggevendenden, zijn verantwoordelijkheid neemt, resultaat- en klantgericht werkt en leert van fouten.

Dit alles voor de zorg, voor de patiënten, voor elkaar, voor de werkomgeving en voor de vernieuwing. Leidinggevendenden tonen voorbeeldgedrag, waarbij communicatie een belangrijk aandachtspunt is.

Het SFG wil een resultaatgerichte organisatie zijn waar successen worden gevierd. Zowel zorg- als ondersteunende afdelingen streven de best mogelijke zorg- en dienstverlening voor de patiënt na, direct dan wel indirect. Samenwerking en goed overleg zijn daarvoor absolute voorwaarden⁴.

1.2 Het Facilitair Bedrijf

Het Facilitair Bedrijf behoort tot één van de ondersteunende afdelingen binnen de organisatie van het SFG. De hoofddoelstelling voor het Facilitair Bedrijf van het SFG is op een klantgerichte wijze de verschillende afdelingen (geledingen) van de SFG organisatie te ondersteunen bij het realiseren van hun werkprocessen. Hierbij gaat het om zowel het primaire als het secundaire proces.

² Bron: Raad van Bestuur: *Sint Franciscus Gasthuis Jaarverslag 2004*. (blz. 6)

³ Bron: Van der Bij, H.: *Kwaliteitsmanagement in Beweging*. (blz. 356)

⁴ Bron: *Informatiegids medewerkers SFG*. (blz. 4)

Het Facilitair Bedrijf bestaat uit de volgende afdelingen:

- Huisvesting (schoonmaak)
- Kinderdagverblijf
- Medische instrumentatie
- Beveiliging, receptie, telefonie en parkeren
- Voeding
- Servicebureau, repro en post

Deze afdelingen staan onder leiding van een Facilitair Manager en worden ondersteund door een secretariaat en een stafbureau. In bijlage 2 (blz. 53) is het organogram van het Facilitair Bedrijf van het SFG weergegeven.

1.2.1 Afdeling Voeding

Omdat het onderzoek betrekking heeft op de afdeling Voeding, wordt in dit rapport alleen deze afdeling verder besproken.

De afdeling Voeding voorziet zeven dagen per week het hele ziekenhuis van maaltijden. Het gaat om alle patiënten die op een verpleegafdeling verblijven (een overzicht van de verpleegafdelingen binnen het SFG is opgenomen in bijlage 3 (blz. 54)), patiënten die een dagbehandeling ondergaan en alle personeelsleden van het SFG.

De afdeling Voeding bestaat uit de volgende afdelingen: voedingsadministratie, productiekeuken, portioneerkeuken, afwaskeuken en het personeelsrestaurant. Deze afdelingen staan in een gelijke lijn onder leiding van een hoofd Voeding.

1.3 Conclusie

Het SFG is een algemeen ziekenhuis dat gevestigd is in Rotterdam. De in onlangs 2002 nieuw doorgevoerde organisatiestructuur zet de zorg rond de patiënt centraal. Dit is ook weer terug te vinden in het motto van het SFG, namelijk: *'zichtbaar naar beter'*.

Het Raad van Bestuur staat in het middelpunt van de organisatie en is eindverantwoordelijk voor de totale organisatie van het SFG. Het Facilitair Bedrijf is een ondersteunende afdeling binnen de organisatie van het SFG en de afdeling Voeding is hier weer een onderdeel hiervan.

2 Onderzoeksverantwoording

In dit hoofdstuk wordt als eerste de probleemstelling en de daarbij horende subprobleemstellingen voor dit rapport beschreven.

Daarna wordt in de onderzoeksopzet de verschillende onderzoeksmethoden waar tijdens dit onderzoek gebruik van gemaakt is, beschreven.

Tot slot wordt per subprobleemstelling een verantwoording gegeven over de gekozen onderzoeksmethode(n).

2.1 Probleemstelling en subprobleemstellingen

De probleemstelling voor dit rapport luidt als volgt:

‘Welk maaltijdconcept leidt voor de afdeling Voeding van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, tot een reductie van het aantal ongebruikte retourmaaltijden en daarmee tot een verlaging van de kosten?’

Om de probleemstelling te kunnen beantwoorden, zijn de volgende subprobleemstellingen geformuleerd:

1. Welke ontwikkelingen zijn er in de zorg en hoe staat het SFG hierin?
2. Welke patiënten kent het SFG in het algemeen?
3. Hoe ziet de huidige situatie rondom de voorziening van de patiëntmaaltijden eruit?
4. Hoeveel ongebruikte retourmaaltijden kent het SFG en wat is de oorzaak van deze ongebruikte retourmaaltijden?
5. Wat zijn de kosten van het aantal ongebruikte retourmaaltijden?
6. Welke maaltijdconcepten bestaan er binnen de gezondheidszorg?
7. Hoe hebben andere organisaties in de gezondheidszorg hun maaltijdvoorziening geregeld?

2.2 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek wordt verricht volgens een Tien Stappen Plan (TSP) van Kempen en Keizer⁵. Er is gekozen om het TSP te gebruiken, omdat het duidelijk weergeeft welke fasen doorlopen moeten worden en wat in die fasen gedaan moet worden om een goed onderzoek uit te voeren.

Het TSP kent de volgende drie hoofdfasen:

- *Oriëntatiefase*: gericht op het extern en intern verkennen van het probleem en het maken van contractuele afspraken tussen organisatie en stagiaire. Voor deze fase is informatie voor het probleem bij de stagebegeleidster gehaald door middel van vragen stellen. Informatie over de organisatie is gehaald door middel van het bijwonen van een introductiedag en interne

⁵ Bron: Kempen, P.M. en Keizer, J.A.: *Advieskunde voor praktijkstages*.

documenten, zoals het jaarverslag SFG van 2004, het Intranet van het SFG en een informatiegids voor medewerkers.

- *Onderzoeks- en oplossingsfase*: gericht op de uitvoering van het eigenlijke onderzoek en het genereren van passende oplossingen. De gebruikte onderzoeksmethoden die voor deze fase gebruikt zijn worden in paragraaf 2.2.1 beschreven.
- *Invoeringsfase*: geaccepteerde adviezen worden daadwerkelijk ingevoerd. Deze fase wordt tijdens de afstudeerperiode niet ingevoerd, maar enkel beschreven in een implementatieplan. Deze is terug te vinden op bladzijde 48 van dit rapport.

2.2.1 Onderzoeksmethoden

Voor dit onderzoek is zowel een kwalitatief als een kwantitatief onderzoek gehouden. Kwalitatief onderzoek geeft inzicht in de vragen hoe en waarom mensen denken over een bepaald onderwerp⁶. Bij een kwantitatief onderzoek draait het om meten; de onderzoeksresultaten worden uitgedrukt in getallen en percentages⁷.

Om tijdens het kwalitatief en kwantitatief onderzoek informatie te verzamelen, worden er een aantal onderzoeksmethoden gebruikt. De volgende onderzoeksmethoden worden tijdens het onderzoek gebruikt⁸:

- *Deskresearch*: gebruik maken van bestaande informatie. Voorbeelden: literatuur, interne documenten, internet en artikelen. Deze bronnen zijn opgenomen in de literatuurlijst, die op bladzijde 49 van dit rapport terug te vinden is.
- *Interviewen*: de respondent wordt in een persoonlijk gesprek ondervraagd.
- *Observeren*: doelgericht en systematisch waarnemen van verschijnselen.

2.3 Verantwoording subprobleemstellingen

In deze paragraaf wordt per subprobleemstelling een verantwoording gegeven over de gekozen onderzoeksmethode(n).

1: 'Welke ontwikkelingen zijn er in de zorg en hoe staat het SFG hierin?'
--

Het doel van deze subprobleemstelling is om inzicht te krijgen welke ontwikkelingen, op het gebied van demografie, politiek-juridisch, sociaal-cultureel, technologie en economisch, in de zorg spelen en hoever staat het SFG, met betrekking tot de afdeling Voeding, met deze ontwikkelingen.

Voor deze subprobleemstelling is gebruik gemaakt van de onderzoeksmethoden deskresearch en interviewen. Voor de deskresearch zijn verschillende artikelen en rapporten geraadpleegd van het internet. Voorbeelden van sites waar informatie gezocht en gevonden is, zijn: Bedrijfschap Horeca en

⁶ Bron: Scholl, N.B.: *Kwalitatief Marktonderzoek. Het hoe en waarom.* (blz. 1)

⁷ Bron: Livestro, A.: *Kwantitatief Marktonderzoek. Het hoe en waarom.* (blz. 2)

⁸ Bron: Genet, C.M.: *Methoden van Onderzoek en de Markt.* (blz. 56 – 66)

Catering, Centraal Bureau voor de Statistiek, Management Kennisbank en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Daarnaast zijn er ook nog een aantal sites over de zorg bezocht, maar daar is weinig tot geen informatie over ontwikkelingen gevonden. Ook zijn tijdschriften over de zorg geraadpleegd (zoals Grootkeuken en Zorgvisie) en krantenartikelen via het programma LexisNexis van de digitale bibliotheek van de Haagse Hogeschool.

Alle gevonden informatie is tot slot naast elkaar gelegd en aandachtig doorgelezen en de belangrijkste en meest relevante informatie is uiteindelijk gebruikt om hoofdstuk 3 van dit rapport te schrijven.

Om te achterhalen hoe deze ontwikkelingen in de zorg inspelen op de afdeling Voeding van het SFG, is er een interview gehouden met het hoofd Voeding. De uitwerking van dit interview is in bijlage 5 (blz. 58) van dit rapport opgenomen.

De resultaten van dit onderzoek zijn te vinden in hoofdstuk 3 van dit rapport.

2: 'Welke patiënten kent het SFG in het algemeen?'

Het doel van deze subprobleemstelling is om inzicht te krijgen hoe de verhouding binnen het SFG is omtrent de soort patiënten (geslacht, geboorteland en leeftijd) en hoe die verhouding in relatie staat met de demografische ontwikkelingen in de zorg.

Voor deze subprobleemstelling is gebruik gemaakt van de onderzoeksmethode deskresearch, waarbij gebruik gemaakt is van een intern document, dat afkomstig is van de afdeling Beleid en Zorgontwikkeling (BZO) van het SFG.

De gekregen gegevens van geslacht, geboorteland en leeftijd stonden per patiënt onder elkaar in een excel-bestand. Om de gegevens beter te kunnen analyseren, zijn in het excel-bestand voor de geboortelanden en de leeftijden draaitabellen gemaakt en voor het geslacht is een grafiek gemaakt. De resultaten van de draaitabellen en de grafiek zijn opgenomen in bijlage 4 (blz. 55) van dit rapport. De resultaten zijn na het analyseren, in hoofdstuk 3, paragrafen 3.1 en 3.1.1, van dit rapport beschreven.

3: 'Hoe ziet de huidige situatie rondom de voorziening van de patiëntmaaltijden eruit?'

Het doel van deze subprobleemstelling is om te achterhalen hoe de verschillende afdelingen in het voedingsproces van het SFG op dit moment te werk gaan, hoe de relatie tussen deze verschillende afdelingen is en hoe de afdeling Voeding binnen het SFG gefinancierd wordt.

Voor deze subprobleemstelling is gebruik gemaakt van de onderzoeksmethoden observeren, interviewen en deskresearch.

Voor het observeren is er in totaal vier dagen lang meegelopen met een viertal afdelingen die betrokken zijn bij het voedingsproces. Het gaat om de afdelingen: voedingsadministratie, productiekeuken, portioneerkeuken en een verpleegafdeling. De afdelingen waar niet meegelopen is, maar die wel bij het voedingsproces horen, zijn de afdelingen logistiek en afwaskeuken. Tijdens het

meelopen op de afdelingen zijn de werkzaamheden die gezien en verteld zijn door de medewerkers, opgeschreven en uitgewerkt in een verslag. Tegelijkertijd is deskresearch toegepast om de begrippen die op deze afdelingen gehanteerd worden uit te leggen. Hiervoor zijn interne documenten, internet, intranet en literatuur gebruikt.

De verslagen van de meeloopdagen zijn terug te vinden in de bijlagen 7 tot en met 10 (blz. 61 t/m 72) van dit rapport, waar ook de bronnen voor de deskresearch vermeld staan. Informatie over de werkzaamheden van de afdelingen logistiek en afwaskeuken zijn tijdens het meelopen bij de andere vier afdelingen gezien. Hier is geen verslag over geschreven.

Voor vragen met betrekking tot het voorgaande maaltijdconcept, huidige maaltijdconcept en een toekomstvisie over het maaltijdconcept binnen het SFG, die tijdens het observeren niet beantwoord zijn, is een open interview gehouden met de 1^e medewerkers van de productiekeuken, portioneerkeuken en voedingsadministratie. In eerste instantie werden deze vragen aan het hoofd Voeding gesteld, maar aangezien zij sinds kort werkzaam is binnen het SFG kon zij deze vragen niet beantwoorden. De geïnterviewden zijn al heel lang werkzaam bij het SFG en daarom is gekozen om deze personen te interviewen. Het interview is terug te vinden in bijlage 6 (blz. 59) van dit rapport. Voor de financiering van de afdeling Voeding is gebruik gemaakt van een intern document dat verkregen is van het hoofd Voeding. In bijlage 11 (blz. 73) van dit rapport is een deel van de begroting van de afdeling Voeding voor 2006 opgenomen.

De resultaten van het observeren, interviewen en de deskresearch zijn in hoofdstuk 4 van dit rapport beschreven.

<i>4: 'Hoeveel ongebruikte retourmaaltijden kent het SFG en wat is de oorzaak van deze ongebruikte retourmaaltijden?'</i>
--

Het doel van deze subprobleemstelling is om inzicht te krijgen hoeveel maaltijden ongebruikt retour terug komen en wat de oorzaak is dat deze maaltijden ongebruikt retour komen.

Voor deze subprobleemstelling is gebruik gemaakt van de onderzoeksmethoden observeren en interviewen.

Het onderzoek is in 2006 in de periode van 27 februari tot 19 maart, in totaal 10 dagen, uitgevoerd. In eerste instantie was het de bedoeling om dit onderzoek twee weken lang te doen, maar door slechte medewerking van een aantal verpleegafdelingen is dit onderzoek na 10 dagen stopgezet.

Het onderzoek is gehouden in de vorm van tellen hoeveel maaltijden ongebruikt op de lopende band in de afwaskeuken retour zijn teruggekomen. Hiervoor is de onderzoeksmethode observeren gebruikt. Het aantal ongebruikte retourmaaltijden is door middel van turven bijgehouden. Ook zijn tijdens het onderzoek de bandkaarten, waarop onder andere vermeld staat wat de naam van de patiënt is en op welke verpleegafdeling deze patiënt ligt, weggehaald van het dienblad.

De resultaten van dit onderzoek zijn in tabellen weergegeven. Er is een tabel gemaakt van het aantal ongebruikte retourmaaltijden per dag (zie bijlage 12 (blz. 74) van dit rapport) en een tabel van het aantal retourmaaltijden per verpleegafdeling (zie bijlage 14 (blz. 76) van dit rapport).

De resultaten van het onderzoek zijn na het analyseren van de tabellen beschreven in hoofdstuk 5, paragrafen 5.1 en 5.3, van dit rapport.

Daarna is een onderzoek gehouden in de vorm van interviewen, waarbij eerst aan de zorgassistenten en/of verpleegkundigen op de verpleegafdelingen van het SFG de oorzaak gevraagd werd waarom een patiënt zijn maaltijd niet genuttigd had. Als de zorgassistent en/of verpleegkundigen geen antwoord kon geven, werd dit aan de patiënt zelf gevraagd. Dit was zo afgesproken om de patiënten niet heel de tijd lastig te vallen.

Het resultaat van het onderzoek is in een grafiek weergegeven (zie bijlage 13 (blz. 75) van dit rapport), waarbij de oorzaken op de horizontale as staan en op de verticale as staan het aantal patiënten dat voor een bepaalde oorzaak koos.

De resultaten van het onderzoek zijn, na het analyseren van de grafiek, beschreven in hoofdstuk 5, paragraaf 5.2, van dit rapport.

Vervolgens zijn het aantal ongebruikte retourmaaltijden per verpleegafdeling in verhouding met de genoemde oorzaken geanalyseerd en weergegeven in grafieken per verpleegafdeling (zie bijlage 15 (blz. 77) van dit rapport).

De resultaten zijn na het analyseren van de grafieken, beschreven in paragraaf 5.3, van hoofdstuk 5.

<i>5: 'Wat zijn de kosten van het aantal ongebruikte retourmaaltijden?'</i>

Het doel van deze subprobleemstelling is om er achter te komen wat de kosten zijn voor het aantal ongebruikte retourmaaltijden en hoeveel kosten bespaard kunnen worden op het budget van de afdeling Voeding bij het invoeren van een maaltijdconcept dat geen ongebruikte retourmaaltijden kent.

Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de onderzoeksmethode deskresearch.

Voor de deskresearch is gebruik gemaakt van twee interne documenten: een document waar een schatting van de integrale kostprijs van een maaltijd (onderverdeeld in ontbijt, lunch en diner) is weergegeven (zie bijlage 16 - punt 1 (blz. 79) van dit rapport) en een document dat in hoofdstuk 4 gebruikt is waarop staat hoeveel het budget van de afdeling Voeding op jaarbasis is (zie bijlage 11 (blz. 73) van dit rapport).

Om de gemiddelde kosten per dag en per jaar te berekenen, zijn de gegevens over het aantal ongebruikte retourmaaltijden van het ontbijt, lunch en diner en de gegevens van het document over de integrale kostprijs gebruikt. De uitkomst is weergegeven in bijlage 16 - punt 2 (blz. 79) van dit rapport.

Daarnaast is gekeken hoeveel procent de kosten bedragen op het budget van de afdeling Voeding op jaarbasis.

De resultaten zijn na het analyseren van de deskresearch in hoofdstuk 5, paragraaf 5.4, van dit rapport beschreven.

6: 'Welke maaltijdconcepten bestaan er binnen de gezondheidszorg?'

Het doel van deze subprobleemstelling is om inzicht te krijgen welke maaltijdconcepten gehanteerd worden binnen de gezondheidszorg en welk maaltijdconcept het meest geschikt is voor het SFG.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de onderzoeksmethode deskresearch. Voor de deskresearch zijn zowel literatuur, artikelen van het internet als tijdschriften geraadpleegd. Voor deze informatie is de (digitale) bibliotheek van de Haagse Hogeschool en de digitale Medische bibliotheek van het SFG bezocht.

Na het raadplegen van de verschillende bronnen is het resultaat van dit onderzoek tegengevallen. Er is heel weinig informatie gevonden over maaltijdconcepten/voorzieningen in de gezondheidszorg. Er waren twee literatuurboeken gevonden waar de meeste informatie voor dit hoofdstuk uitgehaald is. Dit zijn de boeken: 'Voedingsambiances in de zorg' en 'Voedingsdiensten top 100'. Daarnaast is informatie over maaltijdconcepten gekregen uit het bezoeken van andere organisaties in de gezondheidszorg (zie ook subprobleemstelling 7).

Om te achterhalen welk maaltijdconcept het meest geschikt is voor het SFG, zijn de voor- en nadelen, vier aspecten en de kostenvoor- en nadelen van de maaltijdconcepten met elkaar vergeleken. De resultaten van dit onderzoek zijn terug te vinden in hoofdstuk 6 van dit rapport.

7: 'Hoe hebben andere organisaties in de gezondheidszorg hun maaltijdvoorziening geregeld?'

Het doel van deze subprobleemstelling is om inzicht te krijgen hoe andere organisaties binnen de gezondheidszorg hun maaltijdvoorziening hebben geregeld en of deze organisaties ook last hebben van ongebruikte retourmaaltijden.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de onderzoeksmethode interviewen. In totaal zijn er drie organisaties voor dit onderzoek benaderd. Deze organisaties zijn gekozen uit het boek 'Voedingsdiensten top 100' uit 2005. De gekozen organisaties zijn het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam, het Diaconessenhuis in Leiden en het Verpleeghuis Sensire Den Ooiman in Doetinchem. Voor deze organisaties is gekozen, omdat deze drie organisaties allemaal een ander maaltijdconcept kennen. De interviews zijn gehouden met personen die betrokken zijn bij het voedingsproces (hoofd Voeding, Facilitair Manager en hoofd Keuken), hiervoor is gekozen omdat zij het voedingsproces van hun organisatie goed kennen.

Voor het interviewen is er gebruik gemaakt van steekwoorden waardoor de geïnterviewde zijn verhaal daarom heen kan vertellen. De vragen zijn gesteld in de richting van werking maaltijdconcept, bereiding maaltijden, integrale kostprijs en last van ongebruikte retourmaaltijden. Als iets niet

duidelijk was werd hierop doorgevraagd. De resultaten van de drie interviews zijn verwerkt in een verslag. De verslagen van de drie geïnterviewde organisaties zijn terug te vinden in de bijlagen 17 tot en met 19 (blz. 80 t/m 85) van dit rapport.

In hoofdstuk 6 van dit rapport zijn de resultaten van de werking van de drie maaltijdconcepten, aan de hand van de verslagen, samengevat.

3 Ontwikkelingen in de zorg

De Nederlandse markt is op het gebied van zorg de laatste jaren sterk in ontwikkeling. Vergrijzing, invoering van een nieuw zorgstelsel (de Zorgwet) en van aanbodgericht naar vraaggericht werken zijn voorbeelden van punten die nu spelen. Deze ontwikkelingen hebben enerzijds te maken met de 'patiënt centraal' en anderzijds met de bedrijfsvoering.

In de paragrafen 3.1 tot en met 3.5 zullen de ontwikkelingen op de Nederlandse markt van de zorg besproken worden, onderverdeeld in demografische, politiek-juridische, sociaal-culturele, technologische en economische ontwikkelingen. En hoe ver is het SFG met betrekking tot de maaltijdvoorziening bezig met deze ontwikkelingen of hoe moet het SFG hier in de toekomst op inspelen? Tot slot wordt in paragraaf 3.6 een korte conclusie beschreven over de besproken onderwerpen uit dit hoofdstuk.

Informatie uit dit hoofdstuk is afkomstig van het artikel 'Ontwikkelingen in de maatschappij' van de internetsite Bedrijfschap Horeca en Catering (www.bedr-horeca.nl). Bij afwijking van dit artikel wordt dit vermeld. Hoe het SFG inspeelt op deze ontwikkelingen is afkomstig van een interview met het hoofd Voeding van het SFG. Dit interview is terug te vinden in bijlage 5 (blz. 58).

3.1 Demografische ontwikkelingen

De bevolkingsomvang in Nederland kent anno 2005 circa 16,3 miljoen inwoners, waarvan circa 3,1 miljoen allochtoon zijn. Geleidelijk zal de bevolkingsomvang in Nederland oplopen naar circa 17 miljoen inwoners in 2030, waarvan 4,2 miljoen allochtoon zijn⁹.

In 2005 waren binnen het SFG in totaal 34.897 patiënten (waarvan 20.472 vrouw en 14.425 man was) opgenomen op een verpleegafdeling of ondergingen een dagbehandeling.

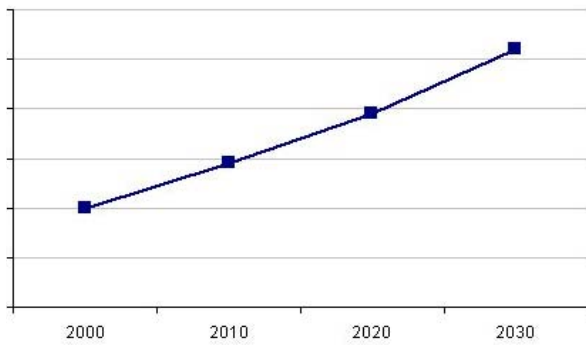
De grootste groep patiënten is afkomstig uit Nederland en van de overige patiënten is een grote groep afkomstig uit Marokko, Turkije en Suriname (zie bijlage 4 (blz. 55))¹⁰.

3.1.1 Vergrijzing

De vraag naar zorg zal de komende jaren fors toenemen (zie tabel op de volgende bladzijde), dit komt mede door de *vergrijzing* (het aantal 55-plussers en 65-plussers stijgt) die plaats vindt in Nederland.

⁹ Bron: www.cbs.nl (21/2/2006 10:57)

¹⁰ Bron: Karen van 't Sant: coördinator functioneel applicatiebeheer. Afdeling Beleid en zorgontwikkeling (BZO), SFG



Tabel: 'Vraag naar zorg'

Bron: *www.bedr-horeca.nl*

(21/2/2006 12:00)

Bij de patiënten van het SFG in 2005 is al een kleine groei te zien voor zorg in de leeftijden tussen de 56 en 59 jaar (zie bijlage 4 (blz. 55)). De verwachting is, dat deze de komende jaren zal toenemen. Het SFG zal met betrekking tot de maaltijdvoorziening moeten inspelen op de wensen van deze groeiende groep patiënten, omdat de 'moderne' senioren gewend zijn aan een hoog serviceniveau van voedselverstrekking.

3.2 Politiek-juridische ontwikkelingen

Per 1 januari 2006 is in Nederland een nieuw zorgstelsel ingevoerd, de Zorgwet. Deze invoering geeft een ingrijpende wijziging in de organisatie en financiering van de zorg.

Uitgangspunten zijn zowel meer concurrentie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars als een sterkere positie van klanten en patiënten.

Het SFG zal door de invoering van de nieuwe Zorgwet meer marktgerichter moeten gaan werken. Het Facilitair Bedrijf kan hier goed op inspelen door de service (de secundaire voorzieningen) bij de medische zorg goed te regelen, waarbij voeding ook een belangrijke rol speelt.

Uit een onderzoek is gebleken dat de patiënt, binnen de totale kwaliteit van de consumptieve dienstverlening, *ambiance* (= omgeving, sfeer) en *service* zwaarder laat wegen dan de kwaliteit van het product¹¹.

Een feit:

Een patiënt die goed heeft gegeten en gedronken is goed gemutst, voelt zich beter en heeft minder last van zijn "kwaaltjes". De patiënt zal hierdoor minder beroep doen op de zorg.

Een goede consumptieve dienstverlening is dus niet alleen goed voor de patiënt, maar indirect ook voor de bedrijfsvoering van de zorg¹². Kortom: *'Een goede eter is sneller beter'*¹³.

¹¹ Bron: Bedrijfschap Horeca en Catering: *'De toekomst van de voedingsorganisatie in de zorg'*. (20/2/2006 8:56)

¹² Bron: Management Kennisbank: *'Logistiek inzicht naast flexibiliteit is in de gezondheidszorg onmisbaar'*. (15/3/2006 12:55)

¹³ Bron: Ineke van Zetten: hoofd Voeding. Afdeling Facilitair Bedrijf, SFG

Daarnaast is door de invoering van het DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) het realiseren van een korte verblijfsduur van patiënten belangrijk geworden. Waar een ziekenhuis voorheen voor het aantal dagen dat een patiënt een bed in beslag nam geld kreeg, is dit tegenwoordig door de invoering van het DBC niet meer zo. Een DBC is een code die een medisch specialist gebruikt in zijn administratie en die de diagnose en behandeling weergeeft¹⁴. Zo krijgt het ziekenhuis voor bijvoorbeeld een nieuwe knieoperatie in totaal afgerond 12.000 euro¹⁵. Het realiseren van een korte verblijfsduur levert dus geld op. Voeding speelt hier ook een belangrijke rol in, omdat goede voeding het genezingsproces versnelt en de verblijfsduur verkort.

3.3 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Individualisering en *multiculturalisering* zijn twee belangrijke kenmerken voor de moderne samenleving van Nederland.

Door de individualisering wordt de consument steeds kritischer/mondiger en hij krijgt door het nieuwe zorgstelsel steeds meer inspraak in de zorg. Het gevolg hiervan is dat de zorgaanbieders zich moeten richten op de wensen van de consument. De markt verandert hierdoor van aanbodgericht naar vraaggericht werken, waarbij maatwerk geleverd moet worden.

Ook door de multiculturalisering, waarbij allochtonen vaak als een aparte doelgroep gezien worden, is op het gebied van onder andere voeding en communicatie vraag naar maatwerk.

Het SFG probeert op het gebied van voeding hierop in te spelen door onder andere het assortiment zo aan te bieden dat zowel de jongere als de oudere generatie patiënten een keuze hebben die hij/zij lekker vindt. Zo worden er naast de oude traditionele maaltijden van aardappelen, groente en een stuk vlees die de oude generatie patiënten gewend zijn, tegenwoordig ook eenpansgerechten geserveerd, die de jonge generatie patiënten steeds meer gewend zijn.

3.4 Technologische ontwikkelingen

In de zorg vinden *innovaties* van productiemethoden en producten plaats. Deze innovaties maken een efficiënte bedrijfsvoering in de zorg mogelijk. Zo is bijvoorbeeld in de voedingsorganisatie van de zorg de techniek van ontkoppeld koken een ontwikkeling, die schaalvergroting heeft mogelijk gemaakt. Ontkoppeld koken wil zeggen dat het moment van bereiding losgekoppeld wordt van het moment van consumptie door middel van terugkoelen¹⁶.

In de komende jaren is de opkomst van de assemblagekeuken een belangrijke trend, waardoor productiekeukens zullen verdwijnen¹⁷. In een assemblagekeuken is de productie van voeding grotendeels afgestoten, waardoor de nadruk is komen te liggen op het assemblageproces. Dit wil

¹⁴ Bron: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: DBC's. (21/4/2006 14:26)

¹⁵ Bron: *Intranet SFG*. (3/5/2006 14:49)

¹⁶ Bron: Burg, Y. e.a.: *Service Management Theorie 2*. (blz. 62)

¹⁷ Bron: Bedrijfschap Horeca en Catering. 'De toekomst van de voedingsorganisatie in de zorg'. (20/2/2006 8:56)

zeggen het samenvoegen van elders vervaardigde onderdelen tot één geheel. Deze verandering heeft te maken met de grote opkomst van convenienceproducten¹⁸.

Het SFG heeft in 2001 een productiekeuken neergezet waar ontkoppeld gekookt wordt. Bij de start van het ontkoppeld koken is begonnen met de invoering van convenienceproducten. Verwacht wordt dat in de toekomst het ontkoppeld koken blijft en het aantal convenienceproducten zal toenemen (zie het interview op bijlage 6 (blz. 59)).

3.5 Economische ontwikkelingen

De *belevingseconomie* is een belangrijk begrip geworden in de zorg. De kwaliteit van de medische behandelingen, het product, is vrijwel overal behoorlijk tot goed. De patiënten zullen daarom steeds vaker gaan letten op de omgeving waar ze worden behandeld.

Het gevolg hiervan is dat de secundaire voorzieningen goed geregeld moeten zijn, omdat deze een grote invloed hebben op de belevingseconomie. Te denken valt aan parkeren, bewegwijzering en voeding¹⁹.

Het SFG speelt op het gebied van voeding hierop in door nu al bijvoorbeeld twee keer per week een 'warm pistoletje' aan de patiënt aan te bieden. En in de toekomst zal de invoering van onder andere broodbuffetwagens het aanbieden van het 'warme pistoletje' uitbreiden naar meer dan twee keer per week.

3.6 Conclusie

In Nederland is binnen de zorg een aantal ontwikkelingen gaande die enerzijds de patiënt centraal zet en anderzijds te maken heeft met de bedrijfsvoering. Ontwikkelingen zijn:

- de vergrijzing is in opkomst (*demografische ontwikkeling*);
- de invoering van de nieuwe Zorgwet geeft ingrijpende wijzigingen in de organisatie en financiering van de zorg (*politiek-juridische ontwikkeling*);
- individualisering en multiculturalisering zijn twee belangrijke kenmerken voor de moderne samenleving in Nederland geworden (*sociaal-culturele ontwikkeling*);
- er vinden nieuwe innovaties plaats van productiemethoden en producten (*technologische ontwikkelingen*);
- de belevingseconomie is binnen de zorg een belangrijk begrip geworden (*economische ontwikkeling*).

Het SFG probeert zoveel mogelijk met deze ontwikkelingen mee te gaan. Daarbij gaat de maaltijdvoorziening van het SFG een steeds belangrijkere rol spelen in de bedrijfsvoering als in het totale verzorgingsproces van de patiënt.

¹⁸ Bron: NVLG: *Trend: assemblagekeukens*. (blz. 1 en 3)

¹⁹ Bron: 'Klant in het ziekenhuis'. In: De Volkskrant. 11/1/2006

4 Huidige situatie voedingsproces SFG

Het voedingsproces van de patiëntmaaltijden binnen het SFG wordt in eigen beheer uitgevoerd en centraal geregeld vanuit de eigen keuken van het SFG. Onder de patiëntmaaltijden wordt verstaan de maaltijden die bedoeld zijn voor de patiënten op de verpleegafdelingen van het SFG en de patiënten die een dagbehandeling ondergaan. Voor eigen beheer is gekozen, omdat de nadelen voor uitbesteden zwaarder wegen dan de voordelen. Kosten en flexibiliteit zijn belangrijke criteria voor deze beslissing (zie bijlage 6 (blz. 59)).

In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 4.1 eerst kort ingegaan op het verleden van de keuken van het SFG. Daarna wordt in paragraaf 4.2 en 4.3 de verschillende afdelingen die betrokken zijn bij het voedingsproces van de patiëntmaaltijden besproken. Wie zijn deze afdelingen, welke werkzaamheden hebben deze afdelingen en welke onderlinge invloed hebben de afdelingen. Daarna wordt in paragraaf 4.4 ingegaan op het budget van de afdeling Voeding. Tot slot wordt in paragraaf 4.5 een korte conclusie gegeven van dit hoofdstuk.

4.1 Van toen tot nu

Paragraaf 4.1 is geschreven naar aanleiding van een gehouden interview met een aantal medewerkers van het SFG die betrokken zijn bij het voedingsproces (zie bijlage 6 (blz. 59)).

Vóór 2001, toen de keuken voor de patiëntmaaltijden een andere locatie binnen het SFG kende, werd er gekoppeld gekookt. Dit wil zeggen dat de consumptie direct na bereiding plaatsvindt²⁰.

Om mee te gaan met de ontwikkelingen op de markt heeft het SFG in 2001 gekozen voor een geheel nieuwe backoffice van het maaltijdconcept, waar ontkoppeld koken zijn intrede deed. Ontkoppeld koken wil zeggen dat het moment van bereiding losgekoppeld wordt van het moment van consumptie met behulp van terugkoelen²¹.

Deze ingrijpende verandering in de organisatie heeft voornamelijk op arbeidskosten bespaard, maar de kosten voor de grondstoffen/ingrediënten zijn iets duurder geworden, namelijk door de invoering van convenienceproducten. In paragraaf 4.1.1 wordt hier uitgebreider op ingegaan.

De frontoffice van het maaltijdconcept, waarbij patiënten door middel van het invullen van een menulijst hun maaltijd voor de volgende dag aanvragen, is hetzelfde gebleven.

4.1.1 Leveranciers

De verandering van een gekoppelde keuken naar een ontkoppelde keuken heeft ook veranderingen meegebracht bij de leveranciers van de keuken van het SFG. De leveranciers zijn onder te verdelen in

²⁰ Bron: Burg, Y. e.a.: *Service Management Theorie 2*. (blz. 58)

²¹ Bron: Burg, Y. e.a.: *Service Management Theorie 2*. (blz. 62)

leveranciers voor het leveren van maaltijdcomponenten en leveranciers voor het leveren van grootkeukenapparatuur.

Bij de leveranciers die de maaltijdcomponenten leveren is een omschakeling te zien, van het leveren van onbewerkte grondstoffen vroeger, naar het leveren van geheel of gedeeltelijke convenienceproducten nu. Convenienceproducten zijn maaltijdcomponenten die door de leverancier gedeeltelijk of geheel zijn voorbereid, maar wel al kook- en/of bakklaar zijn²². Hierbij is de zorg voor de kwaliteit van de maaltijden steeds meer bij de leveranciers komen te liggen.

Wat de leveranciers voor het leveren van grootkeukenapparatuur betreft is een verschuiving te zien van het gekoppeld koken naar ontkoppeld koken, waarbij aanpassing nodig is van apparatuur.

4.1.2 Van voedingsassistent naar zorgassistent

Zo'n 6 à 7 jaar geleden heeft het SFG ervoor gekozen om de voedingsassistentes te vervangen door zorgassistentes. Waar de voedingsassistentes eerst de dagelijkse zorg rondom voeding en vocht hadden²³, leveren de zorgassistentes naast voeding en vocht ook assistentie aan verpleegkundigen en verzorgenden in alle fasen van het verpleegproces²⁴.

Voor deze verandering is gekozen, omdat het voornamelijk een besparing op de arbeidskosten is, waarbij zorgassistentes breder inzetbaar zijn dan voedingsassistentes.

4.2 De afdelingen

De volgende afdelingen binnen het SFG zijn betrokken bij het proces van de patiëntmaaltijden:

1. de voedingsadministratie;
2. de productiekeuken;
3. de portioneerkeuken;
4. de verpleegafdelingen van het SFG;
5. de logistiek;
6. de afwaskeuken.

In de volgende paragrafen wordt per afdeling kort verteld waar zij zich mee bezig houden.

Voor een uitgebreid verslag over de afdelingen, met uitzondering van de afdelingen afwaskeuken en logistiek, wordt verwezen naar de bijlagen 7 tot en met 10 (blz. 61 t/m 72), waar ook de gebruikte bronnen vermeld staan.

4.2.1 Voedingsadministratie

De voedingsadministratie staat in het middelpunt van het proces van de patiëntmaaltijden.

²² Bron: Burg, Y. e.a: *Service Management Theorie 2*. (blz. 77)

²³ Bron: www.voedingsassistent.nl (19/3/2006 10:06)

²⁴ Bron: *Functiebeschrijving zorgassistent SFG*

Het proces vindt plaats door middel van het softwareprogramma Foodcare. Foodcare is een integraal voedingsdistributie- en managementsysteem en is geschikt voor alle voedingsaanvragen van patiënten en ondersteunt het kookproces.

Het softwareprogramma Foodcare staat gekoppeld aan het softwareprogramma Chipsoft EZis.

Chipsoft EZis is sinds 2003 door het SFG in productie genomen en is een ziekenhuis informatiesysteem. In Chipsoft EZis worden patiënten die opgenomen worden geregistreerd, maar ook onder andere ontslagen en overgeplaatste patiënten worden geregistreerd. Door de koppeling tussen Foodcare en Chipsoft EZis, worden de gegevens van de patiënt die ingevoerd zijn in Chipsoft EZis, ook automatisch met een snelle verbinding geregistreerd in Foodcare (real time).

Met betrekking tot de patiëntmaaltijden, heeft de voedingsadministratie onder andere de volgende werkzaamheden:

- bandkaarten²⁵ en bakcodes voor de portioneerkeuken uitdraaien;
- menulijsten voor de verpleegafdelingen uitdraaien;
- inkopen van goederen bij leveranciers;
- prognose en definitieve productielijsten voor de productiekeuken uitdraaien (zie ook paragraaf 4.2.2);
- tussentijdse wijzigingen van patiëntmaaltijden doorvoeren in Foodcare;
- nieuwe menusamenstellingen doorvoeren in het softwareprogramma Foodcare.

Voor een uitgebreid verslag over de voedingsadministratie, wordt verwezen naar bijlage 7 (blz. 61).

4.2.2 Productiekeuken

Het SFG kent een eigen productiekeuken, waar de maaltijden (ontbijt, lunch en diner) voor de patiënten van het SFG ontkoppeld bereid worden (definitie ontkoppeld koken zie paragraaf 4.1). Naast de gewone patiëntmaaltijden bereidt de productiekeuken ook onder andere dieetmaaltijden voor.

De productiekeuken bereidt de patiëntmaaltijden op de volgende manieren:

- *Cook chill (20%)*
 - ➔ de componenten worden één tot drie dagen voor consumptie bereid. Dit gebeurt met gedeeltelijke convenienceproducten (zoals aardappelen, verse groenten en pasta).
- *Koud koken (20%)*
 - ➔ dit gebeurt bij het bereiden van sauzen, soepen en toespijken.
- *Kant-en-klaar (60%)*
 - ➔ convenienceproducten (zoals vlees, diepvries groenten) die door de leverancier geheel zijn voorbereid en alleen nog maar geportioneerd hoeven te worden.

²⁵ Een bandkaart bevat enerzijds informatie voor de portioneerkeuken (bakcodes) en anderzijds informatie over de patiënt en de maaltijdsamenstelling. Bron: *Handboek automatiseringsprogramma Foodcare*.

Om in te schatten hoeveel maaltijden per dag gemaakt moeten worden, draait de voedingsadministratie één keer per week prognoselijsten voor zeven productiedagen uit. Daarnaast ontvangt de productiekeuken ook nog elke dag een definitieve productielijst.

Omdat het SFG een ziekenhuis is waar patiënten komen en gaan, is het nooit precies te voorspellen hoeveel maaltijden per dag bereid moeten worden. Om niet kort te schieten in de vraag naar maaltijden, zorgt de productiekeuken altijd voor een buffer.

In de productiekeuken zijn twee koks aanwezig. Zij zien *efficiency* en *HACCP* als belangrijke begrippen en dit wordt dan ook zoveel mogelijk toegepast.

Efficiency wil zeggen doelmatig werken om zo laag mogelijke kosten te bereiken²⁶. *HACCP* is een preventief systeem voor het beheersen van gevaren (risico's) bij het bereiden van voedsel²⁷.

Voor een uitgebreid verslag over de productiekeuken, wordt verwezen naar bijlage 8 (blz. 63).

4.2.3 Portioneerkeuken

In de portioneerkeuken zijn de werkzaamheden tijdgebonden. Drie keer op een dag worden de maaltijden koud geportioneerd. Zodra de maaltijden geportioneerd zijn, worden ze in maaltijdkarren gezet. Deze maaltijdkarren worden naast de portioneerkeuken in een aparte ruimte gezet, waar het proces van regenereren kan plaatsvinden, behalve bij de ontbijtmaaltijd.

Regenereren wil zeggen het verwarmen van maaltijden tot een minimale verstrekkings temperatuur van 75 graden Celsius.

Nadat de maaltijden het regenereringsproces hebben doorlopen, zorgen de medewerkers van de afdeling logistiek diezelfde dag nog, dat de maaltijdkarren naar de verpleegafdelingen van het SFG gebracht worden (zie ook paragraaf 4.2.5).

Naast het portioneren van de maaltijden, zijn de medewerkers van de portioneerkeuken ook werkzaam in de afwaskeuken waar de afwas van het servies plaatsvindt.

Voor een uitgebreid verslag over de portioneerkeuken, wordt verwezen naar bijlage 9 (blz. 66).

4.2.4 Verpleegafdelingen SFG

Op de verpleegafdelingen van het SFG, hebben de *zorgassistentes* als deeltaak ervoor te zorgen dat de patiënten voorzien worden van voeding en vocht.

Met betrekking tot de patiëntmaaltijden, hebben de zorgassistentes de volgende werkzaamheden:

- het uitdelen van de maaltijden en als het nodig is de patiënt begeleiden met eten. Na afloop de dienbladen weer ophalen en terugzetten in de maaltijdkarren;
- de menulijsten uitdelen en als het nodig is de patiënt helpen met invullen;
- de gegevens van de menulijsten invoeren in de computer (in het softwareprogramma Foodcare);

²⁶ Bron: Keuning, D. en Eppink, D.J.: *Management & Organisatie*. (blz. 114)

²⁷ Bron: Mathôt, P. e.a: *Hospitality Management*. (blz. 235)

- wijzigingen van de patiëntmaaltijden doorvoeren in de computer (in het softwareprogramma Foodcare) of telefonisch doorgeven aan de voedingsadministratie.

Voor een uitgebreid verslag over een verpleegafdeling, wordt verwezen naar bijlage 10 (blz. 67).

4.2.5 Logistiek

Binnen het SFG is de logistiek verantwoordelijk dat de verpleegafdelingen van het SFG drie keer per dag de patiëntmaaltijden krijgen. Er is vanuit de keuken, deze bevindt zich op de begane grond, een lift die bij alle verpleegafdelingen komt.

Nadat de patiënten hun maaltijd genuttigd hebben en de zorgassistentes de dienbladen weer in de maaltijdkarren gezet hebben, halen de medewerkers van de logistiek de maaltijdkarren weer op en brengen deze naar de afwaskeuken die zich in de keuken van het SFG bevindt.

Het vervoeren van de maaltijdkarren naar de verpleegafdelingen en terug naar de keuken, gebeurt op vaste tijdstippen²⁸.

4.2.6 Afwaskeuken

De afwaskeuken zorgt ervoor dat zowel het servies van de patiëntmaaltijden, als de glazen, kopjes et cetera van de patiënten, afgewassen wordt. De keuken van het SFG maakt gebruik van zowel porseleinen als kunststof servies.

Het afwassen gebeurt aan een lopende band, waar in totaal vier personen aan staan. Eén persoon zet de dienbladen op de band. Twee personen halen de rommel eraf en zetten het servies in de afwasmachine. En aan de andere kant van de machine staat de laatste persoon, die het servies opruimt.

De werkzaamheden vinden drie keer op een dag plaats en op vaste tijdstippen²⁹.

4.3 Onderlinge invloed afdelingen

De onderlinge invloed tussen de verschillende afdelingen die in de vorige subparagrafen beschreven zijn, is sterk.

Doordat alle werkzaamheden in het voedingsproces tijdgebonden verlopen, kan het wel eens voorkomen dat als één afdeling te laat iets levert, de werkzaamheden van de afdelingen die daarna aan de beurt zijn in het voedingsproces ook uitlopen.

Voorbeeld: als de medewerkers van de logistiek de maaltijdkarren niet op tijd bij de verpleegafdelingen brengen, dan loopt het rooster van de zorgassistentes uit en dit heeft weer directe gevolgen voor de afwaskeuken, omdat zij ook weer later kunnen starten met het afwassen van het servies.

Een ander probleem dat invloed kan hebben in het voedingsproces, is dat de zorgassistentes op de verpleegafdelingen wijzigingen van patiëntmaaltijden niet altijd op tijd door kunnen geven aan de

²⁸ Bron: meegekregen tijdens het observeren van de huidige situatie.

²⁹ Bron: meegekregen tijdens het observeren van de huidige situatie.

voedingsadministratie. Het gevolg hiervan is dat er vaak meer maaltijden bereidt en geportioneerd worden dan nodig is.

Voorbeeld: een arts heeft om 11.00 uur besloten dat een patiënt de rest van de dag nuchter moet blijven, omdat deze patiënt de volgende dag geopereerd wordt. Als een zorgassistent deze wijziging wil doorgeven aan de voedingsadministratie zijn de maaltijden door de portioneerkeuken al geportioneerd. Als de verpleegafdeling om 12.00 uur de lunchmaaltijden krijgt, wordt de maaltijd ongebruikt weer in de kar teruggezet omdat de patiënt niet mag eten.

4.4 Budget afdeling Voeding

De afdeling Voeding binnen het SFG wordt gefinancierd door middel van een vooraf opgesteld budget. Het budget voor de afdeling Voeding wordt bepaald door middel van het maken van een begroting voor het komende jaar. Bij het budget voor de afdeling Voeding is onderscheid gemaakt tussen de 'keuken', 'afwaskeuken' en 'restaurant'. Het restaurant wordt hier buiten beschouwing gelaten, omdat deze afdeling zelfstandig draait. De kostenposten van het budget bestaan uit personele kosten, materiële kosten en afschrijvingen (kapitaalslasten). De afdeling Voeding kent géén opbrengsten. In bijlage 11 (blz. 73) is een deel van de begroting van 2006 en tevens het budget voor 2006 van de afdeling Voeding weergegeven.

Voor de keuken (bestaat uit kosten voor productiekeuken en voedingsadministratie) en de afwaskeuken (bestaat uit kosten voor portioneerkeuken en afwaskeuken) is voor 2006 het volgende begroot en dit is tevens het budget voor 2006: keuken → € 1.382.293,- en afwaskeuken → € 778.835,-. In totaal komt dit neer op € 2.161.128,-. *budget voor de patiëntmaaltijden voor 2006*⁸⁰.

De afdeling logistiek en de verpleegafdelingen die ook onderdeel zijn van het voedingsproces, krijgen voor de werkzaamheden met betrekking tot het voedingsproces een eigen budget toegekend.

4.5 Conclusie

Het voedingsproces van de patiëntmaaltijden binnen het SFG wordt in eigen beheer uitgevoerd en centraal geregeld vanuit de eigen keuken van het SFG. Onder de patiëntmaaltijden wordt verstaan het ontbijt, de lunch en avondmaaltijd, bedoeld voor de patiënten op de verpleegafdelingen van het SFG en de patiënten die een dagbehandeling ondergaan. In 2001 is een omslag gemaakt in de backoffice van het maaltijdconcept, namelijk van gekoppeld koken naar ontkoppeld koken. De frontoffice van het maaltijdconcept is hetzelfde gebleven, namelijk door middel van een menulijst die door de patiënt één dag van tevoren ingevuld moet worden.

De voedingsadministratie, productiekeuken, portioneerkeuken, verpleegafdelingen van het SFG, logistiek en de afwaskeuken zijn betrokken in het voedingsproces en kennen onderling een sterke relatie met elkaar.

De afdeling Voeding wordt gefinancierd door middel van een vooraf opgesteld budget. Dit budget wordt bepaald door middel van het maken van een begroting voor het komende jaar. Het budget voor de patiëntmaaltijden voor 2006 is afgerond 2,2 miljoen euro.

³⁰ Bron: Bureau Informatie en Control: *Begroting 2006 Voeding*

5 Ongebruikte retourmaaltijden

Het SFG heeft met het huidige maaltijdconcept last van ongebruikte retourmaaltijden, die als afval in de afvalbakken van de afwaskeuken verdwijnt.

In dit hoofdstuk wordt eerst in paragraaf 5.1 het aantal ongebruikte retourmaaltijden besproken. Opvolgend daarop wordt in paragraaf 5.2 de oorzaken van deze ongebruikte retourmaaltijden besproken. In paragraaf 5.3 wordt de verhouding van de aantallen en de oorzaken van de ongebruikte retourmaaltijden met de verpleegafdelingen besproken. In paragraaf 5.4 worden de kosten van de ongebruikte retourmaaltijden besproken. Tot slot wordt in paragraaf 5.5 een korte conclusie van dit hoofdstuk beschreven.

5.1 Aantal

Uit een eerder onderzoek dat in 2005 binnen het SFG gehouden is, is geconstateerd dat er *per dag*, over een periode van 4 weken, gemiddeld 10% van de ontbijt-, lunch- en avondmaaltijden van de patiënten ongebruikt retour terugkomt naar de keuken van het SFG³¹.

Om te achterhalen of de circa 10% ongebruikte retourmaaltijden in 2006 nog geldt, is in 2006 in de periode van 27 februari tot 19 maart, in totaal 10 dagen bijgehouden hoeveel maaltijden ongebruikt retour zijn teruggekomen. Onderzoek is gehouden onder de ontbijt-, lunch- en avondmaaltijden van alle interne verpleegafdelingen van het SFG en de maaltijden van de dagbehandelingen. De patiënten van de dagbehandeling krijgen alleen een ontbijt en lunchmaaltijd.

Tijdens het onderzoek van 10 dagen, zijn van de 10.592 maaltijden, 802 maaltijden ongebruikt retour teruggekomen. Dit komt op gemiddeld 7,6% maaltijden dat ongebruikt retour terugkomt. De dag met het laagste percentage kwam op 4,9% en de dag met het hoogste percentage was 11,2% (zie bijlage 12 (blz. 74)).

5.2 Oorzaken

Om te achterhalen wat de voornaamste oorzaken zijn van de gemiddeld 7,6% maaltijden die tijdens het onderzoek ongebruikt retour zijn teruggekomen in de keuken van het SFG, is dit aan de patiënt zelf gevraagd of als dit niet mogelijk was aan de zorgassistent en/of verpleegkundigen op de verpleegafdeling.

Uit dit onderzoek is gebleken dat er verschillende soorten oorzaken zijn waarom maaltijden ongebruikt retour terugkomen in de keuken van het SFG. Er zijn oorzaken gevonden die enerzijds te maken hebben met de behoefte van de patiënt aan eten en anderzijds met het op tijd doorgeven van een

wijziging. Zo zijn oorzaken als: *geen trek, krijgt eten van thuis, haalt eten uit restaurant* en *vindt het eten niet lekker*, niet te voorspellen in het voedingsproces en heeft met het huidige maaltijdconcept geen invloed om het aantal ongebruikte retourmaaltijden te laten dalen.

Oorzaken als: *ontslagen, patiënt moet nuchter zijn* en *overplaatsing naar andere afdeling*, zijn beter te voorspellen in het voedingsproces en als deze wijzigingen op tijd door gegeven worden aan de voedingsadministratie, zal het aantal ongebruikte retourmaaltijden kunnen dalen.

In bijlage 13 (blz. 75) is te zien dat de grootste oorzaak te maken heeft dat patiënten voor het serveren van de maaltijd *ontslagen* zijn uit het ziekenhuis. Dit kwam 226 keer voor van de in totaal 802 ongebruikte retourmaaltijden, dit is afgerond 28% van het totaal aantal maaltijden dat tijdens het onderzoek ongebruikt retour is teruggekomen.

Redenen waarom er toch maaltijden geserveerd worden, is onder andere:

- De patiënt is met weekendverlof. De patiënt is door de verpleegafdeling niet uitgeschreven in Chipsoft Ezis, dat in verbinding staat met Foodcare (systeem voor onder andere voedingsaanvragen van patiënten).
- De zorgassistenten kunnen voor bepaalde tijdstippen doorgeven aan de voedingsadministratie dat patiënten geen maaltijd hoeven, maar er is pas na dat tijdstip door de artsen besloten dat de patiënt naar huis mag.
- De dagbehandelingen van de verpleegafdeling Oncologie kan ook gerekend worden tot de oorzaak van ontslag. Dit kwam 34 keer voor van de 802 ongebruikte retourmaaltijden. Dit komt doordat deze patiënten vóór het serveren van de avondmaaltijd al naar huis zijn en dit wordt door de verpleegafdeling niet op tijd of helemaal niet doorgegeven.
- Sommige verpleegafdelingen gaven aan dat zij doorgeven van een wijziging teveel werk vinden en laten de maaltijden gewoon naar de afdeling komen.

De één na grootste oorzaak, dat 176 keer gemeld werd en afgerond 22% van het aantal ongebruikte maaltijden is, kwam doordat patiënten *geen trek* hadden. Redenen hiervoor zijn onder andere dat de patiënten net een operatie achter de rug hadden en hierdoor misselijk waren en dus geen trek, maar ook de ziekte zelf verminderd de eetlust of is geheel weg.

Op de derde plaats, dat 98 keer gemeld werd en afgerond 12% van het aantal ongebruikte maaltijden is, kwam doordat de patiënt *nuchter* moest zijn. Reden waarom de patiënt nuchter moest zijn is onder andere dat deze de volgende dag of op de dag zelf een operatie of een onderzoek onderging.

Daarnaast zijn '*kan niet eten*' en '*mag alleen vloeibaar*' de meest voorgekomen oorzaken voor de ongebruikte retourmaaltijden.

³¹ Bron: Buitelaar, S.: *Thought's for Food and Health*. (blz. 44)

Bij 144 van de 802 maaltijden, dit is afgerond 18% van het totaal aantal ongebruikte retourmaaltijden, is de *oorzaak onbekend*. Dit komt onder andere doordat de patiënt al naar huis is, slaapt of vergeetachtig is geworden door de medicijnen en de zorgassistent en/of verpleegkundigen de oorzaak ook niet konden vertellen.

5.3 Verhouding aantallen en oorzaken met verpleegafdelingen

Tijdens het onderzoek is ook onderzocht hoe de verhouding van de aantallen ongebruikte retourmaaltijden en de oorzaken van de ongebruikte retourmaaltijden bij de verpleegafdelingen is. Zie ook bijlage 14 (blz. 76) waar de aantallen ongebruikte retourmaaltijden per verpleegafdeling staan weergegeven in een tabel en bijlage 15 (blz. 77) waar, alleen de meest voorgekomen, oorzaken in grafieken per verpleegafdeling staan weergegeven.

Wat opvalt is dat bij de dagbehandelingen en de Intensive Care, in de onderzoeksperiode van 10 dagen, geen één maaltijd ongebruikt is teruggekomen. Dit komt doordat bij de dagbehandelingen de maaltijden actueel besteld worden. Dit wil zeggen het aantal maaltijden naar het aantal patiënten dat die dag aanwezig is. Bij de afdeling Intensive Care worden in principe minder maaltijden verstrekt dan het aantal patiënten dat er ligt. Dit wordt gedaan omdat de meeste patiënten sondevoeding (dit is voeding dat via een slangetje naar de maag gaat) krijgen.

De verpleegafdelingen die uitschieten in het aantal ongebruikte retourmaaltijden zijn:

- *Hematologie/Oncologie* (VONC) met 110 van de 802 geserveerde maaltijden (13,7%). De grootste oorzaak van de 110 ongebruikte retourmaaltijden ligt bij de dagbehandeling (deze verpleegafdeling is de enige in het SFG die op de eigen afdeling dagbehandelingen doet), daarna komt geen trek en ontslagen op dezelfde plek als één na grootste oorzaak.
- *Verloskunde* (VVK) met 19 van de 147 geserveerde maaltijden (12,9%). De grootste oorzaak is dat de patiënten ontslagen zijn, daarna komt als oorzaak dat de patiënten op het moment dat de maaltijden uitgeserveerd worden aan het bevallen zijn.
- *Maag-Darm-Leverziekte* (VGE) met 89 van de 751 geserveerde maaltijden (11,9%). De grootste oorzaak is dat de patiënten nuchter moeten zijn, daarna komt als één na grootste oorzaak dat de patiënten ontslagen zijn.
- *Orthopedie* (VORT) met 92 van de 789 geserveerde maaltijden (11,7%). De grootste oorzaak is dat de patiënten geen trek hebben, daarna komt als één na grootste oorzaak dat de patiënten nuchter moeten zijn.
- *Gynaecologie* (VVER) met 79 van de 732 geserveerde maaltijden (10,8%). De grootste oorzaak is dat de patiënten ontslagen zijn, daarna komt als één na grootste oorzaak dat de patiënten geen trek hebben.

5.4 Kosten

Om de kosten voor de ongebruikte retourmaaltijden te berekenen, is een integrale kostprijs voor een maaltijd nodig. Een precieze integrale kostprijs voor een maaltijd is binnen het SFG niet aanwezig, wel heeft het hoofd Voeding een globale schatting gemaakt. De integrale kostprijs van een maaltijd bestaat uit de ingrediëntkosten, personeelskosten en overige kosten (dit bestaat onder andere uit energiekosten en huisvestingskosten). In bijlage 16 - punt 1 (blz. 79) is te zien hoe de integrale kostprijs voor de patiëntmaaltijden van het SFG voor het ontbijt-, de lunch- en avondmaaltijd is opgebouwd.

De integrale kostprijs van een maaltijd is geschat op:

Ontbijtmaaltijd	€ 3,58
Lunchmaaltijd	€ 3,83
Avondmaaltijd	€ 7,08
Totale kosten per voedingsdag:	€ 14,50 (op één cent naar boven afgerond)

De kosten voor de ongebruikte maaltijden komt neer op zo'n € 460,- *per dag*. Dit is afgerond € 167.000,- *kosten op jaarbasis* (zie bijlage 16 - punt 2 (blz. 79)).

Het aantal ongebruikte retourmaaltijden dat op jaarbasis afgerond € 167.000,- kost, is afgerond 8% van het totale budget voor de afdeling Voeding (uitgaande dat het budget elk jaar rond de 2 miljoen euro is). Zie paragraaf 4.4 voor meer informatie over het budget van de afdeling Voeding.

5.5 Conclusie

Het huidige maaltijdconcept van het SFG heeft, na een onderzoeksperiode van 10 dagen, per dag gemiddeld 7,6% ongebruikte retourmaaltijden. De 7,6% ongebruikte retourmaaltijden is een gemiddelde en kan dus per dag hoger of lager zijn.

Tijdens het onderzoek zijn oorzaken voor de ongebruikte retourmaaltijden gevonden die enerzijds te maken hebben met de behoefte van de patiënt aan eten en anderzijds met het op tijd doorgeven van een wijziging.

De meest voorgekomen oorzaken binnen het SFG voor de ongebruikte retourmaaltijden zijn:

- patiënten zijn ontslagen uit het ziekenhuis (28%);
- patiënten hebben geen trek (22%);
- patiënten moeten nuchter zijn voor operatie of onderzoek (12%).

Er is een verhouding te zien tussen het aantal ongebruikte retourmaaltijden bij de verschillende verpleegafdelingen van het SFG. Zo scoort de verpleegafdeling Hematologie/Oncologie het meeste aantal ongebruikte retourmaaltijden, waarvan de grootste oorzaak de dagbehandeling is, waarbij de

patiënten al naar huis zijn. Daar tegenover hebben de Dagbehandelingen en de Intensive Care tijdens het onderzoek allebei geen ongebruikte retourmaaltijden gehad.

Het aantal ongebruikte retourmaaltijden kost per dag ongeveer € 460,-. Dit is afgerond zo'n € 167.000,- op jaarbasis. Dit is afgerond 8% van het totale budget dat bestemd is voor de voedingsadministratie, productiekeuken, portioneerkeuken en afwaskeuken van het SFG.

6 Maaltijdconcepten binnen de gezondheidszorg

Binnen de gezondheidszorg worden verschillende maaltijdconcepten gebruikt voor het bereiden en serveren/distribueren van de patiëntmaaltijden^{32 en 33}. In de paragrafen 6.1 tot en met 6.3 worden de meest gebruikelijke maaltijdconcepten binnen de gezondheidszorg beschreven en daarnaast wordt bij elk maaltijdconcept een voorbeeld gegeven in een bestaande zorginstelling. Vervolgens wordt in de paragrafen 6.4 tot en met 6.6 de maaltijdconcepten op verschillende punten met elkaar vergeleken en uiteindelijk geconcludeerd welk maaltijdconcept het meest geschikt is voor het SFG.

6.1 Traditioneel

Het maaltijdconcept “*traditioneel*” wil zeggen dat de patiënten één dag van tevoren op een menulijst invullen wat zij de volgende dag willen eten. De maaltijden worden dan in een keuken bereid, dit kan bijvoorbeeld een productiekeuken of een assemblagekeuken zijn³⁴. Een productiekeuken is een hoofdkeuken waar alles geproduceerd en voorbereid wordt. Een assemblagekeuken wordt in hoofdstuk 3, paragraaf 3.4, beschreven.

Bij het maaltijdconcept “traditioneel” worden de maaltijden rechtstreeks uit de keuken naar de patiënt gebracht. De maaltijden worden eerst in de keuken geportioneerd en bij ontkoppeld koken ook nog geregenereerd en direct daarna getransporteerd naar de afdelingen.

6.1.1 Vlietland Ziekenhuis Schiedam

Het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam (VZS) maakt net als het SFG (zie ook hoofdstuk 4 ‘Huidige situatie voedingsproces SFG’), gebruik van het maaltijdconcept “*traditioneel*”, waarbij de patiënten door middel van een menulijst één dag van tevoren hun maaltijdkeuze door moeten geven.

Binnen het VZS worden de maaltijdcomponenten in een eigen productiekeuken gekoppeld gekookt, geportioneerd aan een lopende band en getransporteerd naar de verpleegafdelingen. De voedingsassistenten zijn onderdeel van de verpleegafdelingen en delen het eten uit.

Het VZS heeft net als het SFG met dit maaltijdconcept last van ongebruikte retourmaaltijden. Dit is bij het VZS per maaltijdmoment zo’n 5% van de 175 à 200 maaltijden.

De integrale kostprijs voor een maaltijd van het maaltijdconcept “traditioneel” is binnen het VZS niet bekend.

Voor een uitgebreid verslag over het maaltijdconcept “traditioneel” binnen het VZS, wordt verwezen naar bijlage 17 (blz. 80)³⁵.

³² Bron: Wielinga, C. e.a: *Voedingsambiances in de zorg*

³³ Bron: Voedingsdiensten top 100 2005

³⁴ Bron: Wielinga, C. e.a: *Voedingsambiances in de zorg*. (blz. 72)

³⁵ Bron: Dirk Ploeg, hoofd Keuken: Vlietland Ziekenhuis Schiedam

6.1.2 Voor- en nadelen traditioneel

Tot slot worden hieronder in een tabel de voor- en nadelen van het maaltijdconcept “traditioneel” op een rijtje gezet.

Voordelen	Nadelen
Het is altijd één dag van tevoren bekend wat gemaakt moet worden.	Patiënt kan niet altijd kiezen wat hij/zij wil eten. Dit komt doordat een patiënt de eerste dag van opname een standaardmaaltijd krijgt. Voor dag twee kan hij/zij zijn eigen keuze maken.
Maaltijden uitdelen gaat relatief snel. Dit wordt door één persoon gedaan.	Last van ongebruikte retourmaaltijden.
	Patiënt moet één dag van tevoren zijn maaltijdkeuze doorgeven.
	Contact met personeel is kort, omdat alleen een dienblad aan de patiënt gegeven wordt.

6.2 Broodbuffetwagens en meals-on-wheels

Broodbuffetwagens zijn verrijdbare wagens waarmee componenten voor de broodmaaltijd worden gedistribueerd.

Meals-on-wheels is letterlijk ‘maaltijd op wielen’. Dit is een verrijdbare buffetwagen waarmee warme maaltijdcomponenten kunnen worden gedistribueerd³⁶.

Deze maaltijdconcepten houden zich meer bezig met de logistiek dan met de productie van de voeding, waarbij de frontoffice een belangrijke taak heeft gekregen in het voedingsproces. Bij deze maaltijdconcepten gaat het niet zozeer om hoe men de maaltijden produceert, maar hoe men deze op de juiste wijze aan de consument aanbiedt³⁷.

6.2.1 Diaconessenhuis Leiden

Het Diaconessenhuis Leiden (DHL) is een algemeen ziekenhuis, dat zowel gebruik maakt van *broodbuffetwagens* als *meals-on-wheels*. De maaltijden zijn alleen bedoeld voor de patiënten en worden geserveerd in de patiëntkamers. De voedingsassistenten van de verpleegafdelingen zijn verantwoordelijk voor de maaltijden, omdat zij gespecialiseerd zijn in voeding. Daarnaast krijgen zij in de ochtend en middag hulp van de afdelingsassistent(e) en voor de avondmaaltijden worden zij geholpen door een verpleegkundige. Hier is voor gekozen enerzijds om tijd te besparen en anderzijds kunnen deze twee personen samen de nodige kennis leveren wat de patiënt aan voeding nodig heeft. De voedingsassistent heeft namelijk kennis van voeding en de afdelingsassistent(e)/verpleegkundige heeft kennis van de medische kant.

³⁶ Bron: Wielinga, C. e.a: *Voedingsambiances in de zorg*. (blz. 72 en 73)

³⁷ Bron: Management Kennisbank: *Zorglogistiek als succesfactor binnen consumptieve dienstverlening*. (24/4/2006 10:28)

Hieronder wordt per maaltijdconcept uitgelegd hoe de werking binnen het DHL is met de twee maaltijdconcepten.

- *Broodbuffetwagens*

Het DHL is sinds 1 april 2004 werkzaam met de broodbuffetwagens voor het ontbijt en de lunch maaltijden. De broodbuffetwagens staan 24 uur in de keukens van de verpleegafdelingen. Dit is mogelijk omdat de accu van de broodbuffetwagen opgeladen kan worden met een elektriciteitstoevoer van 220 Volt. De voedingsassistent en afdelingsassistent(e) gaan met de broodbuffetwagen langs de bedden van de patiënten. Op deze manier kunnen de patiënten à la minuut bepalen hoeveel en wat zij willen eten.

- *Meals-on-wheels*

Het maaltijdconcept meals-on-wheels (ook wel buffetwagens voor de warme maaltijden genoemd) is sinds 1 februari 2005 binnen het DHL in werking getreden en is bedoeld voor de avondmaaltijden (de warme maaltijden) van de patiënten.

Het DHL kent een assemblagekeuken, waar convenienceproducten de overhand hebben. De maaltijdcomponenten worden in bulk geportioneerd (in bakjes bedoeld voor drie personen), opgewarmd in de buffetwagens en getransporteerd naar de afdelingen.

Net als bij de broodbuffetwagen gaat de voedingsassistent en in dit geval ook een verpleegkundige met de buffetwagen langs de bedden van de patiënten. En ook hier kunnen de patiënten à la minuut bepalen hoeveel en wat zij willen eten. Elke dag worden er twee menu's aangeboden, maar de patiënt kan ook zijn eigen menu samenstellen, door middel van de aangeboden maaltijdcomponenten.

Alles wat overblijft van de warme maaltijden wordt weggegooid. Dit varieert per dag van zo'n 10 tot 15% aan resten van voeding. Redenen hiervoor zijn onder andere dat sommige patiënten kleinere porties wensen, de extra voedingsmiddelen die worden aangeboden en wanneer patiënten ontslagen worden de communicatie met de voedingsassistenten over het ontslag van de patiënt ten onrechte achterwege is gebleven. De ervaring leert hier rekening mee te houden.

De integrale kostprijs voor een maaltijd van de twee maaltijdconcepten was binnen het DHL niet bekend.

Voor een uitgebreid verslag over de maaltijdconcepten broodbuffetwagen en meals-on-wheels binnen het DHL, wordt verwezen naar bijlage 18 (blz. 82)³⁸.

6.2.2 Voor- en nadelen broodbuffetwagens en meals-on-wheels

Tot slot wordt op de volgende pagina in een tabel de voor- en nadelen van de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels op een rijtje gezet.

Voordelen	Nadelen
Bespaart administratieve handelingen.	Twee personen per wagen. Zij zijn hierdoor twee minuten per patiënt kwijt.
Leverd een bijdrage aan gastvrijheid, omdat de patiënt à la minuut bepaalt wat hij/zij wil eten en hoeveel ³⁹ .	
Contact met personeel is lang, omdat de maaltijd bij de patiënt zelf geportioneerd wordt.	
Logistiek gezien goed te organiseren.	
Geen last van ongebruikte retourmaaltijden, maar wel last van voedselresten.	

6.3 Sattelietkeuken met restaurant

Het laatste maaltijdconcept dat in dit rapport beschreven wordt is de sattelietkeuken met daaraan gekoppeld een restaurant. Een sattelietkeuken, wordt ook wel een uitgiftekeuken genoemd, is een kleine keuken waar de maaltijdcomponenten een laatste bereiding krijgen en worden afgewerkt en doorgegeven⁴⁰.

6.3.1 Sensire Den Ooiman Doetinchem

Sensire Den Ooiman (SDO) is een verpleeghuis in Doetinchem, waarvan de gemiddelde leeftijd 58+ is. SDO kent het maaltijdconcept van sattelietkeuken met restaurant, dat alleen toegepast wordt voor de warme maaltijd, dat in de middag (tussen 12.00 en 14.30 uur) geserveerd wordt. De broodmaaltijden worden op de afdelingen zelf geserveerd en genuttigd.

De maaltijdcomponenten worden deels ontkoppeld en deels gekoppeld bereid in de productiekeuken van het verpleeghuis, waar zowel gebruik wordt gemaakt van convenienceproducten als onbewerkte grondstoffen. De maaltijdcomponenten worden in de productiekeuken in bulk geportioneerd en daarna naar de sattelietkeuken gebracht, waar de maaltijdcomponenten in charges opgewarmd worden. Hiervoor is gekozen om aan het einde van de lunch zo min mogelijk voedselresten over te houden. Elke dag worden er twee menu's aangeboden, waar de bewoners zelf hun maaltijd van kunnen samenstellen.

Het maaltijdconcept van sattelietkeuken met restaurant kent geen ongebruikte retourmaaltijden, dit komt mede doordat de bewoners à la minuut kunnen bepalen wat en hoeveel zij willen eten. Wel kent het voedselresten, want alles wat overblijft (koud of warm) wordt na het serveren weggegooid. In werkelijkheid blijft er 6,5% per dag aan voedselresten (derving) over.

³⁸ Bron: Michiel Terra, hoofd Voeding: Diaconessenhuis Leiden

³⁹ Bron: www.rzgs.nl (16/3/2006 13:17)

De integrale kostprijs van een maaltijd is binnen SDO niet bekend, wel de voedingsdagprijs voor de warme maaltijd (lunch). De voedingsdagprijs van een warme maaltijd bedraagt in het restaurant € 7,45. Deze is opgebouwd uit het voedingsbudget plus de personele kosten delen door het aantal bewoners maal het aantal dagen.

Voor een uitgebreid verslag over het maaltijdconcept sattelietkeuken met restaurant binnen SDO, wordt verwezen naar bijlage 19 (blz. 84)⁴¹.

6.3.2 Voor- en nadelen sattelietkeuken met restaurant

Tot slot worden hieronder in een tabel de voor- en nadelen van het maaltijdconcept sattelietkeuken met restaurant op een rijtje gezet.

Voordelen	Nadelen
Bewoners kunnen à la minuut kiezen hoeveel en wat zij willen eten.	Wachttijd is lang. Het restaurant heeft niet voor alle bewoners tegelijkertijd ruimte.
Betere voedselinname door de bewoners, omdat de bewoners méér contact met elkaar hebben.	De opzet van dit concept vraagt veel ruimte.
De keuken kan flexibel inspelen op de wensen van de bewoners.	
Geen last van ongebruikte retourmaaltijden, maar wel last van voedselresten.	

6.4 Vergelijking voor- en nadelen maaltijdconcepten

Op basis van de voor- en nadelen van de vier maaltijdconcepten die in de paragrafen 6.1 tot en met 6.3 beschreven staan, is te zien dat de maaltijdconcepten broodbuffetwagens, meals-on-wheels en sattelietkeuken met restaurant géén ongebruikte retourmaaltijden kennen (maar wel voedselresten) en dat deze maaltijdconcepten een bijdrage leveren aan gastvrijheid waarbij de patiënten à la minuut kunnen bepalen hoeveel en wat zij willen eten. Ook is bij het maaltijdconcept sattelietkeuken met restaurant te zien dat contact een belangrijke rol speelt bij goede voedselinname.

Dit alles in tegenstelling met het maaltijdconcept “traditioneel”, waar het SFG in de huidige situatie gebruik van maakt. Dit maaltijdconcept heeft wel last van ongebruikte retourmaaltijden en de patiënten kunnen niet à la minuut kiezen hoeveel en wat zij willen eten, maar maken hun keuze één dag van tevoren. Het contact met het personeel is ook korter, vergeleken met de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels, waarbij het personeel de maaltijden bij de patiënten zelf portioneert.

⁴⁰ Bron: Mathôt, P. e.a.: *Hospitality Management*. (blz. 116)

⁴¹ Bron: Maikel Stolte, Facilitair Manager: Verpleeghuis Sensire Den Ooiman, Doetinchem

Een voordeel van het maaltijdconcept “traditioneel” vergeleken met de andere drie maaltijdconcepten is dat het uitdelen van de maaltijden relatief snel gaat, omdat de maaltijden vooraf geportioneerd zijn.

6.4.1 Conclusie

Aangezien het SFG het aantal ongebruikte retourmaaltijden wil reduceren, kan grof weg geconcludeerd worden dat de maaltijdconcepten *broodbuffetwagens*, *meals-on-wheels* en *sattelielkeuken met restaurant* geschikt zijn voor het SFG.

6.5 Vergelijking aspecten maaltijdconcepten

In paragraaf 6.4 is na vergelijking van de voor- en nadelen van de meest gebruikelijke maaltijdconcepten in de gezondheidszorg beschreven dat de maaltijdconcepten broodbuffetwagens, meals-on-wheels en sattelielkeuken met restaurant geschikt zijn voor het SFG, omdat deze maaltijdconcepten géén ongebruikte retourmaaltijden kennen.

Om tot een wat gedetailleerde conclusie te komen, welk maaltijdconcept het meest geschikt is voor het SFG, wordt in deze paragraaf de maaltijdconcepten door middel van vier aspecten met elkaar vergeleken.

De vier aspecten die met elkaar worden vergeleken zijn opvolgend van belangrijkste naar minst belangrijkste: *ongebruikte retourmaaltijden*, *service*, *mobiliteit* en *personeel*. Deze vier aspecten zijn voortgekomen uit de praktijkbezoeken van de organisaties die in de paragrafen 6.1 tot en met 6.3 beschreven staan.

In de tabel hieronder worden de maaltijdconcepten van de verschillende organisaties aan de hand van de vier aspecten met elkaar vergeleken. Daarna worden in de paragrafen 6.5.1 tot en met 6.5.4 de aspecten één voor één nader toegelicht.

Aspect Maaltijdconcept	Traditioneel (SFG)	Traditioneel (VZS)	Broodbuffet- wagens (DHL)	Meals-on-wheels (DHL)	Sattelielkeuken met restaurant (SDO)
Ongebruikte retourmaaltijden	Ja (8%)	Ja (5%)	Nee	Nee	Nee
Service	Eén dag van tevoren bepalen	Eén dag van tevoren bepalen	À la minuut	À la minuut	À la minuut
Mobiliteit	Niet vereist	Niet vereist	Niet vereist	Niet vereist	Vereist

Personeel	Zorgassistent Productiekeuken	Voedingsassistent Productiekeuken	Voedingsassistent + afdelingsassistent(e) Assemblagekeuken	Voedingsassistent + verpleegkundige, Assemblagekeuken	Uitgiftebalie Sattelietkeuken Productiekeuken
------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--	---	---

6.5.1 Ongebruikte retourmaaltijden

Het belangrijkste aspect waar de maaltijdconcepten met elkaar worden vergeleken zijn de ongebruikte retourmaaltijden, omdat het SFG deze uiteindelijk wil reduceren en daarmee de kosten wil verlagen. Het maaltijdconcept “traditioneel” dat het VZS en het SFG gebruiken, heeft last van ongebruikte retourmaaltijden. Bij het VZS is dit 5% van de 175 à 200 maaltijden. Omdat de integrale kostprijs van één maaltijd binnen het VZS niet bekend is, kan er niet berekend worden hoeveel kosten dit met zich meebrengt. Na onderzoek van 10 dagen is gebleken dat het SFG gemiddeld zo'n 8% ongebruikte retourmaaltijden kent en dit levert zo'n € 460,- per dag aan kosten op (zie ook hoofdstuk 5). De maaltijdconcepten broodbuffetwagens, meals-on-wheels en sattelietkeuken met restaurant hebben alle drie géén last van ongebruikte retourmaaltijden. Wel moet er rekening gehouden worden met voedselresten. De praktijk geeft aan dat door ervaring, goede prognoses en goede communicatie met de keuken en de verpleegafdelingen de hoeveelheid voedselresten beperkt kan blijven. Ook het werken in charges, wat goed toegepast kan worden bij het maaltijdconcept van sattelietkeuken met restaurant, kan het aantal weggegooid voedselresten beperken.

6.5.2 Service

De service wordt gezien als het tweede belangrijke aspect. Dit heeft twee redenen. De eerste is dat de organisatiestructuur van het SFG de zorg rond de patiënt centraal zet. De manier waarop service verleend wordt rondom de maaltijden aan de patiënten is hier een voorbeeld van. De tweede reden is dat de vergrijzing eraan komt en dat deze ‘moderne’ senioren gewend zijn aan een hoog serviceniveau van voedselverstrekking (zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 3.1.1).

Bij het VZS en het SFG moeten de patiënten één dag van tevoren hun menukeuze door middel van een menulijst aan de keuken doorgeven. Er worden twee menu's aangeboden. Bij de andere drie maaltijdconcepten maken de patiënten hun keuze à la minuut. De patiënten kunnen dan eerst bekijken wat er aangeboden wordt en daaruit kiezen. Ook hier worden twee menu's aangeboden.

6.5.3 Mobiliteit

Na de aspecten ‘ongebruikte retourmaaltijden’ en ‘service’ wordt het aspect ‘mobiliteit’ vergeleken. Niet alle patiënten in een ziekenhuis of een andere zorginstelling zijn altijd mobiel. Het is daarom belangrijk dat er een maaltijdconcept aanwezig is dat zowel voor mobiele als niet-mobiele patiënten te bereiken is. Alleen de sattelietkeuken met restaurant is voor niet-mobiele patiënten moeilijk te bereiken. Een oplossing hiervoor zou kunnen zijn dat het personeel dit voor de patiënt haalt óf het implementeren van twee maaltijdconcepten in de organisatie, zodat de patiënten zelf nog een keuze hebben van welk maaltijdconcept ze gebruik willen maken.

Bij de laatste oplossing is het wel belangrijk dat er goed gecommuniceerd wordt van welk maaltijdconcept de patiënt gebruik gaat maken, anders zullen de voedselresten alleen maar stijgen.

6.5.4 Personeel

Het personeel is in de tabel het minst belangrijkste aspect, omdat de zorg rond de patiënt het belangrijkste is. Het VZS maakt voor het maaltijdconcept gebruik van voedingsassistenten op de verpleegafdelingen en keukenpersoneel in de productiekeuken. Bij het SFG is dit hetzelfde, met uitzondering van de voedingsassistenten. Deze zijn 6 à 7 jaar geleden omgezet in zorgassistenten die nu de maaltijden aan de patiënten uitdelen⁴². Het DHL kent voor de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels, voedingsassistenten op de verpleegafdelingen en keukenpersoneel in de assemblagekeuken. De voedingsassistenten krijgen bij het serveren van de maaltijden hulp van personeel op de verpleegafdeling. Voor het ontbijt en de lunch maaltijden krijgen zij hulp van een afdelingsassistent(e) en voor de avondmaaltijden (de warme maaltijden) hulp van een verpleegkundige. Dit in verband met tijd en de nodige kennis. Tijdens het serveren van de warme maaltijden binnen het DHL staat ook altijd een keukenmedewerker paraat om tekorten op verpleegafdelingen te herstellen. Het maaltijdconcept van SDO kent geen voedingsassistenten of zorgassistenten, maar medewerkers voor de uitgiftebalie. Zij portioneren de maaltijden voor de bewoners. Daarnaast is er zowel in de sattelietkeuken als in de productiekeuken keukenpersoneel werkzaam.

Het personeel betreft is er dus duidelijk een verschil te zien tussen de maaltijdconcepten.

6.5.5 Conclusie

Nu de vier aspecten, op volgorde van belangrijkste naar minst belangrijkste, vergeleken zijn met de meest gebruikelijke maaltijdconcepten in de gezondheidszorg, kan, na aanzien van de conclusie van paragraaf 6.4.1, een nieuwe conclusie getrokken worden. Geconcludeerd kan worden dat de *broodbuffetwagens* en *meals-on-wheels* het meest geschikt zijn voor het SFG. Het aspect 'mobiliteit' is de doorslag geweest voor deze conclusie, omdat bij het maaltijdconcept sattelietkeuken met restaurant de patiënten mobiel moeten zijn en dit is binnen het SFG niet altijd het geval.

6.6 Vergelijking kosten maaltijdconcepten

Om tot een definitieve conclusie te komen welk maaltijdconcept het meest geschikt is voor het SFG, worden in deze paragraaf de voor- en nadelen van de kosten van de maaltijdconcepten met elkaar vergeleken, ten opzichte van het maaltijdconcept "traditioneel" van het SFG. Het maaltijdconcept "traditioneel" van het VZS wordt hier buiten beschouwing gelaten, omdat zij van hetzelfde maaltijdconcept gebruik maken als het SFG en de kosten te vergelijken zijn met het SFG.

⁴² Bron: Patrik Boumans: 1^e medewerker. Afdeling Voedingsadministratie, SFG

Door de complexiteit is het onmogelijk geweest om de exacte kosten te achterhalen. Daarom wordt in de volgende tabel een schatting van de kostenvoor- en nadelen van de maaltijdconcepten voor *het eerste jaar* weergegeven. Daarna worden de kosten in de paragrafen 6.6.1 tot en met 6.6.4, één voor één nader toegelicht.

Kosten Maaltijdconcept	Traditioneel (SFG)	Broodbuffetwagens (DHL)	Meals-on-wheels (DHL)	Sattelietkeuken met restaurant (SDO)
Afschrijvingskosten		+ € 15.500,-	+ € 17.000,-	+ € 34.000,-
Kosten ongebruikte retourmaaltijden	+ € 96.000,-	€ 0,-	€ 0,-	€ 0,-
Personeelskosten	+ € 71.000,-	- € 71.000,- + € 46.000,-	- € 71.000,- + € 25.000,-	- € 71.000,- + € 198.000,-
Opleidingskosten		+ € 41.000,-	+ € 41.000,-	+ € 10.000,-
Verschil kosten	+ € 167.000,-	+ € 31.500,-	+ € 12.000,-	+ € 171.000,-

6.6.1 Afschrijvingskosten

De afschrijvingskosten zijn berekend aan de hand van de investeringskosten voor de maaltijdconcepten verspreidt over tien jaren.

Eén broodbuffetwagen kost ongeveer € 9.000,- (incl. BTW)⁴³. Er is voor elke verpleegafdeling en voor de dagbehandeling een broodbuffetwagen nodig, dit komt neer op zeventien broodbuffetwagens. In totaal brengt dit (€ 9000,- x 17 afdelingen / 10 jaren) afgerond € 15.500,- aan afschrijvingskosten met zich mee voor het eerste jaar.

Eén meals-on-wheel kost ongeveer € 10.000,- (incl. BTW)⁴⁴. Ook hier zijn net als bij de broodbuffetwagens zeventien meals-on-wheels nodig, voor elke afdeling één. In totaal brengt dit (€ 10.000,- x 17 / 10 jaren) € 17.000,- afschrijvingskosten met zich mee voor het eerste jaar.

Omdat de ruimte binnen het SFG beperkt is, wordt er vanuit gegaan dat er twee sattelietkeukens met restaurants binnen het SFG neergezet kunnen worden. Dit is op de verdiepingen vier en zeven, zodat

⁴³ Bron: Jos ten Berg: broodwagen type 'Hospitality'. Offerte 21-04-2005

⁴⁴ Bron: Buitelaar, S.: *Thought's for Food and Health*. (blz. 33)

het voor alle patiënten te bereiken is. Eén sattelietkeuken met restaurant kost ongeveer € 170.000,- (incl. BTW)⁴⁵. In totaal brengt dit (€ 170.000,- x 2 / 10 jaren) € 34.000,- aan afschrijvingskosten met zich mee voor het eerste jaar.

6.6.2 Kosten ongebruikte retourmaaltijden

Na onderzoek is uitgekomen dat het SFG in de huidige situatie € 167.000,- kosten heeft aan het aantal ongebruikte retourmaaltijden (zie ook hoofdstuk 5). Deze kosten voor de ongebruikte retourmaaltijden zijn berekend aan de hand van de integrale kostprijs van een maaltijd binnen het SFG. Deze integrale kostprijs bestaat uit ingrediëntkosten, personeelskosten en overige kosten (zie ook bijlage 16 - punt 1 (blz. 79). De personeelskosten worden in paragraaf 6.6.3 apart behandeld. De kosten voor de ongebruikte retourmaaltijden (exclusief personeelskosten) zijn € 96.000,-.

Alleen het maaltijdconcept van het SFG kent kosten voor de ongebruikte retourmaaltijden. De andere maaltijdconcepten kennen géén ongebruikte retourmaaltijden, maar wel kosten voor voedselresten.

De kosten voor de voedselresten worden in dit rapport buiten beschouwing gelaten, omdat een schatting van het aantal voedselresten moeilijk te maken is.

6.6.3 Personeelskosten

Omdat de maaltijdconcepten broodbuffetwagens, meals-on-wheels en sattelietkeuken met restaurant géén ongebruikte retourmaaltijden kennen, zullen hier ook geen personeelskosten voor zijn. Hierdoor zullen, ten opzichte van het maaltijdconcept “traditioneel” van het SFG, de personeelskosten met (€ 167.000 - € 96.000) € 71.000,- dalen (uitleg hierover wordt verwezen naar paragraaf 6.6.2).

Waar ook rekening mee gehouden moet worden is dat bij de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels de personeelskosten op de verpleegafdelingen van het SFG omhoog zullen gaan. Dit komt doordat de zorgassistenten dubbel zoveel tijd kwijt zullen zijn aan het serveren van de maaltijden vergeleken met de huidige situatie (in plaats van een ½ minuut per patiënt, 1 minuut per patiënt). Waarschijnlijk zal de zorgassistent net als bij het DHL hulp moeten krijgen van een verpleegkundige. De kosten voor de verpleegkundige wordt in dit rapport buiten beschouwing gelaten, omdat dit een aanbeveling is en geen noodzaak.

Er wordt vanuit gegaan dat één verpleegafdeling 35 patiënten heeft, de zorgassistent 1 minuut tijd kwijt is per patiënt (35 patiënten x 1 minuut = 35 minuten in totaal), er op elke verpleegafdeling en op de dagbehandeling per maaltijdmoment één zorgassistent aanwezig is (dit zijn 17 zorgassistenten in de totale organisatie van het SFG per maaltijdmoment) en het jaarsalaris van 1 FTE zorgassistent rond de € 24.000,- ligt⁴⁶.

In de huidige situatie zijn de personeelskosten voor een zorgassistent ongeveer (€ 24.000,- / (36 uur per week x 52 weken) 1872 uren = € 12,80 per uur / 60 minuten = € 0,21 per minuut / 2 = € 0,105

⁴⁵ Bron: Buitelaar, S.: *Thought's for Food and Health*. (blz. 29)

⁴⁶ Bron: CAO Ziekenhuizen 2004-2005

per half minuut x 35 patiënten) € 3,68 per maaltijdmoment per dag. Bij de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels is de zorgassistent dubbele tijd kwijt en dus ook dubbele kosten. De kosten komen op $(€ 3,68 \times 2) = € 7,36$ per maaltijdmoment per dag.

Dit zal voor het maaltijdconcept broodbuffetwagens, dat bedoel is voor zowel het ontbijtmaaltijd als de lunchmaaltijd, betekenen dat de personeelskosten voor het SFG zullen stijgen met $((€ 7,36 - € 3,68) \times 2 \text{ maaltijdmomenten} \times 17 \text{ zorgassistentes})$ afgerond € 125,- per dag. *Dit is op jaarbasis een stijging van $(€ 125,- \times 365 \text{ dagen})$ afgerond € 46.000,- aan personeelskosten voor het maaltijdconcept broodbuffetwagens.*

Voor het maaltijdconcept meals-on-wheels worden dezelfde kosten berekend als bij de broodbuffetwagens. Het maaltijdconcept meals-on-wheels is alleen voor de avondmaaltijden (de warme maaltijden) en kent dus maar één maaltijdmoment per dag. De personeelskosten voor het maaltijdconcept meals-on-wheels zullen stijgen met $((€ 7,36 - € 3,68) \times 1 \text{ maaltijdmoment} \times 17 \text{ zorgassistentes})$ afgerond € 65,- per dag. *Dit is op jaarbasis een stijging van $(€ 65,- \times 365 \text{ dagen})$ afgerond € 25.000,- aan personeelskosten voor het maaltijdconcept meals-on-wheels.*

Bij het maaltijdconcept sattelietkeuken met restaurant zullen de huidige medewerkers van de portioneerkeuken deze werkzaamheden op zich kunnen nemen. Als er vanuit gegaan wordt dat de sattelietkeuken met restaurant van 11.00 uur tot 20.00 open zal zijn (voor de lunch- en avondmaaltijd), kunnen er drie fulltimers en drie parttimers werkzaam zijn, dit zal in totaal zo'n 4,5 FTE zijn. Het jaarsalaris voor 1 FTE wordt geschat op € 22.000,-⁴⁷. In totaal zullen er twee sattelietkeukens met restaurants binnen het SFG komen waar in totaal dus $(4,5 \text{ FTE} \times 2 \text{ sattelietkeukens}) = 9 \text{ FTE}$ werkzaam zal zijn. *Dit is op jaarbasis een stijging van $(€ 22.000,- \times 9 \text{ FTE}) = € 198.000,-$ aan personeelskosten voor het maaltijdconcept sattelietkeuken met restaurant.*

6.6.4 Opleidingskosten

Omdat de maaltijdconcepten broodbuffetwagens, meals-on-wheels en sattelietkeuken met restaurant een andere manier van werken vragen dan de huidige situatie, zal bij het invoeren van één van deze maaltijdconcepten binnen het SFG bijscholing voor het betrokken personeel noodzakelijk zijn.

Voor de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels zullen de zorgassistentes op de verpleegafdelingen van het SFG meer kennis over voeding moeten hebben. Nu ligt een groot deel van de verantwoordelijkheid van de voeding in de keuken van het SFG, maar straks zal dit bij de zorgassistentes liggen. Om meer kennis over voeding te krijgen zullen de zorgassistentes van het SFG een cursus 'Voedingsassistent' moeten volgen. Het volgen van een cursus 'Voedingsassistent' kost per deelnemer zo'n € 600,-⁴⁸. Als er vanuit gegaan wordt dat per week in totaal vier zorgassistentes op

⁴⁷ Bron: CAO Ziekenhuizen 2004-2005

⁴⁸ Bron: Merel van der Ham: opleiden. Afdeling Personeel & Organisatie, SFG

een verpleegafdeling werkzaam zijn en er zijn in totaal zeventien verpleegafdelingen binnen het SFG, dan zullen (4 zorgassistentes x 17 verpleegafdelingen) 68 zorgassistentes een cursus moeten volgen. De opleidingskosten zullen dan (€ 600,- x 68) afgerond € 41.000,- bedragen. Dit zullen overigens eenmalige kosten zijn, omdat er vanuit gegaan wordt dat het SFG in het vervolg alleen nieuwe zorgassistentes aan neemt die goed opgeleid zijn en ook gelijk kennis hebben van voeding. Voor het maaltijdconcept sattelietkeuken met restaurant waar de huidige portioneermedewerkers van het SFG werkzaam zullen zijn (zie paragraaf 6.6.3), zullen ook een cursus 'Voedingsassistent' moeten volgen en een cursus 'Klantgerichtheid'. Dit laatste is nodig omdat deze medewerkers altijd in de keuken werkzaam geweest zijn waar ze nooit met patiënten gewerkt hebben. Een cursus 'Klantgerichtheid' die door het SFG gegeven wordt kost per deelnemer zo'n € 200,-. In paragraaf 6.6.3 is te lezen dat er geschat wordt dat er in totaal voor twee sattelietkeukens met restaurants zes fulltimers (6 FTE) en zes parttimers (3 FTE) werkzaam zullen zijn. In totaal zijn dit 12 medewerkers. De opleidingskosten zullen (12 medewerkers x € 200,-) € 2400,- bedragen⁴⁹. Voor de cursus 'Voedingsassistent' zullen de opleidingskosten (12 medewerkers x € 600,-) € 7200,- bedragen. De opleidingskosten voor het maaltijdconcept sattelietkeuken met restaurant zullen in totaal (€ 2400,- + € 7200,-) afgerond € 10.000,- bedragen.

De bovengenoemde opleidingskosten zijn eenmalige kosten en alleen voor het eerste jaar.

6.6.5 Conclusie

Uit de tabel op bladzijde 37 waar een overzicht gegeven is van de kostenvoor- en nadelen van de vier maaltijdconcepten die gebruikelijk zijn binnen de gezondheidszorg, is te concluderen dat het maaltijdconcept *meals-on-wheels* de minste kosten met zich meebrengt en dus het meest geschikt is binnen het SFG. Omdat het maaltijdconcept *meals-on-wheels* alleen voor de warme maaltijden bedoeld is, moet er ook een maaltijdconcept aanwezig zijn voor de broodmaaltijden. De combinatie van de maaltijdconcepten *meals-on-wheels* en *broodbuffetwagens* samen leveren, vergeleken met het maaltijdconcept "traditioneel" van het SFG een kostenbesparing van (€ 167.000 – (€ 31.500 + € 12.000 – € 41.000) € 2500,-) € 164.500,- voor het eerste jaar. Er is maar één keer opleidingskosten voor de cursus 'Voedingsassistent' berekend. De kostenbesparing voor het tweede jaar zullen hoger zijn, omdat er dan geen opleidingskosten zijn.

6.7 Conclusie

Binnen de gezondheidszorg zijn vier maaltijdconcepten te vinden die gebruikelijk zijn. Het zijn de maaltijdconcepten: *traditioneel*, *broodbuffetwagens*, *meals-on-wheels* en *sattelietkeuken met restaurant*. Het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam maakt gebruik van het maaltijdconcept "traditioneel", het Diaconessenhuis in Leiden heeft onlangs de maaltijdconcepten *broodbuffetwagens* en

⁴⁹ Bron: Merel van der Ham: opleiden. Afdeling Personeel & Organisatie, SFG

meals-on-wheels geïmplementeerd en Sensire Den Ooiman in Doetinchem maakt gebruik van het maaltijdconcept sattelietkeuken met restaurant.

Alleen het maaltijdconcept “traditioneel” heeft te kampen met ongebruikte retourmaaltijden, omdat hier de maaltijden vooraf geportioneerd worden, waarbij de patiënt één dag van tevoren zijn bestelling moet doen. De andere drie maaltijdconcepten kennen geen ongebruikte retourmaaltijden, maar wel voedselresten die uiteindelijk weggegooid worden. Door ervaring, goede prognoses en goede communicatie tussen de keuken en de verpleegafdelingen kan dit beperkt blijven. De patiënt doet bij deze drie maaltijdconcepten zijn bestelling à la minuut.

Na het vergelijken van de voor- en nadelen van de maaltijdconcepten die gebruikelijk zijn binnen de gezondheidszorg kan geconcludeerd worden dat de maaltijdconcepten broodbuffetwagens, meals-on-wheels en sattelietkeuken met restaurant geschikt zijn voor het SFG, omdat deze géén ongebruikte retourmaaltijden kennen.

Na vergelijking van vier aspecten die voortgekomen zijn uit de praktijkbezoeken van drie organisaties is gezien dat het maaltijdconcept van sattelietkeuken met restaurant niet zonder een ander maaltijdconcept geschikt is binnen het SFG. Dit komt omdat de patiënten bij dit maaltijdconcept mobiel moeten zijn en dat is binnen het SFG niet bij alle patiënten het geval. Het maaltijdconcept van sattelietkeuken met restaurant *alleen* is dus niet geschikt voor het SFG. Tot slot zijn de kostenvoor- en nadelen van de maaltijdconcepten met elkaar vergeleken en hieruit is naar boven gekomen dat het maaltijdconcept meals-on-wheels de minste kosten met zich meebrengt.

Kortom: het meest geschikte maaltijdconcept voor het SFG is de *meals-on-wheels*. Maar omdat dit maaltijdconcept alleen bedoeld is voor de warme maaltijden, moet er ook nog een maaltijdconcept zijn voor de broodmaaltijden. De combinatie van de maaltijdconcepten meals-on-wheels en broodbuffetwagens samen leveren, vergeleken met het maaltijdconcept “traditioneel” van het SFG een kostenbesparing van € 164.500,- voor het eerste jaar. De kostenbesparing voor het tweede jaar zullen hoger zijn, omdat er dan geen opleidingskosten zijn.

Eindconclusie

In dit hoofdstuk wordt een eindconclusie gegeven van de voorgaande hoofdstukken en tevens een antwoord op de probleemstelling van dit rapport.

De probleemstelling luidt als volgt:

'Welk maaltijdconcept leidt voor de afdeling Voeding van het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam, tot een reductie van het aantal ongebruikte retourmaaltijden en daarmee een verlaging van de kosten?'

Het huidige voedingsproces van het SFG maakt gebruik van het maaltijdconcept *"traditioneel"*. Dit wil zeggen dat de patiënt door middel van een menulijst één dag van tevoren zijn bestelling doet. De keuze wordt vervolgens door de zorgassistent op de verpleegafdeling ingevoerd in het softwareprogramma Foodcare, waardoor de gegevens digitaal binnenkomen bij de voedingsadministratie.

De productiekeuken van het SFG bereidt de patiëntmaaltijden in een ontkoppelde keuken, waar zowel gebruik gemaakt wordt van geheel of gedeeltelijke convenienceproducten. De maaltijden worden vervolgens koud geportioneerd in de portioneerkeuken en na regenereren getransporteerd naar de verpleegafdelingen, waar de zorgassistentes de dienbladen aan de patiënten uitdelen.

Na onderzoek is gebleken dat binnen het SFG gemiddeld 7,6% maaltijden (ontbijt, lunch en diner samen) per dag ongebruikt retour terugkomen in de keuken. De meest genoemde oorzaken hiervoor zijn dat de patiënt *ontslagen* is uit het ziekenhuis (28% → 226 keer van de 802 retourmaaltijden), de patiënt *geen trek* heeft (22% → 176 van de 802 retourmaaltijden) of de patiënt moet *nuchter* zijn voor een operatie of onderzoek (12% → 98 van de 802 retourmaaltijden).

Deze circa 7,6% maaltijden, brengen zo'n € 460,- per dag aan kosten met zich mee. Dit is op jaarbasis zo'n € 167.000,- en bedraagt per jaar circa 8% van het totale voedingsbudget.

Binnen de gezondheidszorg zijn vier maaltijdconcepten te noemen die gebruikelijk zijn. Het gaat om de maaltijdconcepten: *traditioneel* (hier maakt het SFG gebruik van), *broodbuffetwagens*, *meals-on-wheels* en *sattelietkeuken met restaurant*.

Na het vergelijken van de voor- en nadelen van deze maaltijdconcepten kan geconcludeerd worden dat de maaltijdconcepten broodbuffetwagens, meals-on-wheels en satellietkeuken met restaurant geschikt zijn voor het SFG, omdat deze géén ongebruikte retourmaaltijden kennen. Dit komt omdat de patiënt bij deze maaltijdconcepten zijn maaltijd à la minuut bestelt. Deze maaltijdconcepten kennen overigens wel voedselresten, want alles wat overblijft na serveren of over datum is wordt weggegooid. De praktijk geeft aan dat ervaring, goede prognoses en goede communicatie tussen de verpleegafdelingen en de keuken van het SFG het aantal voedselresten kunnen beperken.

Na vergelijking van vier aspecten (ongebruikte retourmaaltijden, service, mobiliteit en personeel) die voortgekomen zijn uit de praktijkbezoeken van drie organisaties is gezien dat het maaltijdconcept van sattelietkeuken met restaurant niet zonder een ander maaltijdconcept geschikt is binnen het SFG. Dit komt omdat de patiënten bij dit maaltijdconcept mobiel moeten zijn en dat is binnen het SFG niet bij alle patiënten het geval. Het maaltijdconcept van sattelietkeuken met restaurant *alleen* is dus niet geschikt voor het SFG. Tot slot zijn de kostenvoor- en nadelen van de maaltijdconcepten met elkaar vergeleken en hieruit is naar boven gekomen dat het maaltijdconcept meals-on-wheels de minste kosten met zich meebrengt.

Kortom: het meest geschikte maaltijdconcept voor het SFG is de meals-on-wheels. Maar omdat dit maaltijdconcept alleen bedoeld is voor de warme maaltijden, moet er ook nog een maaltijdconcept zijn voor de broodmaaltijden. De combinatie van de maaltijdconcepten *meals-on-wheels* en *broodbuffetwagens* samen leveren, vergeleken met het maaltijdconcept “traditioneel” van het SFG een kostenbesparing van € 164.500,- voor het eerste jaar.

Daarnaast werken de twee maaltijdconcepten vraaggericht en de frontoffice speelt bij deze maaltijdconcepten een belangrijke taak in het voedingsproces. De twee maaltijdconcepten zijn een goede mogelijkheid voor de sinds 2002 nieuw ingevoerde organisatiestructuur van het SFG, dat de zorg rond de patiënt centraal zet. Gekeken naar de verschillende ontwikkelingen in de zorg, zullen de twee maaltijdconcepten een goede uitkomst bieden. Ontwikkelingen die binnen het SFG door de invoering van de twee maaltijdconcepten gerealiseerd kunnen worden, zijn onder andere:

- de ‘moderne’ senioren (gevolg van de opkomende vergrijzing) wensen een hoog serviceniveau van voedselverstrekking;
- ambiance en service wegen zwaarder dan de kwaliteit van het product;
- kortere verblijfsduur van de patiënt → goede voeding versnelt het genezingsproces van de patiënt (kortom: ‘Een goede eter is sneller beter’) en organisatorisch gezien brengt het geld op door de invoering van het DBC in de zorg;
- mee gaan met de belevingseconomie.

Een antwoord op de probleemstelling luidt als volgt:

Een geschikt maaltijdconcept om het aantal ongebruikte retourmaaltijden binnen het SFG te reduceren en daarmee de kosten te verlagen, is het invoeren van de broodbuffetwagens voor de ontbijt- en lunchmaaltijden en meals-on-wheels voor de avondmaaltijden. Dit zal, ten aanzien van het huidige maaltijdconcept van het SFG, een kostenbesparing van € 164.500,- voor het eerste jaar realiseren.

Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden na aanleiding van de eindconclusie in het vorige hoofdstuk een tweetal aanbevelingen gedaan. De volgende twee aanbevelingen worden gedaan:

1. *Broodbuffetwagens en meals-on-wheels invoeren*
2. *Duidelijke procedures opstellen*

Hieronder worden de aanbevelingen nader toegelicht.

Broodbuffetwagens en meals-on-wheels invoeren

Om het aantal ongebruikte retourmaaltijden te reduceren en daarmee de kosten te verlagen, wordt er aanbevolen om voor de ontbijt- en lunchmaaltijden het maaltijdconcept broodbuffetwagens en voor de avondmaaltijden (de warme maaltijden) het maaltijdconcept meals-on-wheels in te voeren. Het invoeren van deze twee maaltijdconcepten brengt zowel organisatorische, personele en financiële consequenties met zich mee. Deze consequenties zullen hieronder apart besproken worden.

Organisatorische consequenties

Er wordt aanbevolen om alleen de broodbuffetwagens op de verpleegafdelingen te zetten en de meals-on-wheels in de keuken van het SFG te plaatsen. Dit in verband met de beperkte ruimte op de verpleegafdelingen van het SFG. Het zou ook mogelijk kunnen zijn om zowel de meals-on-wheels als de broodbuffetwagens in de keuken te plaatsen, maar om flexibel en snel in te kunnen spelen op de wensen van de patiënten wordt er gekozen om de broodbuffetwagens ook zo dicht mogelijk bij de patiënt te plaatsen. Omdat er aanbevolen wordt om de broodbuffetwagens op de verpleegafdelingen zelf neer te zetten, is het gevolg hiervan dat de bevoorrading voor de broodbuffetwagens besteld moet worden bij de voedingsadministratie en de logistiek zal dit moeten leveren.

Voor de meals-on-wheels is dit allemaal niet nodig, omdat deze wagens al in de keuken staan en de maaltijden rechtstreeks in de wagens gezet en opgewarmd worden. Wel moeten de zorgassistenten op de verpleegafdelingen 's ochtends aan de voedingsadministratie doorgeven hoeveel patiënten er op de afdeling liggen en hoeveel daarvan een dieet hebben. De keuken kan aan de hand van deze gegevens de hoeveelheid warme maaltijden bereiden, portioneren in bakjes en zo het nodige aantal maaltijden per kar vullen.

Gekeken naar het huidige maaltijdconcept van het SFG en de maaltijdconcepten van de broodbuffetwagens en de meals-on-wheels zal voor de logistiek niet veel verschil zijn. De bevoorrading voor de broodbuffetwagens zal op vaste tijdstippen naar de verpleegafdelingen gebracht worden en voor de meals-on-wheels zal de logistiek in plaats van maaltijdkarren, de meals-on-wheels naar de verpleegafdelingen moeten brengen.

Dit gebeurt nu ook al, maar dan met maaltijdkarren waar de maaltijden al geportioneerd zijn. De kosten voor de logistiek zullen hierdoor hetzelfde blijven.

Het is echter ook mogelijk om de meals-on-wheels op de verpleegafdelingen te plaatsen. Hier is zowel een voor- als een nadeel voor te noemen. Een nadeel is dat een ander soort stekker met een hogere elektriciteitstoevoer op de verpleegafdelingen aangelegd moet worden. Dit is bij de broodbuffetwagens niet nodig, omdat deze een elektriciteitstoevoer van maximaal 230 Volt nodig hebben om de accu van de koeling op te laden. Een voordeel is dat de logistiek de koude maaltijden via transportkarren bij de verpleegafdelingen levert en de zorgassistent kan haar wagen naar eigen wens indelen. De zorgassistent moet tenslotte ermee gaan werken. Maar zoals eerder al is gezegd wordt aanbevolen om de meals-on-wheels in de keuken te plaatsen, dit in verband met de beperkte ruimte op de verpleegafdelingen en onnodig extra werk.

De verantwoordelijkheid voor het serveren van de maaltijden en samenstelling van de juiste voeding komt bij de zorgassistentes te liggen. Het is daarom noodzakelijk dat de zorgassistentes eerst een cursus 'Voedingsassistent' volgen. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de voeding blijft bij de keuken van het SFG.

Personele consequenties

Door het invoeren van de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels in de organisatie van het SFG, zal personele consequenties met zich meebrengen. Deze personele consequenties zullen vooral op de verpleegafdelingen van het SFG zichtbaar worden. Dit komt doordat de zorgassistentes in plaats van ½ minuut per patiënt, 1 minuut per patiënt kwijt zullen zijn. Dit is het gevolg van dat de zorgassistentes in de huidige situatie al geportioneerde maaltijden krijgen en alleen maar het dienblad aan de patiënt hoeven te geven. In de nieuwe situatie zullen de zorgassistentes de maaltijden zelf moeten portioneren en dit zal ten opzichte van de huidige situatie dubbel zoveel tijd gaan kosten. Dus in de huidige situatie zijn de zorgassistentes ongeveer (½ minuut x 35 patiënten) 17,5 minuten kwijt om de maaltijden uit te delen. In de nieuwe situatie zal dit (1 minuut x 35 patiënten) 35 minuten worden. Hierdoor zullen de zorgassistentes minder tijd overhouden om de verpleegkundigen op de afdelingen assistentie te verlenen.

Aanbevolen wordt om de maaltijden te portioneren door een zorgassistent en een verpleegkundige. Dit in verband met de nodige kennis. De zorgassistent heeft na het volgen van de cursus 'Voedingsassistent' voldoende kennis over voeding en de verpleegkundige heeft de medische kennis. Deze combinatie samen maakt de kans klein dat een patiënt verkeerde voeding geserveerd krijgt. De 1 minuut per patiënt die de zorgassistent in de nieuwe situatie kwijt is, zullen door de hulp van de verpleegkundige twee minuten worden en de personeelskosten ook twee keer zoveel. In plaats van (€ 46.000,- personeelskosten broodbuffetwagens + € 25.000 personeelskosten meals-on-wheels) € 71.000,-, zullen de personeelskosten (€ 71.000,- x 2) € 142.000,- worden.

Financiële consequenties

Door de invoering van de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels zullen het aantal ongebruikte retourmaaltijden, waar het SFG in de huidige situatie mee te maken heeft, dalen. Dit zal

betekenen dat de kosten met (€ 71.000,- personeelskosten en € 96.000,- ingrediëntkosten en overige kosten) € 167.000,- zullen dalen. Daarnaast zullen de personeelskosten op de verpleegafdelingen weer met € 71.000,- stijgen. Dit komt doordat de zorgassistentes meer tijd kwijt zullen zijn aan het uitdelen van de maaltijden dan in de huidige situatie het geval is. Maar zoals bij de personele consequenties te lezen is, wordt aanbevolen dat de zorgassistentes hulp krijgen van een verpleegkundige en zullen de kosten ook verdubbeld worden en stijgen met (€ 71.000,- x 2) € 142.000,-. Omdat de huidige zorgassistentes niet voldoende kennis hebben van voeding, zullen zij een cursus 'Voedingsassistent' moeten volgen. Deze opleidingskosten zullen (68 zorgassistentes x € 600,-) afgerond € 41.000,- bedragen.

Daarnaast moet niet vergeten worden dat er broodbuffetwagens en meals-on-wheels aangeschaft moeten worden. Dit brengt afschrijvingskosten met zich mee. In totaal zullen de afschrijvingskosten berekend over tien jaren (€ 15.500,- broodbuffetwagens + € 17.000,- meals-on-wheels) € 32.500,- per jaar zijn.

De afdeling voeding kent in zijn huidige situatie geen opbrengsten en dit zal bij het invoeren van de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels ook niet het geval zijn.

In de volgende tabel wordt een overzicht van de totale kosten voor het invoeren van de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels voor het eerste jaar weergegeven:

Personeelskosten	€	142.000,-
Opleidingskosten	€	41.000,-
Afschrijvingskosten	€	32.500,-
Totale kosten (eerste jaar)	€	215.500,-

Er moet rekening gehouden worden met extra kosten voor het eerste jaar, omdat het een nieuwe manier van werken is en daarom zal het ook extra tijd nodig hebben en dus ook extra kosten voordat alles goed zal lopen.

Duidelijke procedures opstellen

Om het gehele proces van de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en meals-on-wheels goed te laten verlopen, wordt aanbevolen om duidelijke procedures op papier op te stellen. Deze procedures zullen betrekking hebben op de keuken, de verpleegafdelingen, de logistiek en de afwaskeuken van het SFG.

Voorbeelden van op te stellen procedures zijn: de bevoorrading voor de broodbuffetwagens moet om 7.30 uur door de logistiek naar de verpleegafdelingen gebracht worden, de zorgassistentes moeten vóór 14.00 uur wijzigingen van patiënten voor de warme maaltijden aan de voedingsadministratie doorgeven en zorgassistentes moeten vóór 8.30 uur doorgeven hoeveel patiënten er op de afdeling liggen en hoeveel daarvan een dieet hebben.

Het opstellen van deze procedures is onder andere bedoeld om het aantal voedselresten van de maaltijden te beperken en daarmee de extra kosten.

Implementatieplan

Met betrekking tot de genoemde aanbevelingen uit het vorige hoofdstuk, wordt in dit hoofdstuk een implementatieplan over de aanbevelingen beschreven. Het implementatieplan wordt in grote lijnen in een schematische overzicht weergegeven en dit geeft aan wat er gedaan moet worden, door wie en wanneer dit zal gaan plaatsvinden.

Wat	Wie	Wanneer
Presentatie houden aan alle betrokkenen bij de verandering	• Hoofd Voeding	juni 2006
Informatiefolders maken, afdrukken en rondsturen naar iedereen binnen het SFG	• Hoofd Voeding • Communicatie & PR • Repro	juli 2006
Procedures opstellen	• Hoofd Voeding • Voedingsadministratie • Keuken • Logistiek • Verpleegafdelingen	juli - augustus 2006
Cursus 'Voedingsassistent'	• Zorgassistenten	augustus - september 2006
Invoeren broodbuffetwagens	• Afdeling voeding	oktober 2006
Evalueren en eventuele verbeteringen toepassen	• Afdeling voeding • Verpleegafdelingen	november 2006 - juli 2007
Invoeren meals-on-wheels	• Afdeling voeding	november 2007

Er is bewust voor gekozen om de twee maaltijdconcepten niet tegelijkertijd te implementeren. Hiervoor is gekozen om het personeel van het SFG eerst te laten wennen aan de nieuwe manier van werken door middel van de broodbuffetwagens.

Literatuurlijst

Boeken

- Kempen, P.M. en Keizer, J.A.: *Advieskunde voor praktijkstages*. Tweede druk. Groningen : Wolters-Noordhoff, 2000. ISBN 9001468225
- Bouter, R.F.: *Handleiding voor de afstudeeropdracht 2005-2006*. Elfde druk. Den Haag : Opleiding Facility Management, 2005. ISBN 9073077095
- Mathôt, P. e.a: *Hospitality Management*. Meppel : Edu'Actief, 2002. ISBN 9057668874
- Van der Bij, H. e.a: *Kwaliteitsmanagement in Beweging*. Tweede druk. Deventer : Kluwer, 2001. ISBN 9014080891
- Keuning, D. en Eppink, D.J.: *Management & Organisatie*. Achtste druk. Groningen : Wolters-Noordhoff, 2004. ISBN 902073265X
- Wielinga, C. e.a: *Voedingsambiances in de zorg*. Houten : Kessing Noordervliet BV/Grootkeuken, 2005. ISBN 9072072707
- *Voedingsdiensten top 100 2005*. Tweede druk. Sneek : Hermes Uitgeverij BV, 2005. ISBN 9077756078

Syllabi

- Mante, Y.A.: *Handleiding schriftelijke rapportage*. Den Haag : Opleiding Facility Management, 2004. Nr. 2318
- Genet, C.M.: *Methoden van Onderzoek en de Markt*. Den Haag : Haagse Hogeschool, 2004. Nr. 2384
- Burg, Y. e.a: *Service Management Theorie 2*. Den Haag : Haagse Hogeschool, 2004. Nr. 2329

Artikelen

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: *DBC's*. www.minvws.nl (21/4/2006)
- Bedrijfschap Horeca en Catering: *'De toekomst van de voedingsorganisatie in de zorg'*. www.bedr-horeca.nl (20/2/2006)

- Scholl, N.B.: *Kwalitatief Marktonderzoek. Het hoe en waarom*. In: MarktonderzoekAssociatie.
- Livestro, A.: *Kwantitatief Marktonderzoek. Het hoe en waarom*. In: MarktonderzoekAssociatie.
- Management Kennisbank: *'Logistiek inzicht naast flexibiliteit is in de gezondheidszorg onmisbaar'*. www.managementkennisbank.nl (15/3/2006)
- NVLG: Trend: assemblagekeukens. In: *Nieuwsbrief NVLG*. Jaargang 2004, Nr. 5, juni 2004, pagina 1 en 3
- Bedrijfschap Horeca en Catering: *'Ontwikkelingen in de maatschappij'*. www.bedr-horeca.nl (21/2/2006)
- 'Klant in het ziekenhuis'. In: *Volkskrant*. 11/1/2006
- Management Kennisbank: *'Zorglogistiek als succesfactor binnen consumptieve dienstverlening'*. www.managementkennisbank.nl (24/4/2006)

Internetsites

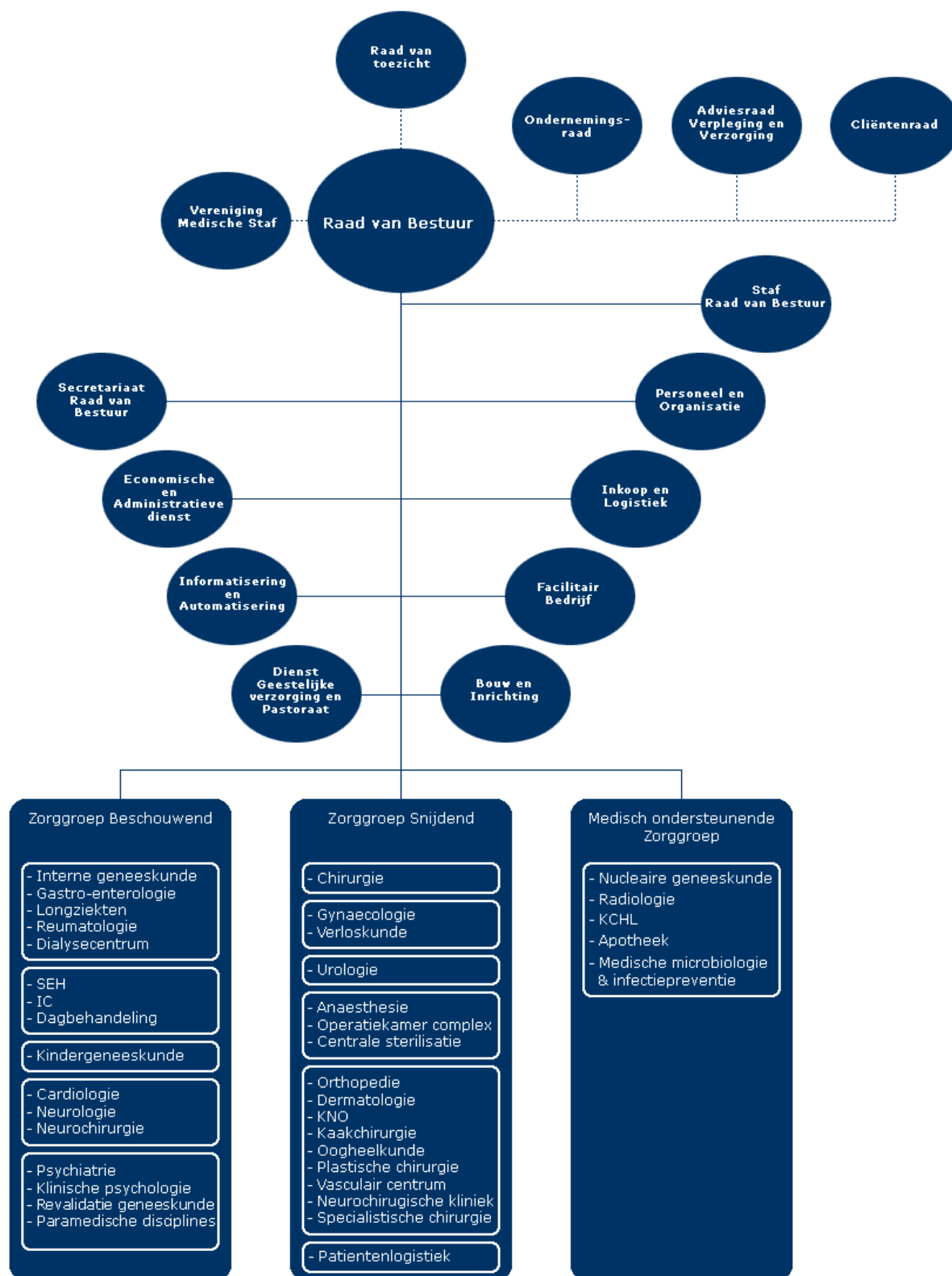
- www.cbs.nl
- Intranet SFG: <https://intranet.sfg.nl>
- www.mckesson.nl
- www.rzgs.nl
- www.voedingsassistent.nl

Interne documenten

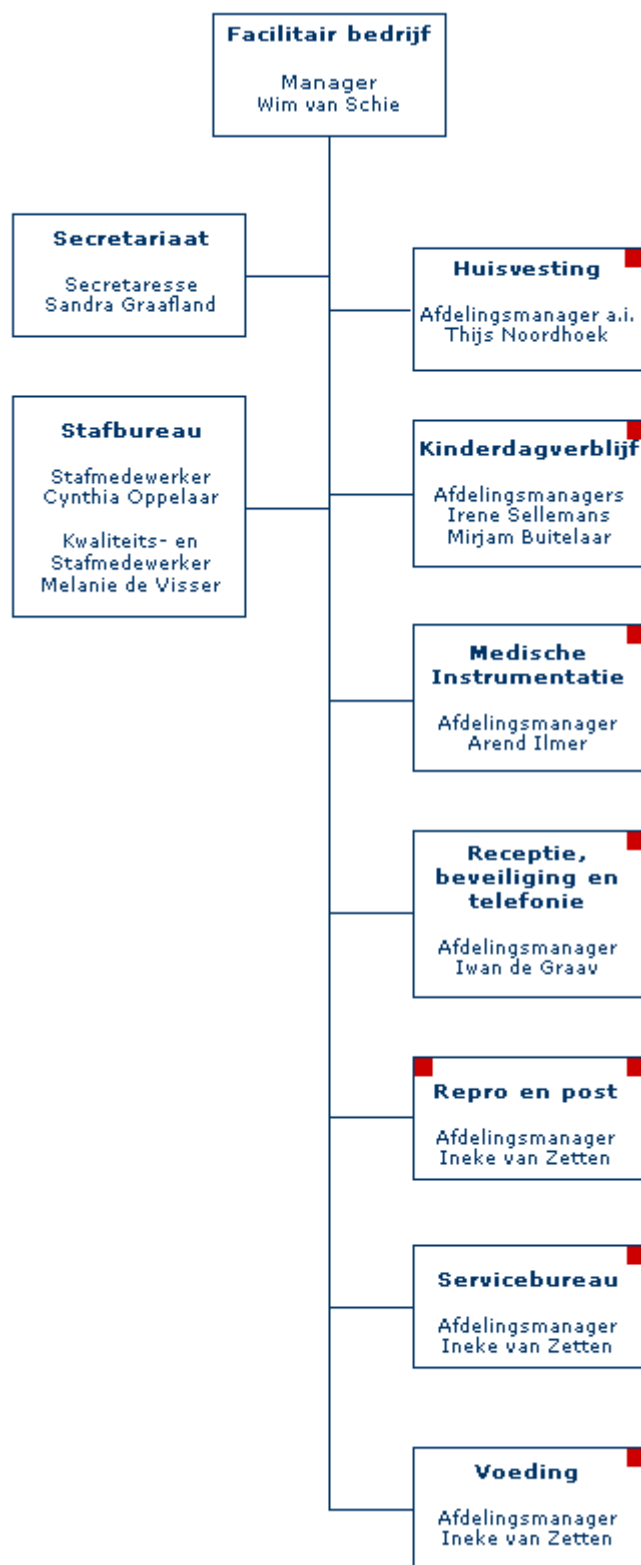
- CAO Ziekenhuizen 2004-2005
- Functiebeschrijving zorgassistent SFG
- Handboek automatiseringsprogramma Foodcare
- Personeel en Organisatie: *Informatiegids medewerkers*. Rotterdam: Sint Franciscus Gasthuis, 2005
- Raad van Bestuur: *Jaarverslag 2004*. Rotterdam: Sint Franciscus Gasthuis, 2005
- Buitelaar, S. e.a: *Thought's for Food and Health*. Rotterdam: Sint Franciscus Gasthuis, 2005

Bijlagen

Bijlage 1: Organogram SFG



Bijlage 2: Organogram Facilitair Bedrijf SFG



Bijlage 3: Verpleegafdelingen SFG

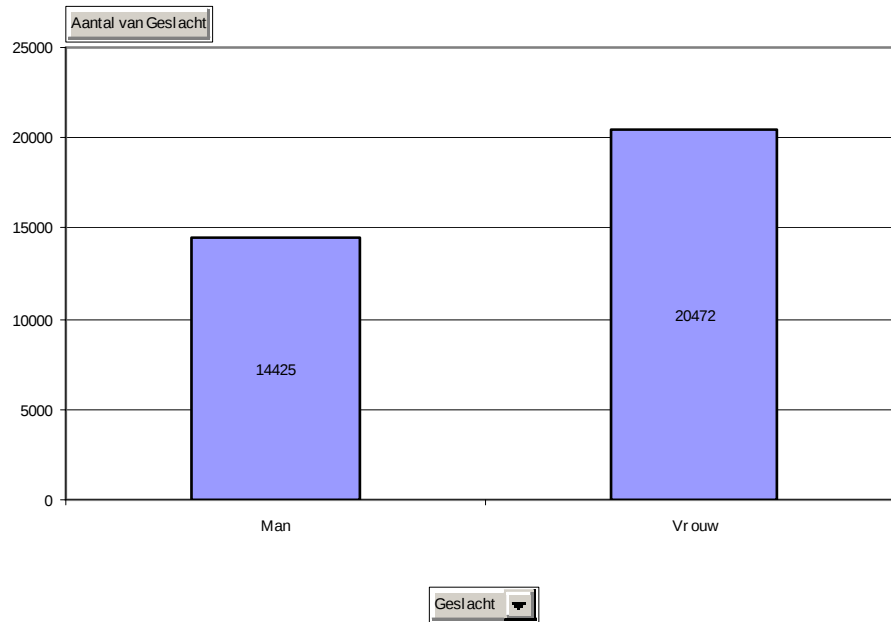
Verdieping	Verpleegafdeling	Afkorting	Behandeling
11	<i>Dialysecentrum</i>	DIALY	Nierziekten
9	<i>Chirurgie Vaat Long</i>	VCH1	
	<i>Algemene Chirurgie</i>	VCH2	
	<i>Traumatologie / Urologie</i>		
8	<i>Hart en Vaatziekten</i>	VHVZ	Uiteenlopende cardiologische aandoeningen
	<i>Coronaire Care Unit</i>	VCCU	Uiteenlopende acute, soms levensbedreigende cardiologische aandoeningen
	<i>Intensive Care Unit</i>	VICU	Kent een regionale functie met name voor beademingen van langere duur en acute hemodialyse
7	<i>Orthopedie</i>	VORT	Problemen aan het bewegingsapparaat
	<i>Longziekten</i>	VLON	Ziekten van de ademhalingsorganen
6	<i>Maag-Darm-Leverziekten</i>	VGE	Ziekten van de spijsvertering en de stofwisseling
	<i>Hematologie/oncologie</i>	VONC	Bloedziekten en kwaadaardige aandoeningen
5	<i>Reumatologie</i>	VREU	Alle ziekten en aandoeningen aan gewrichten, gewrichtskapsels, de spieren, de pezen, de slijmzakjes en het bot: het voortbewegingsapparaat
	<i>Neurologie</i>	VNEU	Ziekten met neurologische aandoeningen
4	<i>Gynaecologie en Verloskunde</i>	VVER en VVK	Zwangere, barenden, medische en fysiologische kraamvrouwen worden met en zonder baby verpleegd, verzorgd en begeleid
3	<i>Kindergeneeskunde en Neonatologie</i>	VKIN	Allerlei ziekten voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar en te vroeg geboren kinderen
	<i>Specialistische chirurgie</i>	VSPC	Neurochirurgie, plastische chirurgie, kaakchirurgie, dermatologie, keel-neus-oorheelkunde (KNO) en anaesthesiologie
	<i>Transferafdeling (extern)</i>	VTRA	Zorghotel

Bijlage 4: Demografische gegevens patiënten SFG 2005

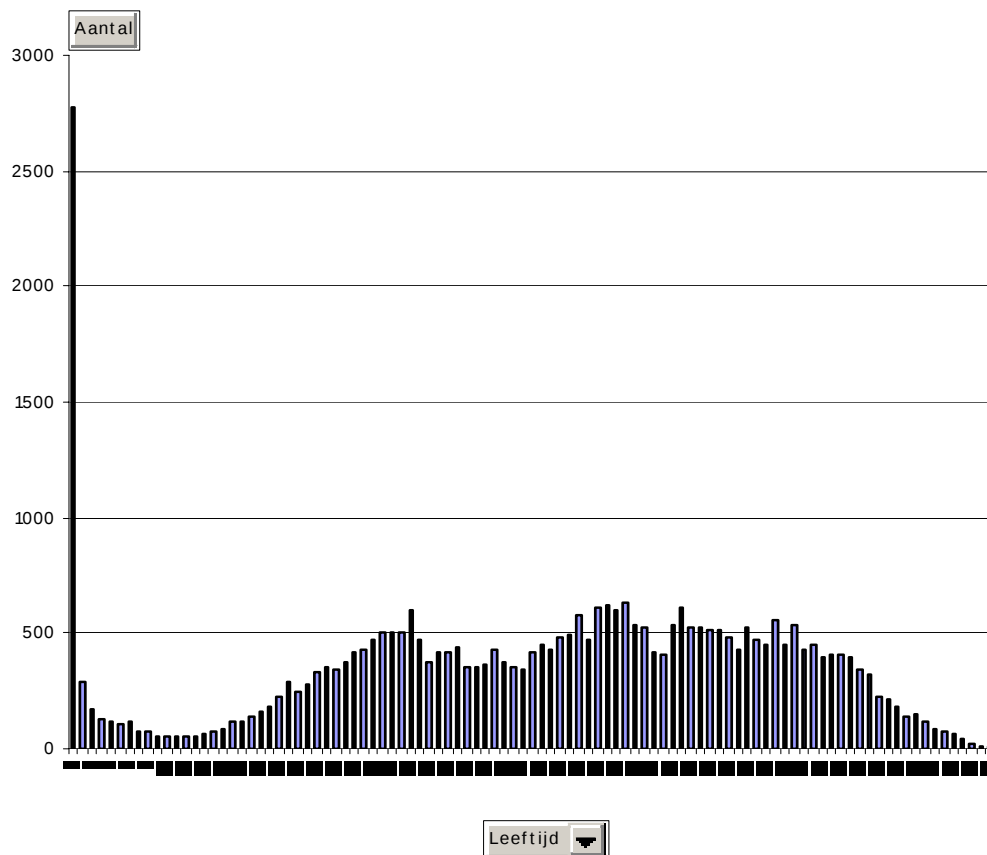
Aantal	Geslacht		
	Man	Vrouw	Eindtotaal
Afghanistan	8	14	22
Albanië		5	5
Algerije	1		1
Angola	4	1	5
Anguilla		1	1
Argentinië	1	1	2
Armenië	1		1
Aruba		3	3
Australië	1	5	6
Azerbeidzjan	1	1	2
Bahrein		1	1
Barbados	1		1
België	8	22	30
Bosnië-Herz.	6	5	11
Brazilië	3	8	11
Bulgarije	1	7	8
Burundi		3	3
Canada	1	3	4
Chili	1	2	3
China	9	31	40
Colombia	1	4	5
Cuba	1		1
Denemarken		2	2
Dominic. Rep.		7	7
Dominica		1	1
Duitsland	17	43	60
Ecuador		2	2
Egypte	4		4
El Salvador		9	9
Eritrea	3	12	15
Ethiopië	3	3	6
Filippijnen		10	10
Finland		2	2
Frankrijk	7	23	30
Gabon	1		1
Ghana		5	5
Griekenland	7	1	8
Guam		1	1
Guatemala		1	1
Guinee	2	2	4
Guyana		10	10
Hongarije	4		4
Hongkong	2	9	11
Ierland	2	2	4
India	5	6	11
Indonesië	29	65	94
Irak	10	14	24
Iran	22	21	43
Israël	1	3	4
Italië	6	3	9
Ivoorkust	1		1
Jamaica		3	3
Japan	1	3	4
Joegoslavië	31	41	72
Jordanië		5	5
Kaapverdië	51	146	197
Kameroen	2	1	3
Kenia	2	1	3
Koeweit	2		2
Kongo	3	5	8
Kroatië	4	5	9
Laos	1		1
Letland	1		1

Libanon	2	2	4
Macao		1	1
Macedonië	1	6	7
Maleisië	1		1
Mali	1		1
Marokko	199	514	713
Mauretanië	3	2	5
Mexico	1		1
Namibië	2	3	5
Nederl. Antillen	60	82	142
Nederland	12013	16560	28573
Nicaragua	1		1
Nieuw-Zeeland	1		1
Nigeria	2	3	5
Noord-Korea	1		1
Noorwegen	2	1	3
Oekraïne		8	8
Oman	1		1
Onbekend	711	694	1405
Oostenrijk		1	1
Pakistan	17	15	32
Palestina		2	2
Panama	2	2	4
Papoea-NwGuinea		1	1
Peru	1	2	3
Polen	7	16	23
Portugal	13	24	37
Roemenië	1	6	7
RUSLAND	2	11	13
S. Tome, Principe		4	4
San Marino		2	2
Saoudi-Arabië	2	5	7
Senegal		1	1
Sierra Leone		2	2
Singapore		4	4
Slowakijë		3	3
Soedan	2	2	4
Somalië	4	11	15
Spanje	25	23	48
StPier., Miquel.		1	1
Suriname	253	458	711
Syrië	4		4
Taiwan		3	3
Thailand	1	7	8
Togo	8		8
Tokelau-eil.	1		1
Tsjechische rep		3	3
Tunesië	4	8	12
Turkije	246	478	724
Turks-, Caicosin		1	1
United Kingdom	9	25	34
Uruguay	2	1	3
USA	6	5	11
Venezuela	1	3	4
Vietnam		4	4
Zaire		5	5
Zuid-Afrika	4	4	8
Zuid-Korea	1	2	3
Zweden		1	1
Zwitserland		3	3
(blank)	534	863	1397
Eindtotaal	14425	20472	34897

Totaal aantal mannen en vrouwen



Aantal patiënten per leeftijd



Aantal	
Leeftijd	Totaal
0	2771
1	291
2	176
3	126
4	114
5	112
6	119
7	73
8	70
9	57
10	56
11	57
12	49
13	50
14	67
15	77
16	88
17	114
18	120
19	138
20	161
21	185
22	221
23	288
24	251
25	283
26	330
27	356
28	346
29	372
30	415
31	431
32	470
33	501
34	508
35	499
36	600
37	472
38	379
39	420
40	419
41	438
42	354
43	351
44	360
45	425
46	374
47	349
48	339
49	418
50	449

51	426
52	481
53	488
54	574
55	471
56	609
57	623
58	605
59	631
60	534
61	522
62	417
63	412
64	531
65	615
66	521
67	523
68	516
69	510
70	485
71	430
72	528
73	469
74	448
75	556
76	455
77	537
78	431
79	448
80	399
81	408
82	408
83	397
84	339
85	319
86	226
87	212
88	178
89	135
90	155
91	120
92	84
93	78
94	61
95	42
96	18
97	12
98	12
99	2
101	6
102	1
Eindtotaal	34897

Bijlage 5: Interview hoofd Voeding

Naam: Ineke van Zetten

Functie: Hoofd Voeding

1. Welk effect heeft de invoering van de nieuwe Zorgwet op de organisatie en financiering van de afdeling Voeding van het SFG voor de patiëntmaaltijden?

De organisatie moet omgaan met concurrentie van andere ziekenhuizen. Ziekenhuizen moeten meer marktgericht gaan werken. Patiënten zullen hun ziekenhuis in eerste plaats uitzoeken naar de medische zorg. Het Facilitair Bedrijf kan hierop inspelen door de secundaire voorzieningen (parkeren, voeding, service) goed te regelen. Zodat het totaalplaatje van medische zorg tot de service er omheen goed geregeld is.

Daarnaast is door de invoering van de DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) een korte verblijfsduur van patiënten belangrijk. Dit levert geld op voor ziekenhuizen. Voeding speelt hier ook een rol in, goede voeding versnelt het genezingsproces. Dit houdt in dat de patiënt sneller beter is en dus sneller naar huis mag.

2. In hoeverre is de afdeling Voeding van het SFG voor de patiëntmaaltijden bezig met de verandering van aanbod- naar vraaggericht werken, waarbij maatwerk geleverd moet worden?

Door het houden van enquêtes onder de patiënten, kijken we welke punten verbeterpunten moeten zijn. En hier wordt dan ook aan gewerkt.

We willen ook het assortiment van de maaltijden aanpassen. Zo hebben de jongere patiënten een andere eetgewoonte (denk aan eenpansgerechten, salades) dan de oudere generatie patiënten (denk aan de combinatie van aardappelen, groente en een stuk vlees). Er moet voor elke patiënt een keuze zijn die hij/zij lekker vindt.

Daarnaast zijn we ook bezig met het invoeren van broodbuffetwagens, waarbij de patiënt à la minuut kan bestellen wat hij/zij op dat moment wil eten.

3. De belevingseconomie in de gezondheidszorg is opgang. Hoe speelt de afdeling Voeding hier nu al op in?

Patiënten krijgen bijvoorbeeld nu al twee keer per week een 'warm pistoletje'. Op termijn gaan we dat uitbreiden. Verder wordt de invoering van broodbuffetwagens een gevolg hiervan.

4. Wat voor een verband ziet u tussen voeding en het genezingsproces van de patiënt?

Voeding maakt sneller beter. 'Een goede eter is sneller beter'.

5. Hoe wordt omgegaan met ondervoeding van patiënten?

De diëtisten zijn bezig met het opstellen van een vragenlijst die voor iedere patiënt bedoeld is. Door de antwoorden die de patiënten op de vragen geven, kan vastgesteld worden of de patiënt ondervoed is. Als de patiënt ondervoed is, heeft deze recht op tussendoortjes.

6. Hoe ziet u de toekomst van de patiëntmaaltijden binnen het SFG?

De invoering van buffetwagens.

Bijlage 6: Interview

Namen en functies:

- Peter Burnet → 1^e medewerker portioneerkeuken
- Gerard van Delft → 1^e medewerker productiekeuken
- en Patrik Boumans → 1^e medewerker voedingsadministratie

1. Is het proces van de patiëntmaaltijden centraal of decentraal geregeld?

Centraal geregeld vanuit de eigen keuken van het SFG.

(Gerard van Delft en Peter Burnet)

2. Waarom is er binnen het SFG gekozen om de patiëntmaaltijden in eigen beheer te houden, in plaats van uitbesteden?

In eerste instantie wilde het SFG het proces van de patiëntmaaltijden uitbesteden. Hier is uiteindelijk toch niet voor gekozen, omdat de nadelen zwaarder wogen dan de voordelen. Het in eigen beheer produceren was uiteindelijk voordeliger (minder kosten), de inspraak is groter en organisatorisch kan er flexibeler bij problemen (vb. bij calamiteiten) ingespeeld worden.

(Gerard van Delft en Peter Burnet)

3. Waarom is er gekozen voor een ontkoppelde keuken in plaats van een gekoppelde keuken?

Voorheen (vóór 2001) werkten we in een gekoppelde keuken en op een andere locatie binnen het SFG. Er is voor een ontkoppelde keuken gekozen, om onder andere mee te gaan met de ontwikkelingen en het kost minder personeel (koks), waardoor de kosten ook minder zijn geworden. De kosten voor de grondstoffen/ingrediënten van de maaltijden zijn in de ontkoppelde keuken overigens iets duurder geworden. Dit komt door de invoering van convenienceproducten.

(Gerard van Delft en Peter Burnet)

4. Hoe waren de retourmaaltijden vóór 2001 bij de gekoppeld keuken?

Hetzelfde als nu (circa 10%). Dit heeft onder andere te maken met de aanvragen via systeem en inschatten van het aantal maaltijden.

Ook bij de gekoppelde keuken deden de patiënten één dag van tevoren hun maaltijd aanvragen.

(Gerard van Delft en Peter Burnet)

5. Hoe zien jullie de toekomst van de patiëntmaaltijden?

Decentraal geregeld op de verschillende afdelingen van het SFG. Dit in de vorm van broodbuffetwagens (voor niet-mobiele patiënten) en/of shuttle restaurants (voor mobiele patiënten).

Meer betrokkenheid met patiënten → klantvriendelijk, het ontkoppelpunt dicht bij de klant leggen. Dat is nu niet het geval.

Er moeten mensen op de afdelingen zijn, die zich alleen bezig houden met voeding (voedingsassistenten) en daarnaast niet ook nog met zorg, zoals nu het geval is (zorgassistenten).

(Gerard van Delft en Peter Burnet)

6. Waarom zorgassistenten en geen voedingsassistenten?

Ongeveer 6 à 7 jaar geleden zijn de voedingsassistenten omgezet naar zorgassistenten. De reden hiervoor weet ik niet precies. Er was geen duidelijke lijn met de verpleging en de voedingsassistenten. De voedingsassistenten vielen namelijk onder de keuken en niet onder de verpleegafdeling. Het is ook een besparing, want voedingsassistenten zijn alleen met voeding en vocht bezig en zorgassistenten kunnen ook verplegen als dit nodig is.

(Patrik Boumans)

7. Welke leveranciers zijn er voor de keuken van het SFG?

Er kan een onderscheidt gemaakt worden tussen twee soorten leveranciers. Leveranciers voor de maaltijdcomponenten en leveranciers voor de grootkeukenapparatuur.

(Patrik Boumans)

8. Welke rol hebben de leveranciers van de maaltijdcomponenten in het proces van de patiëntmaaltijden? (vroeger, nu en in de toekomst)

Vroeger en nu:

In de gekoppelde keuken werd er gewerkt met onbewerkte grondstoffen. Bij de start van de ontkoppelde keuken is steeds meer convenienceproducten ingekocht. Zo kent de keuken nu voornamelijk convenienceproducten, maar ook nog een aantal producten die zelf gemaakt moeten worden. *(Patrik Boumans)*

Toekomst:

Hoe de toekomst eruit gaat zien weet ik niet. Ik denk dat het ontkoppeld koken blijft met convenienceproducten, met daarnaast satellietkeukens op de afdelingen.

Zelf zie ik het liefst een ontkoppelde keuken waar gewerkt wordt met onbewerkte grondstoffen.

Een kok wil een gerecht maken en geen zak opentrekken!

(Patrik Boumans)

Toekomst:

Ik denk dat convenienceproducten het in de toekomst zullen winnen van de onbewerkte grondstoffen. Het is natuurlijk makkelijk en je kunt flexibel inspelen op de vraag naar voeding.

Zelf ben ik kok en zie ik koken met onbewerkte grondstoffen in de toekomst weer terugkomen.

Dit zie je trouwens sowieso ook steeds meer terugkomen.

Vanuit directie oogpunt zou ik kiezen voor convenienceproducten en waar vooral veel op de afdelingen zelf gedaan wordt, waardoor de service een kortere lijn krijgt. Dit zal een hoop kosten besparen, zowel voor de arbeidskosten als voor de kosten van de keuken.

(Gerard van Delft)

Bijlage 7: De voedingsadministratie

Datum: 24 januari 2006 (meeloopdag)

Tijd: 7.00 – 15.30 uur

1^e Medewerker: Patrik Boumans

Verslag

Kerntaak

De voedingsadministratie is het middelpunt in het proces van de patiëntmaaltijden. Ze zijn zowel organisatorisch als productief bezig. Organisatorisch zorgt de afdeling ervoor dat gegevens verwerkt worden en productief zorgt de afdeling ervoor dat de gegevens aan de betreffende afdelingen geleverd worden.

Foodcare

De voedingsadministratie is sinds 1999 werkzaam met het automatiseringsprogramma Foodcare. Foodcare is een integraal voedingsdistributie- en managementsysteem, dat door McKesson op de markt is gebracht (*bron: www.mckesson.nl 31/1/2006 8:55*). Het programma is geschikt voor alle voedingsaanvragen van patiënten binnen het SFG en ondersteunt de keuken van het SFG bij het kookproces (*bron: Handboek automatiseringsprogramma Foodcare*).

Foodcare is gekoppeld aan het softwareprogramma Chipsoft Ezis. Chipsoft Ezis is sinds november 2003 door het SFG in productie genomen en is een ziekenhuis informatiesysteem (*bron: Intranet SFG 10/2/2006 13:29*). Datum en tijdstip van opname, datum en tijdstip van ontslag, overplaatsing naar andere afdeling zijn voorbeelden van gegevens over patiënten dat in Chipsoft Ezis wordt geregistreerd. Door de live verbinding tussen Foodcare en Chipsoft Ezis, worden de gegevens van de patiënten die ingevoerd zijn in Chipsoft Ezis, ook automatisch binnen hele korte tijd geregistreerd in Foodcare.

Menulijsten en bandkaarten

Elke ochtend zorgt de voedingsadministratie ervoor dat de zorgassistenten van de verpleegafdelingen binnen het SFG menulijsten krijgen.

Zodra de menulijsten ingevuld zijn door de patiënten, moeten de zorgassistenten ervoor zorgen dat de gegevens van de menulijsten vóór 14.00 uur in Foodcare zijn ingevoerd.

Foodcare zorgt de volgende dag automatisch ervoor dat de ingevoerde menugegevens op bandkaarten worden afgedrukt (7.00 uur voor het ontbijt, 8.00 uur voor de lunch en 12.00 voor het diner). Een bandkaart bevat enerzijds informatie voor de portioneerkeuken (bakcodes) en anderzijds informatie over de patiënt en de maaltijdsamenstelling. Deze bandkaarten gaan rechtstreeks naar de portioneerkeuken, waar de maaltijden geportioneerd worden.

Omdat het SFG een ziekenhuis is en daardoor constant patiënten binnenkomen en weggaan, kan dit gevolgen hebben voor het voedingsproces. Als een patiënt nieuw binnenkomt op een afdeling en geregistreerd wordt in Chipsoft Ezis, maar nog geen menulijst heeft kunnen invullen, dan registreert Foodcare voor deze patiënt automatisch een standaardmaaltijd.

Als een patiënt ontslagen wordt en dit wordt geregistreerd in Chipsoft Ezis, dan registreert Foodcare automatisch voor deze patiënt géén maaltijd meer.

Een patiëntmaaltijd die na het afdrucken van de bandkaarten nog binnenkomt, wordt gekenmerkt als 'nagekomen maaltijd'. De portioneerkeuken houdt rekening met 'nagekomen maaltijden' en portioneert altijd extra standaardmaaltijden.

Voorbeeld: een patiënt wordt om 10.00 uur opgenomen. Deze patiënt moet wel een lunchmaaltijd krijgen, terwijl de lunchmaaltijden al geportioneerd zijn. De patiënt krijgt dan een standaardmaaltijd die de portioneerkeuken extra geportioneerd heeft.

Eens per kwartaal krijgt de menulijst een ander assortimentsamenstelling. Het is de taak van de voedingsadministratie om dit door te voeren in Foodcare.

Knelpunten patiëntmaaltijden

Het komt wel eens voor dat een patiënt door de diëtiste een dieet krijgt voorgeschreven. Als de zorgassistent dit niet op tijd aan de voedingsadministratie doorgeeft, dan kan het voorkomen dat de patiënt twee maaltijden krijgt, omdat de ongewijzigde maaltijd al geportioneerd is.

De verpleegafdelingen geven niet altijd op tijd door als een patiënt ontslagen is. De patiënt krijgt dan nog wel een maaltijd, terwijl de patiënt al naar huis is.

Ook wordt niet altijd goed doorgegeven als een patiënt naar een andere verpleegafdeling geplaatst wordt.

De medewerkers van de voedingsadministratie vinden dat het secretariaat van de verpleegafdelingen zich consequent bezig moeten houden met het invoeren en uitschrijven van patiënten.

Leveranciers

SFG haalt de goederen voor de patiëntmaaltijden bij de volgende leveranciers:

- Deli XL → vers en gedroogde kruidenierswaren;
- Totaal VERS → groenten, fruit en rauwkosten;
- De Jong → diepvries (onder andere: toetjes, vlees en groenten);
- Brood banketservice.

Voorbeelden taken voedingsadministratie

- Bandkaarten en bakcodes voor de portioneerkeuken uitdraaien.
- Menulijsten voor de verpleegafdelingen van het SFG uitdraaien.
- Prognose- (één keer per week) en definitieve productielijsten (elke dag) voor de productiekeuken uitdraaien.
- Naast de patiëntmaaltijden die de zorgassistenten in Foodcare kunnen invoeren, kunnen de verpleegafdelingen, maar ook andere soort afdelingen, aparte bestellingen doorgeven (voorbeeld: de kindercrèche, gevestigd naast het SFG, wil 10 pakken melk). Dit wordt aan de voedingsadministratie via een koker, telefonisch of per e-mail doorgegeven. Dit gaat buiten Foodcare om en wordt achteraf aan de betreffende afdeling doorberekend.
- Als de menulijst een ander assortimentssamenstelling krijgt, wordt dit doorgevoerd in Foodcare.
- Goederen van leveranciers in ontvangst nemen en opruimen.
- Controleren facturen van de leveranciers. Als er iets niet klopt dit telefonisch doorgeven aan de leverancier.
- Goederen inkopen bij de leveranciers.
- Melk op dienbladen verdelen voor de verpleegafdelingen van het SFG en melk bestellen.
- Voert gewijzigde patiëntgegevens, die zorgassistenten doorgeven, door in Foodcare.

Bijlage 8: De productiekeuken

Datum: 25 januari 2006 (meeloopdag)

Tijd: 7.00 – 15.30 uur

1^e Medewerker: Gerard van Delft

Verslag

Het SFG kent een eigen productiekeuken, waar alleen maaltijden voor de patiënten van het SFG bereid worden. Een productiekeuken is een hoofd of centrale keuken, waar alles geproduceerd en voorbereid wordt (*bron: Mathôt, P. Hospitality Management – blz. 116*).

In de productiekeuken van het SFG worden de patiëntenmaaltijden voor het ontbijt, de lunch en het diner, maar ook de extra maaltijdverstrekkingen, zoals dieetmaaltijden, bereid.

Het bereiden van de maaltijden gebeurt in een ontkoppelde keuken. Ontkoppeld koken wil zeggen dat het moment van bereiding losgekoppeld wordt van het moment van consumptie door middel van terugkoelen (*bron: Burg, Y. Service Management Theorie 2 – blz. 62*).

Vóór 2001, toen de keuken nog een andere locatie binnen het SFG kende, werden de maaltijden in een gekoppelde keuken bereid. Gekoppeld koken wil zeggen dat de consumptie direct na bereiding plaatsvindt (*bron: Burg, Y. Service Management Theorie 2 – blz. 58*).

Eén keer per week draait de voedingsadministratie prognoselijsten uit voor zeven productiedagen. De productiekeuken kan aan de hand van deze prognoselijsten inschatten hoeveel maaltijden zij moeten bereiden. Daarnaast draait de voedingsadministratie ook nog twee keer per dag (voor de lunch – om circa 8.00 uur – en het diner – om circa 10.00 uur) een definitieve productielijst voor de productiekeuken uit. Op deze manier kunnen de medewerkers van de productiekeuken controleren of zij genoeg voorbereid hebben. Als dit niet het geval is, hebben ze nog tijd om wat bij te maken. Om de drie weken worden dezelfde maaltijden gemaakt en per kwartaal worden de menusamenstellingen gewijzigd (dit doet de productiekeuken samen met de voedingsadministratie).

De productiekeuken van het SFG bereidt de maaltijden op de volgende manieren:

- *Cook chill* (20%)

De maaltijdcomponenten worden één tot drie dagen voor consumptie bereid. Het bereiden gebeurt met gedeeltelijke convenienceproducten. Dit zijn maaltijdcomponenten die door de leverancier gedeeltelijk of geheel zijn voorbereid, maar wel al kook- en/of bakklaar zijn (*bron: Burg, Y. Service Management Theorie 2 – blz. 77*). Voorbeelden zijn: geschilde en gewassen aardappelen, gesneden en gewassen groenten en voorgebakken vlees.

Als de maaltijdcomponenten warm bereid zijn, worden deze weer teruggekoeld naar 4 graden Celsius. Nadat ze teruggekoeld zijn worden deze afgedekt of gasverpakt. Gasverpakken wil zeggen dat de componenten met een gasmengsel van bijvoorbeeld kooldioxide en stikstof, luchtdicht worden verpakt (*bron: Burg, Y. Service Management Theorie 2 – blz. 67*). De maaltijdcomponenten zijn dan zeven dagen houdbaar.

Als de maaltijdcomponenten afgedekt of gasverpakt zijn worden er stickers op de verpakkingen geplakt met de naam van het product, de datum van productie en de houdbaarheidsdatum. Daarna worden de maaltijdcomponenten opgeslagen in een bewaarkoelcel.

In het schema hieronder worden de productiedagen en de dag van productie weergegeven:

<u>Productiedagen:</u>		<u>Productie:</u>
Maandag	→	dinsdag
Dinsdag	→	woensdag en donderdag
Woensdag	→	vrijdag en zaterdag
Donderdag	→	zondag
Vrijdag	→	maandag

Uitzondering:

De pap voor het ontbijt en de lunch wordt gekoppeld gekookt.

- *Koud koken (20%)*
Dit gebeurt bij het bereiden van sauzen, soepen en toespijken. Hier wordt, net als bij cook chill, gebruik gemaakt van gedeeltelijke convenienceproducten.
Het koud koken wordt ook, net als bij cook chill volgens het schema, bereid, afgedekt, voorzien van een sticker en opgeslagen in de bewaarkoelcel.
Het enige verschil tussen koud koken en cook chill, is dat cook chill warm bereid wordt en koud koken koud bereid. De maaltijdcomponenten van het koud koken hoeven dus niet teruggekoeld te worden, wat bij cook chill wel het geval is.
- *Kant-en-klaar (60%)*
Dit zijn maaltijdcomponenten die door de leverancier al geheel zijn voorbereid en alleen nog maar geassembleerd / geportioneerd hoeven te worden.

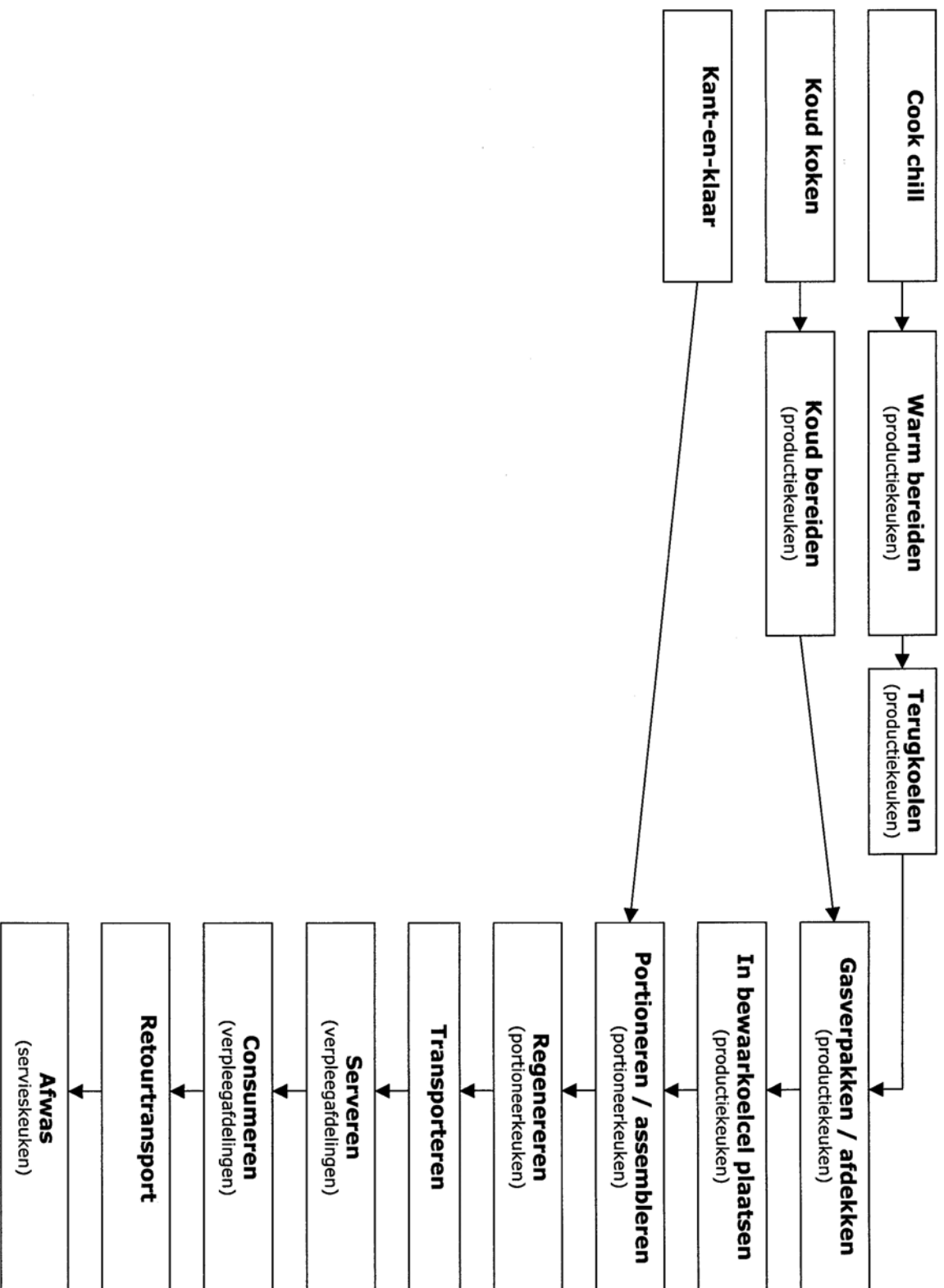
Bij het bereiden van de patiëntmaaltijden wordt altijd een buffer aangemaakt. Dit wordt gedaan om niet te kort te schieten in de vraag naar maaltijden. Nadat alle patiënten voorzien zijn van maaltijden worden de overgebleven maaltijden ongebruikt weggegooid.

In de productiekeuken zijn twee koks aanwezig. Zij zien *efficiency* en *HACCP* als belangrijke begrippen en dit wordt dan ook zoveel mogelijk toegepast. *Efficiency* wil zeggen doelmatig werken om zo laag mogelijke kosten te bereiken (*bron: Keuning, D. Management & Organisatie – blz. 114*). En *HACCP* wil letterlijk zeggen Hazard, Analysis, Critical, Control, Points. Met andere woorden een risicoanalyse van kritische beheerspunten. HACCP is een meetsysteem voor het beheersen van gevaren bij het bereiden van voedsel (*bron: Mathôt, P. Hospitality Management – blz. 235*).

Naast het toepassen van HACCP bij het bereiden van voedsel, wordt HACCP ook toegepast op het voorraadbeheer van het voedsel. Zo moeten de voorraden gesorteerd worden op datum (first in, first out). Hoe kleiner de voorraad hoe beter.

De productiekeuken koopt niet zelf de goederen in, dit doet de voedingsadministratie. De koks denken als het moet wel mee.

Op de volgende pagina is de procedure van het ontkoppeld koken binnen het SFG weergegeven in een schema:



Bijlage 9: De portioneerkeuken

Datum: 27 januari 2006 (meeloopdag)

Tijd: 7.00 – 15.30 uur

1^e Medewerker: Peter Burnet

Verslag

In de portioneerkeuken zijn de werkzaamheden tijdgebonden.

Acht medewerkers staan drie keer op een dag aan een lopende band.

Om 7.00 uur wordt het ontbijt geportioneerd, om 8.30 uur de lunch en om 13.30 uur het diner. De maaltijden worden koud geportioneerd en hoeven dus niet direct getransporteerd te worden naar de verpleegafdelingen.

Naast het portioneren van de maaltijden houden de medewerkers van de portioneerkeuken zich ook onder andere bezig met het bijvullen van producten en zijn zij ook werkzaam in de afwaskeuken waar de afwas van het servies gedaan wordt.

Nadat de maaltijden geportioneerd en gecontroleerd zijn, worden de borden en eventueel de soep op de dienbladen voorzien van een deksel en worden de dienbladen daarna in maaltijdkarren gezet. Deze maaltijdkarren zijn voorzien van twee verwarmingselementen.

De maaltijdkarren worden naast de portioneerkeuken in een aparte ruimte gezet, waar het proces van regenereren kan plaatsvinden.

Regenereren wil zeggen het verwarmen van maaltijden tot een minimale verstrekkingstemperatuur van 75 graden Celsius (*bron: Burg, Y. Service Management Theorie 2 – blz. 68*).

Het verwarmen van de maaltijden vindt plaats via warmtegeleiding (contactwarmte). Elk dienblad kent twee verwarmingselementen. Eén voor de soep en één voor het bord.

Bij de broodmaaltijden wordt een dunnere deksel (groen van kleur) gebruikt dan bij de avondmaaltijden (rood van kleur), zodat bij de broodmaaltijden geen contact gemaakt wordt met de verwarmingselementen.

De verwarmingselementen worden door speciaal ontworpen besturingstechniek, automatisch ingeschakeld op het gewenste tijdstip (*bron: Handboek automatiseringsprogramma Foodcare*).

Nadat de maaltijden zijn geregenereerd wordt bij het ontbijt en de lunch achteraf de pap bijgezet, omdat dit nog op een traditionele manier bereid wordt.

Daarna zorgen de medewerkers van de afdeling logistiek ervoor dat de maaltijdkarren naar de verpleegafdelingen van het SFG gebracht worden.

Bijlage 10: Verpleegafdeling SFG

De zorgassistent op een verpleegafdeling binnen het SFG is belast met het leveren van assistentie aan verpleegkundigen en verzorgenden in alle fasen van het verpleegproces. Het leveren van voeding en vocht is een onderdeel hiervan (bron: functiebeschrijving zorgassistent SFG).

Verpleegafdeling: *Haematologie / Oncologie*

DAG 1

Datum: *2 februari 2006 (meeloopdag)*

Tijd: *7.30 – 16.00 uur*

De zorgassistent die mij vandaag zou rondleiden kon niet aanwezig zijn, wegens privé-zaken. Een leerling verpleegkundige nam de taken van de zorgassistent één dag op zich.

Naam zorgassistent: *Diana Verhagen*

DAG 2

Datum: *3 februari 2006 (meeloopdag)*

Tijd: *7.30 – 16.00 uur*

Naam zorgassistent: *Leny van Leeuwen*

DAG 3

Datum: *7 februari 2006 (meeloopdag)*

Tijd: *16.30 – 22.00 uur*

Naam zorgassistent: *Sam Minetti (medisch student)*

DAG 4

Datum: *8 februari 2006 (meeloopdag)*

Tijd: *16.30 – 22.00 uur*

Naam zorgassistent: *Jantien Middelveen (medisch student)*

Activiteit	Punt	Observatie dag 1	Observatie dag 2
Drinkrondje (8.00 uur) De zorgassistent gaat met een kar langs de patiënten waar keuze is voor zowel warm als koud drinken.			
Ontbijtmaaltijden uitdelen (8.15 uur)	1	Een patiënt wilde zijn maaltijd niet, omdat een diëtiste hem sondevoeding had voorgeschreven. De maaltijd werd ongebruikt in de kar teruggezet. Wel had de patiënt zijn sondevoeding gekregen.	Er waren een aantal patiënten die 'nuchter' moesten zijn. De maaltijden van deze patiënten werden bewaard voor als ze nog vóór de lunchmaaltijd mogen en/of willen eten.
	2	Als een maaltijd ongebruikt in de kar werd teruggezet, haalde de zorgassistent de voeding van het dienblad af en legde dit in de koelkast die op de eigen afdelingskeuken staat.	Een patiënt wilde zijn maaltijd niet, omdat hij zijn mond niet ver open kon doen. Hij had alleen zijn via opgegeten. De rest van de maaltijd werd ongebruikt in de kar teruggezet.
	3		Als een maaltijd ongebruikt in de kar werd teruggezet, haalde de zorgassistent de voeding van het dienblad af en legde dit in de koelkast die op de eigen afdelingskeuken staat.
	4		Een patiënt had geen ontbijtmaaltijd gekregen. De oorzaak was onbekend. Dit kwam omdat de zorgassistent de dag daarvoor niet had gewerkt en ook niet wist of er iets fout was gegaan met het invoeren van de gegevens in de computer. De zorgassistent stelde zelf een maaltijd samen met voeding uit de koelkast die op de eigen afdelingskeuken staat.
Menulijsten uitdelen (9.00 uur) 's Ochtends zorgt de voedingsadministratie ervoor dat met de karren van de ontbijtmaaltijden alle verpleegafdelingen binnen het SFG menulijsten krijgen. Deze menulijsten zijn persoonlijk. De naam van de patiënt staat erop en de voeding waar de patiënt uit kan kiezen.	1	Als een patiënt hulp nodig had met het invullen van de menulijst, dan hielp de zorgassistent. Over het algemeen vullen de patiënten zelf de menulijst in.	De zorgassistent hielp de patiënten met het invullen van de menulijst. De patiënt die het zelf konden, deden het zelf.
	2	Een patiënt was in de war. De zorgassistent vulde de menulijst zelf in, zonder overleg met de patiënt.	Als de zorgassistent nog niet zeker wist of een patiënt vóór morgen ontslagen werd uit het ziekenhuis, dan vulde zij de menulijst wel voor de zekerheid in. Als vóór 14.00 uur definitief bekend is dat een patiënt diezelfde dag nog ontslagen wordt, dan kan dit nog gewijzigd worden in de computer. Deze patiënt zal dan voor de volgende dag geen maaltijd meer krijgen.

<i>Melk bestellen</i> (vóór 11.00 uur)	1	De zorgassistent liet dit door iemand anders doen, omdat zij dit nog nooit gedaan had. Ik heb hier verder niets van meegekregen.	
<i>De dienbladen van het ontbijt worden weer opgehaald</i> (9.15 uur)			
<i>De menulijsten die de patiënten zelf hebben ingevuld, worden weer opgehaald</i> (10.00 uur)			
<i>Drinkrondje</i> (10.00 uur)			
<i>De gegevens van de menulijsten worden in de computer ingevoerd</i> (vóór 12.00 uur)	1	De zorgassistent had geen ervaring met het invoeren van de menugegevens in de computer. Zij bracht de menulijsten naar een andere zorgassistent op een andere verpleegafdeling. Ik heb hier verder niets van meegekregen.	Voor de zorgassistent de gegevens van de menulijsten in de computer ging invoeren, controleerde ze eerst of alle patiënten de menulijsten hadden ingevuld.
Dit gebeurt via het softwareprogramma Foodcare. De voedingsadministratie krijgt deze gegevens binnen.	2		De zorgassistent voert de menugegevens handmatig in de computer.
	3		Als het bekend is dat een patiënt de volgende dag ontslagen wordt uit het ziekenhuis, dan voert de zorgassistent 'geen maaltijd' in. Dit wil zeggen dat de patiënt voor de volgende dag dus geen maaltijd meer krijgt.
<i>Drinkrondje</i> (12.00 uur)			
<i>Lunchmaaltijden uitdelen</i> (12.15 uur)	1	De patiënten die 's ochtends ontslagen waren uit het ziekenhuis, hadden nog wel een lunchmaaltijd ontvangen. De maaltijden werden ongebruikt in de kar teruggezet.	Er was een maaltijd over van een patiënt bij de dagbehandeling, omdat deze patiënt al naar huis was. De maaltijd werd ongebruikt in de kar teruggezet.
	2	Een patiënt die 's ochtends had aangegeven dat hij van de diëtiste sondevoeding moest krijgen en dus geen maaltijd, had zowel zijn lunchmaaltijd als de sondevoeding gekregen. Met andere woorden: de lunchmaaltijd werd ongebruikt in de kar teruggezet en de sondevoeding werd aan de patiënt gegeven. (zie ook punt 1 bij 'ontbijtmaaltijden uitdelen')	In de ochtend is voor een diabeet patiënt een diabeet-maaltijd in de computer ingevoerd. Bij de lunchmaaltijd kreeg deze patiënt zijn diabeet-maaltijd, maar ook een standaardmaaltijd. Twee maaltijden dus! Allebei deze maaltijden konden ongebruikt in de kar teruggezet worden, omdat de patiënt nuchter moest zijn.

<i>Lunchmaaltijden uitdelen</i> (12.15 uur)	3	Een nieuwe patiënt die nog niet ingeschreven was, maar wel 's ochtends gearriveerd was, kreeg geen lunchmaaltijd. De patiënt kreeg een maaltijd die over was (van de patiënt die bij punt 2 'lunchmaaltijden uitdelen' beschreven staat). De lunchmaaltijd werd aangevuld met de verzamelde voeding die in de koelkast van de eigen afdelingskeuken staat.	Een patiënt (dezelfde als bij punt 2 'ontbijtmaaltijden uitdelen'), had 's ochtends bij het ontbijtmaaltijd aangegeven dat hij niet kon eten en hoefde zijn maaltijd dus weer niet. Deze maaltijd kon dus weer ongebruikt in de kar teruggezet worden.
	4	Een aantal patiënten die op de dagbehandeling zaten, waren niet voorzien van een maaltijd. Het bleek dat deze maaltijden op een verkeerde afdeling bezorgd waren. Ook zij kregen (net als beschreven staat bij punt 3 'lunchmaaltijden uitdelen') een lunchmaaltijd die over was en eventueel aangevuld met wat voeding uit de koelkast van de eigen afdelingskeuken. Of de zorgassistent stelde zelf een maaltijd samen uit de koelkast van de eigen afdelingskeuken. De patiënten van de dagbehandeling krijgen normaal gesproken een standaardmaaltijd.	Een patiënt (dezelfde als bij punt 4 'ontbijtmaaltijden uitdelen') had nu ook geen lunchmaaltijd gekregen. De maaltijd werd samengesteld met voeding uit de koelkast die op de eigen afdelingskeuken staat.
	5		Een patiënt die in de ochtend was overgeplaatst naar een andere afdeling, kreeg wel zijn maaltijd nog op de oude afdeling. De maaltijd werd ongebruikt in de kar teruggezet.
<i>De dienbladen van de lunchmaaltijd worden weer opgehaald</i> (13.30 uur)			
<i>Drinkrondje</i> (14.30 uur)			
<i>Ophalen glazen en kopjes</i> (15.00 uur)	1	Hier was ik niet meer bij aanwezig.	Hier was ik niet meer bij aanwezig.
<i>Einde werkdag</i> (16.00 uur)			

Activiteit	Punt	Observatie dag 3	Observatie dag 4
<i>Drinkrondje</i> (17.00 uur) De zorgassistent gaat met een kar langs de patiënten waar keuze is voor zowel warm als koud drinken.			
<i>Avondmaaltijden uitdelen</i> (17.30 uur)	1	De zorgassistent hielp patiënten met eten als zij hulp nodig hadden.	Er waren een hoop maaltijden van de dagbehandeling over, terwijl deze patiënten al naar huis waren. De maaltijden werden ongebruikt in de kar teruggezet.
	2	Een patiënt moest nuchter zijn. De maaltijd werd ongebruikt in de kar teruggezet.	Patiënten die in de loop van de ochtend of middag ontslagen waren uit het ziekenhuis, kregen nog wel een avondmaaltijd. Deze maaltijden werden ongebruikt in de kar teruggezet.
	3	Een patiënt was naar een andere afdeling verplaatst. De maaltijd werd ongebruikt in de kar teruggezet.	
	4	Er waren vier avondmaaltijden voor de dagbehandeling, terwijl deze patiënten al naar huis waren. De maaltijden werden ongebruikt in de kar teruggezet.	
<i>De dienbladen van de avondmaaltijd worden weer opgehaald</i> (18.15 uur)			
<i>Drinkrondje</i> (20.00 uur)			
<i>Verschillende werkzaamheden verrichten</i> (20.30 uur)	1	Hier was ik niet meer bij aanwezig.	Hier was ik niet meer bij aanwezig.
<i>Einde werkdag</i> (22.00 uur)			

Overige opmerkingen observatie dag 1:

Aangezien ik met een zorgassistent meeliep, die de werkzaamheden van een zorgassistent voor het eerst deed, heb ik niet alle handelingen kunnen zien die een zorgassistent met betrekking tot voeding uitvoert.

Het gaat om de volgende handelingen:

- melk bestellen;
- menugegevens in de computer invoeren.

Overige opmerkingen observatie dag 2:

De handelingen van een zorgassistent met betrekking tot voeding zijn duidelijker geworden ten opzichte van dag 1.

De zorgassistent was vriendelijk tegen de patiënten en hielp als het nodig was.

Als de ontbijt- en lunchmaaltijden op de verpleegafdeling binnen kwamen ging er altijd wel iets mis. Of een patiënt hoefde geen maaltijd of een patiënt kreeg geen maaltijd.

Het doorgeven van informatie over patiënten aan de voedingsadministratie gebeurde alleen via het softwareprogramma Foodcare. Bellen als er een wijziging was gebeurde niet.

Overige opmerkingen observatie dag 3:

De zorgassistent vertelde mij dat het vooral mis gaat met de maaltijden voor de dagbehandeling. Zij zijn de enige afdeling binnen het SFG dat dagbehandelingen op de verpleegafdeling zelf heeft.

Het is mogelijk dat als de zorgassistent 's ochtends al weet dat iemand die dag ontslagen wordt, om eventueel de lunch- en avondmaaltijd te annuleren bij de voedingsadministratie. Het is echter niet zeker of de patiënt voor de avondmaaltijd al naar huis is, ook al wordt deze 's ochtends ontslagen, dit in verband met evaluaties en dergelijke met de dokter. De zorgassistent laat voor de zekerheid toch de maaltijden komen.

De zorgassistent vindt de manier van gekoppeld koken beter. Voor iedere afdeling één kok, die vervolgens flexibel kan inspelen op de vraag naar maaltijden op de afdeling.

Overige opmerkingen observatie dag 4:

Ook vandaag ging het weer mis met de avondmaaltijden voor de dagbehandelingen. Ellen Lagendijk, afdelingshoofd, vertelde mij dat zij denkt dat dit te maken heeft met het systeem Chipsoft EZis.

Chipsoft EZis is sinds november 2003 in productie genomen en is een ziekenhuis informatiesysteem, waar onder andere nieuwe en ontslagen patiënten worden geregistreerd (*bron: Intranet SFG 8/2/2006 19:08*).

Als patiënten van de dagbehandeling na 13.00 uur nog aanwezig zijn, rekent het systeem Chipsoft EZis automatisch een standaard avondmaaltijd. Als patiënten vóór 13.00 uur al weg zijn, dan is het systeem goed afgestemd en krijgt de patiënt geen avondmaaltijd, maar alleen een lunchmaaltijd.

Het is een tijd goed gegaan met het systeem Chipsoft EZis en de avondmaaltijden, maar Ellen Lagendijk denkt, omdat het programma steeds nieuwere versies kent, dit nu niet meer goed werkt. Het doorbellen dat patiënten geen avondmaaltijd hoeven, kost zoveel extra tijd voor de zorgassistentes, dat ze dit niet doen.

In deze bijlage wordt een deel van de begroting van de afdeling Voeding van 2006 weergegeven.

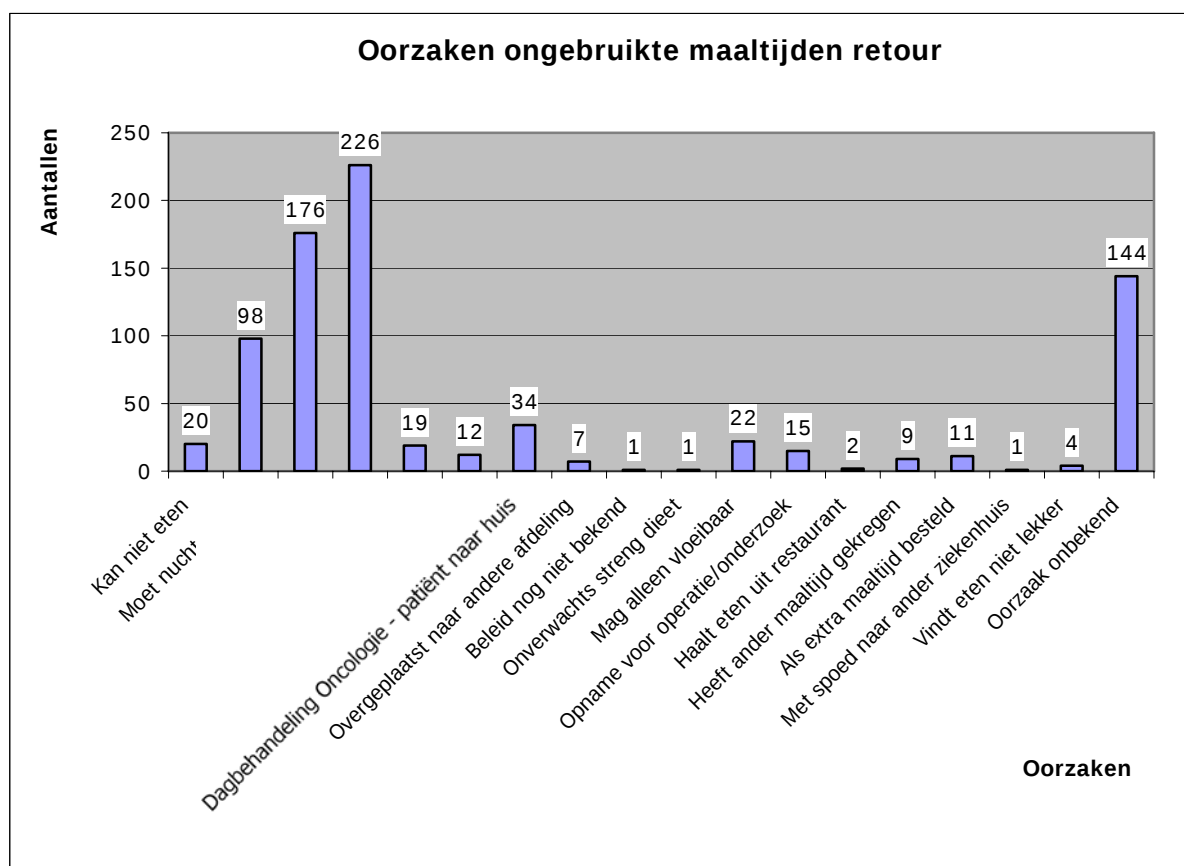
Begroting5E Noeding

Bijlage 12: Tabel: aantal ongebruikte retourmaaltijden per dag

Aantal ongebruikte retourmaaltijden

Datum:	# retour ontbijt	# retour lunch	# retour diner	# retour per dag	Totaal aantal maaltijden	% retour
Maandag, 27 februari 2006	17	30	54	101	1103	9,2%
Dinsdag, 28 februari 2006	4	12	44	60	1109	5,4%
Woensdag, 1 maart 2006	16	28	62	106	1128	9,4%
Donderdag, 2 maart 2006	5	23	26	54	1108	4,9%
Vrijdag, 3 maart 2006	6	17	64	87	1085	8,0%
Zaterdag, 4 maart 2006	14	29	23	66	981	6,7%
Donderdag, 16 maart 2006	5	15	41	61	1138	5,4%
Vrijdag, 17 maart 2006	20	28	73	121	1078	11,2%
Zaterdag, 18 maart 2006	16	29	34	79	943	8,4%
Zondag, 19 maart 2006	3	15	49	67	919	7,3%
Totaal:	106	226	470	802	10592	7,6%

Bijlage 13: Grafiek: oorzaken ongebruikte retourmaaltijden

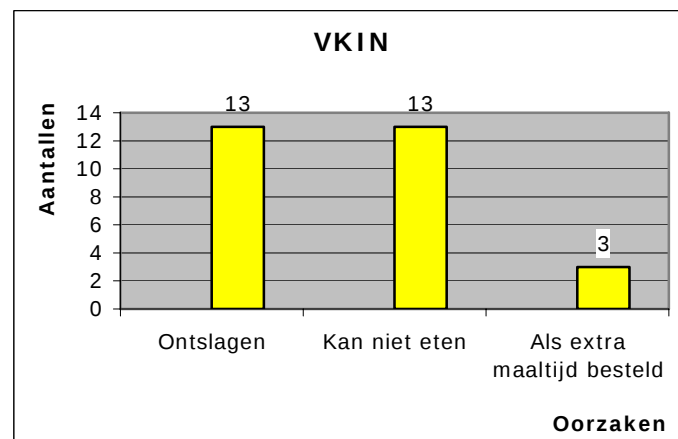
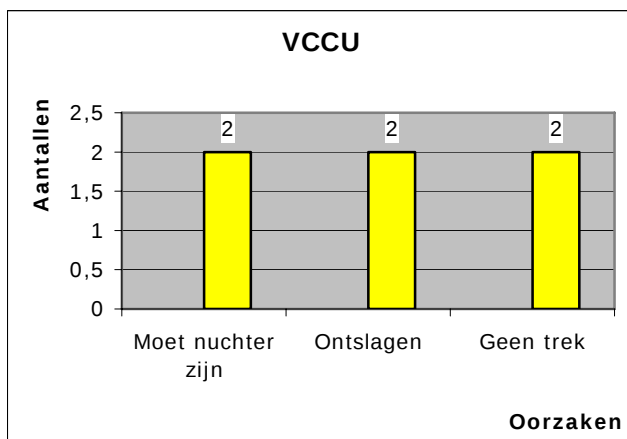
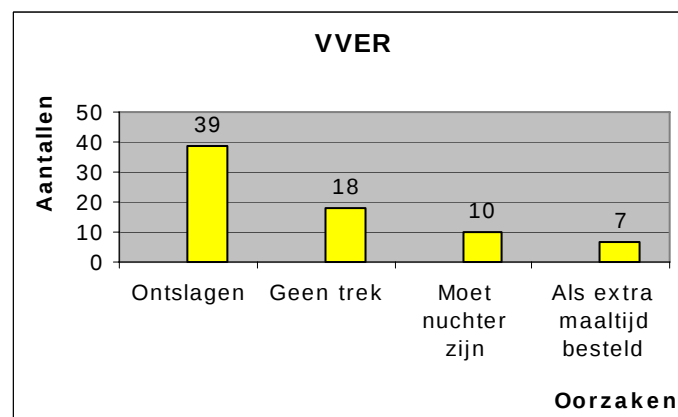
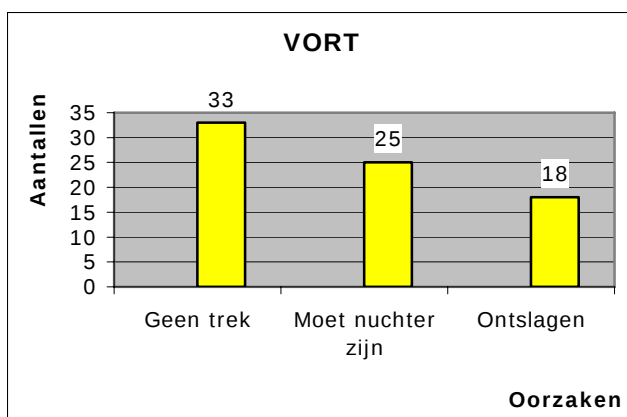
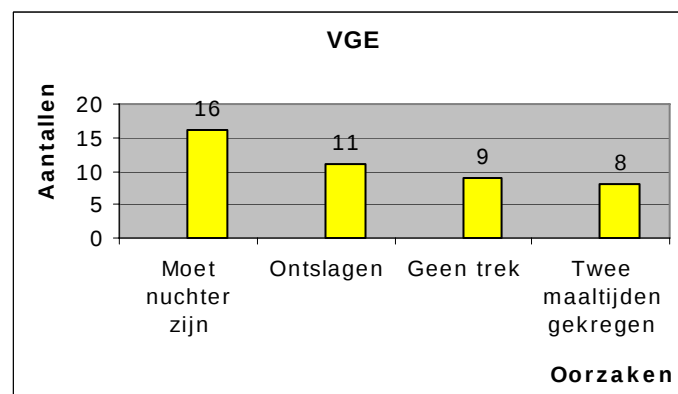
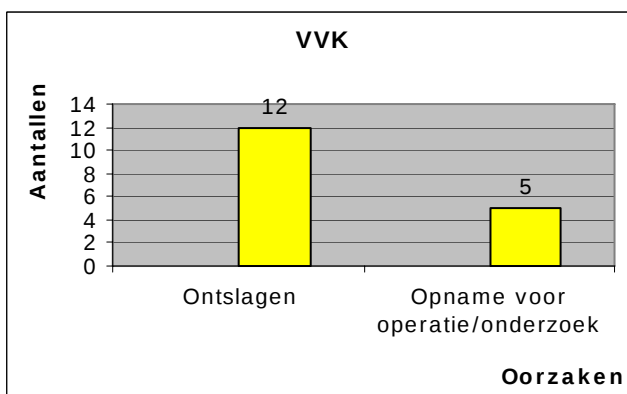
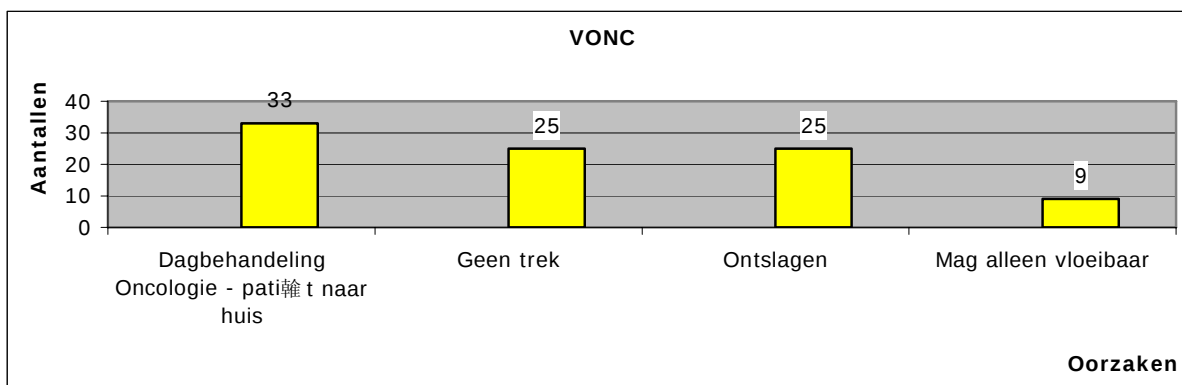


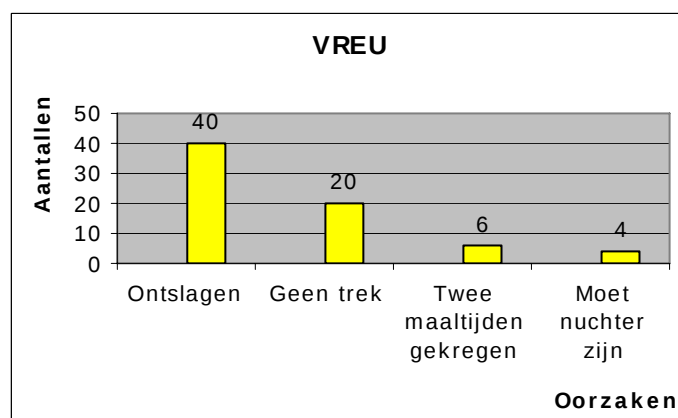
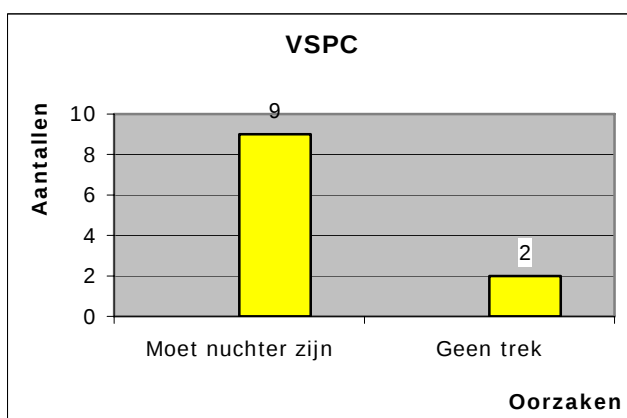
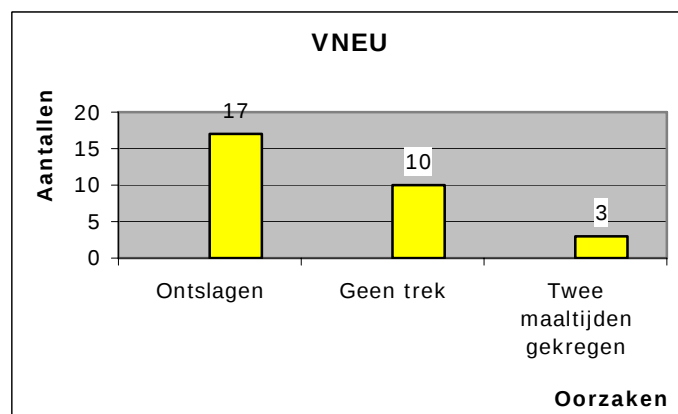
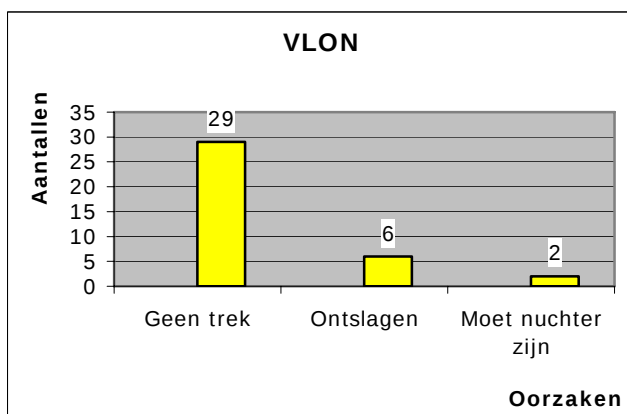
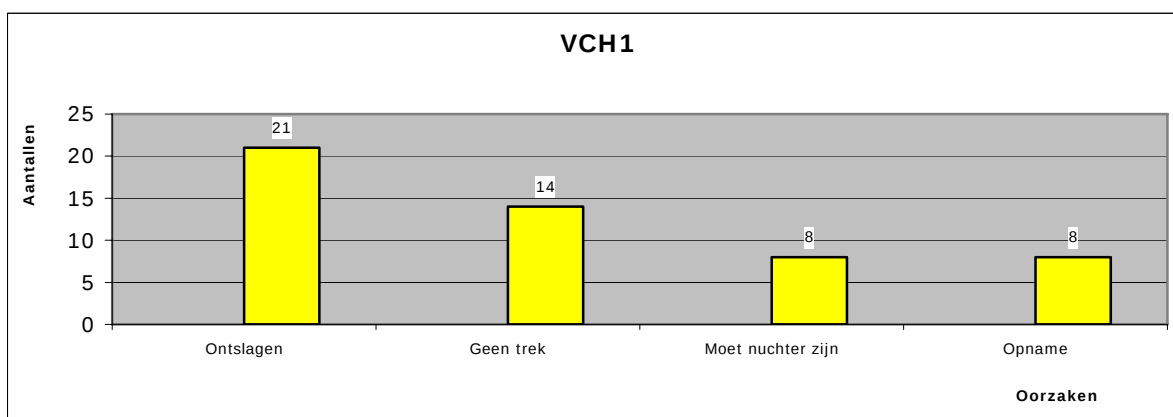
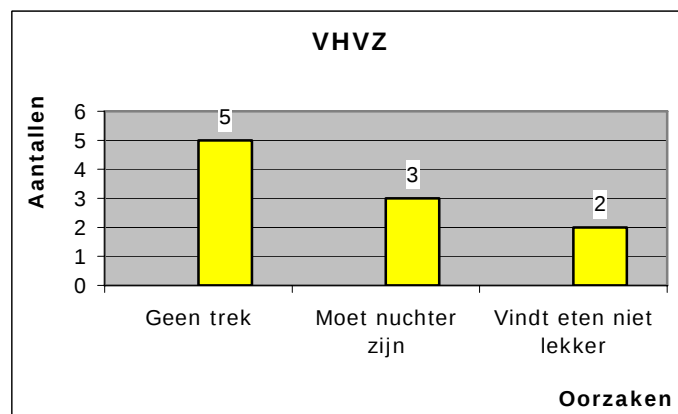
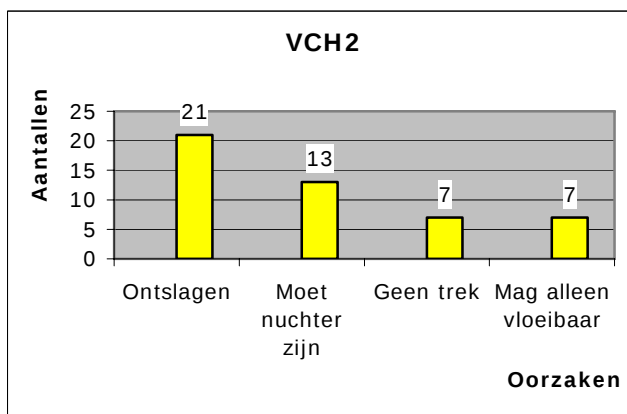
Bijlage 14: Tabel: aantal ongebruikte retourmaaltijden per verpleegafdeling**Aantal ongebruikte retourmaaltijden per verpleegafdeling**

Afdeling	Totaal # retour per afdeling*	Totaal # maaltijden*	Totaal % retour
DIALY	3	320	0,9%
VCCU	7	292	2,4%
VCH1	61	715	8,5%
VCH2	71	836	8,5%
VGE	89	751	11,9%
VHVZ	14	691	2%
VICU	0	242	0%
VKIN	48	509	9,4%
VLON	51	984	5,2%
VNEU	45	659	6,8%
VONC	110	802	13,7%
VORT	92	789	11,7%
VREU	95	977	9,7%
VSPC	20	447	4,5%
VTRA	0	508	0%
VVER	79	732	10,8%
VVK	19	147	12,9%
Dagbehandeling	0	188	0%

* = ontbijt, lunch en diner samen

Bijlage 15: Grafieken: oorzaken ongebruikte retourmaaltijden per verpleegafdeling





Bijlage 16: Kosten ongebruikte retourmaaltijden

1. Integrale kostprijs per maaltijd

<u>Ingrediëntkosten:</u>	
Ontbijt	€ 1,85
Lunch	€ 1,85
Diner	€ 3,70
<u>Personeelskosten:</u>	
Ontbijt	€ 1,40
Lunch	€ 1,65
Diner	€ 3,05
<u>Overige kosten (bestaat onder andere uit energie- en huisvestingskosten):</u>	
€ 1,00 per voedingsdag ($1,00 / 3 = € 0,33$ per maaltijd)	
Totale kosten per voedingsdag:	€ 14,50

Bron: Ineke van Zetten: hoofd Voeding. Afdeling Facilitair Bedrijf, SFG

2. Kosten ongebruikte retourmaaltijden

<u>Kosten van 10 dagen:</u>	
Ontbijt	$3,58 \times 106 = € 379,48$
Lunch	$3,83 \times 226 = € 865,58$
Diner	$7,08 \times 470 = € 3327,60$
Totale kosten van 10 dagen: € 4.572,66	
Gemiddelde kosten per dag:	$€ 4.572,66 / 10 = € 457,27$
Gemiddelde kosten per jaar:	$€ 457,27 \times 365 = € 166.902,09$

Bron: Ineke van Zetten: hoofd Voeding. Afdeling Facilitair Bedrijf, SFG

Bijlage 17: Vlietland Ziekenhuis Schiedam

Organisatie: Vlietland Ziekenhuis Schiedam

Naam geïnterviewde: Dirk Ploeg

Functie: Hoofd Keuken

Verslag

Het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam is een middelgroot ziekenhuis, dat moderne en hoogwaardige geïntegreerde specialistische zorg aan de bevolking van de regio Nieuwe Waterweg-Noord verleent en tevens diagnostiek ten behoeve van de eerste lijn verricht.

In 2000 zijn het Schieland Ziekenhuis in Schiedam en het Holy Ziekenhuis in Vlaardingen gefuseerd en samen heten ze voortaan het Vlietland Ziekenhuis. De fusie betekent dat er nu voor de regio Nieuwe Waterweg-Noord een ziekenhuis is met twee goed geoutilleerde vestigingen die samen 600 bedden hebben.

Maaltijdconcept

Binnen het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam (VZS) wordt gebruik gemaakt van het maaltijdconcept *“traditioneel”*.

De patiëntmaaltijden (ontbijt, lunch en diner) van het VZS worden centraal geregeld vanuit een eigen keuken. Door middel van een menulijst maakt de patiënt één dag van tevoren zijn maaltijdkeuze voor het ontbijt, de lunch en de avondmaaltijd bekend. De keuzes worden door de voedingsassistenten van de verpleegafdelingen via internet doorgegeven aan de voedingsadministratie.

Naast het verstrekken van maaltijden aan patiënten, verzorgt de keuken ook nog maaltijden voor het personeel en maakt voor enkele bezoekers een uitzondering.

Bereiding

De bereiding van de maaltijden vindt plaats in een productiekeuken waar gekoppelde gekookt wordt. Na bereiding worden de maaltijden direct aan een lopende band geportioneerd, en daarna via transportwagens naar de verpleegafdelingen getransporteerd. De keuken portioneert bij elk maaltijdmoment extra standaardmaaltijden voor eventueel nagekomen maaltijden.

Op de verpleegafdelingen zijn voedingsassistenten aanwezig die het verdere verloop van de maaltijden op zich nemen. De voedingsassistenten zijn onderdeel van de verpleegafdelingen en dus niet van de keuken.

Ongebruikte retourmaaltijden

Het maaltijdconcept *“traditioneel”* binnen het VZS heeft last van ongebruikte retourmaaltijden. Dit is per maaltijdmoment zo'n 5% van de 175 à 200 maaltijden.

Kosten

Het hoofd Keuken kon niet vertellen wat de integrale kostprijs van een maaltijd is. Ook kon hij geen schatting geven.

De toekomst

Het VZS gaat samen met het Vlietland Ziekenhuis in Vlaardingen (voorheen Holy Ziekenhuis) één nieuw ziekenhuis bouwen. Het is de bedoeling dat in het nieuwe ziekenhuis broodbuffetwagens en meals-on-wheels geïmplementeerd worden. Redenen waarom hiervoor gekozen wordt zijn onder andere: verbeteren kwaliteit, mee gaan met de trend, bezuinigingen en hotelmatig te werk gaan, waarbij de wens van de patiënt à la minuut gemaakt kan worden en waarbij klantgericht werken zijn intrede zal doen.

Voor- en nadelen

Tot slot worden hieronder in een tabel nog even de voor- en nadelen van het maaltijdconcept “traditioneel” bij het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam op een rijtje gezet:

Voordelen	Nadelen
Het is altijd één dag van tevoren bekend wat gemaakt moet worden.	Patiënt kan niet altijd kiezen wat hij/zij wil eten. Dit komt doordat een patiënt de eerste dag van opname een standaardmaaltijd krijgt. Voor dag twee kan hij/zij zijn eigen keuze maken.
Maaltijden uitdelen gaat relatief snel. Dit wordt door één persoon gedaan.	Last van ongebruikte retourmaaltijden → en dus kosten.
	Patiënt moet één dag van tevoren zijn maaltijdkeuze doorgeven.
	Contact met personeel is kort, omdat alleen een dienblad aan de patiënt gegeven wordt.

Bijlage 18: Diaconessenhuis Leiden

Organisatie: Diaconessenhuis Leiden

Naam geïnterviewde: Michiel Terra

Functie: Hoofd Voeding

Verslag

Diaconessenhuis Leiden is een algemeen ziekenhuis dat gevestigd is in Leiden. Het ziekenhuis kent ruim 300 bedden. Het ziekenhuis heeft te maken met verschillende doelgroepen, waarvan de ouderen de overhand nemen.

Er worden ruim 170 maaltijden per maaltijdmoment gemaakt.

Maaltijdconcept

Het ziekenhuis maakt sinds 1 april 2004 gebruik van broodbuffetwagens voor het ontbijt en de lunchmaaltijden. Voor de avondmaaltijden (de warme maaltijd) is sinds 1 februari 2005 het concept van buffetwagens voor de warme maaltijden (ook wel meals-on-wheels genoemd) geïmplementeerd. De maaltijdconcepten zijn alleen bedoeld voor patiënten en worden geserveerd in de patiëntkamer zelf.

Er is bewust voor gekozen om de twee maaltijdconcepten niet tegelijkertijd te implementeren. Zo konden de afdelingen eerst even wennen aan het idee met het werken van de broodbuffetwagens. Voor deze maaltijdconcepten is om verschillende redenen gekozen, bijvoorbeeld: patiënten hebben een korte verblijfsduur, het eetgedrag van de patiënt is een dag van tevoren niet te bepalen en het concept levert een bijdrage aan gastvrijheid.

De broodbuffetwagens zijn 24 uur op de verpleegafdelingen zelf. Dit is mogelijk omdat de accu van de broodbuffetwagens met een elektriciteitstoevoer van 220 Volt opgeladen kan worden. De buffetwagens voor de warme maaltijden staan in de keuken, omdat deze een hogere toevoer van elektriciteit nodig hebben dan uit een gewone stekkerdoos kan komen. De warme maaltijd wordt aangeboden tussen 17.15 en 18.00 uur.

Op de afdelingen zijn de voedingsassistentes verantwoordelijk voor de maaltijden, omdat zij gespecialiseerd zijn in voeding. In verband met de tijd krijgen de voedingsassistentes 's ochtends en 's middags hulp van de afdelingsassistent(e) en 's avonds van een verpleegkundige. Een andere reden waarom hiervoor gekozen is, is dat deze twee personen samen de nodige kennis kunnen leveren wat de patiënt aan voeding nodig heeft. Zo heeft de voedingsassistent kennis van voeding en de afdelingsassistent(e)/verpleegkundige kennis van de medische kant.

De voedingsassistent en afdelingsassistent(e)/verpleegkundige gaan zowel met de broodbuffetwagen als de buffetwagen voor de warme maaltijden langs de bedden van de patiënten. Op deze manier kunnen de patiënten à la minuut bepalen hoeveel en wat zij willen eten.

Per dag worden voor de warme maaltijd twee menu's aangeboden, maar de patiënt kan door de aangeboden maaltijdcomponenten ook zijn eigen menu samenstellen.

Voor de warme maaltijden vult de voedingsassistent elke dag handmatig een lijst in voor het aantal dieetverstrekkingen en het aantal gewone maaltijden. De keuken bepaald aan de hand van die lijst hoeveel eten geleverd moet worden. De keuken gebruikt daarvoor prognoselijsten van vorige keren. Het ziekenhuis kent voor dit systeem nog geen geautomatiseerd systeem.

Nadat de warme maaltijden door de patiënten zijn genuttigd, wordt de kwaliteit en de hoeveelheid dat over is handmatig door de voedingsassistent geëvalueerd en naar de keuken gebracht.

Bereiding

Het bereiden van de warme maaltijden gebeurt in een assemblagekeuken, waar gewerkt wordt met convenienceproducten. Een klein gedeelte wordt nog zelf bereid. Toen dit nieuwe concept ingevoerd werd is er veel weerstand van personeel in de keuken geweest. Dit kwam mede doordat koks hun functie als kok verloren. Ook was er minder personeel nodig, omdat het portioneren van complete maaltijden (waar snel zo'n 8 personen voor nodig is) verdwenen is en waardoor bespaard is op de arbeidskosten.

De maaltijdcomponenten voor de warme maaltijden worden in bulk geportioneerd (in bakjes bedoeld voor drie personen), opgewarmd in de buffetwagens en getransporteerd naar de afdelingen.

Er wordt vanuit de keuken niet standaard méér voeding geleverd dan het aantal wat besteld wordt door de voedingsassistent. Als er bijvoorbeeld 15 patiënten op een afdeling liggen die een gewone maaltijd krijgen, dan wordt er voor 10 personen menu a bereid en voor 5 personen menu b. De ervaring heeft geleerd dat diverse patiënten vragen om een halve portie, waardoor er toch altijd marge is. Als er na portioneren in de keuken nog wat voeding over is, wordt dat verdeeld over de drukste afdelingen, waardoor zij weer wat extra speelruimte krijgen. Dit komt regelmatig voor omdat voeding moet worden besteld op een moment dat de keuken nog geen exacte patiëntaantallen weet. Er is altijd een keukenmedewerk(st)er tijdens de uitgifte op de afdelingen aanwezig en kan opgepiept worden, om voedingsassistenten te helpen wanneer onverhoopt op een afdeling een tekort ontstaat. De keukenmedewerk(st)er haalt dan voeding uit een buffetwagen van een andere afdeling. Deze maatregelen bij elkaar maakt dat het vrijwel niet voorkomt dat er tekorten zijn.

Ongebruikte retourmaaltijden

De maaltijdconcepten kennen geen ongebruikte retourmaaltijden, maar wel voedselresten. Alles wat bij de broodmaaltijden over datum is en bij de warme maaltijden overblijft wordt weggegooid. Voorheen werkte het ziekenhuis met menulijsten waar patiënten hun keuze voor de dag erna invulden. Daar was wel sprake van ongebruikte retourmaaltijden. Hier is toen ook onderzoek naar gedaan en er is gebleken dat 15% van de broodmaaltijden ongebruikt retour terug kwam en bij de warme maaltijden 10-15%.

Het percentage warme voeding dat bij de buffetwagens voor de warme maaltijden ongebruikt retour komt, varieert per dag tussen de 10 en 15%. Deels als gevolg van extra voedingsmiddelen die worden aangeboden, deels omdat sommige patiënten kleinere porties wensen en deels omdat patiënten worden ontslagen en de communicatie met de voedingsassistenten over het ontslag van een patiënt ten onrechte achterwege is gebleven.

Kosten

Het hoofd Voeding kon niet vertellen wat de integrale kostprijs van een maaltijd is voor beide maaltijdconcepten. Ook kon hij geen schatting geven.

Voor- en nadelen

Tot slot worden de voor- en nadelen van de maaltijdconcepten broodbuffetwagens en buffetwagens voor de warme maaltijden van DHL hieronder in een tabel op een rijtje gezet:

Voordelen	Nadelen
Bespaart administratieve handelingen.	Twee personen per wagen. Zijn hierdoor twee minuten per patiënt kwijt.
Levert een bijdrage aan gastvrijheid.	
Patiënten kunnen à la minuut kiezen hoeveel en wat zij willen eten.	
Contact met personeel is lang, omdat de maaltijd bij de patiënt zelf geportioneerd wordt.	
Logistiek gezien goed te organiseren.	
Geen last van ongebruikte retourmaaltijden → maar wel last van voedselresten.	

Bijlage 19: Sensire Den Ooiman Doetinchem

Organisatie: Verpleeghuis Sensire Den Ooiman Doetinchem

Naam geïnterviewde: Maikel Stolte

Functie: Facilitair Manager

Verslag

Sensire Den Ooiman is een verpleeghuis dat gevestigd is in Doetinchem. Het huis kent 270 bewoners, waarvan de gemiddelde leeftijd 58+ is. De bewoners zijn voornamelijk afkomstig uit het boerenland en zijn nog de oude traditie van de maaltijden gewend. Dit houdt in dat zij in de middag een warme maaltijd wensen.

Maaltijdconcept

18 jaar geleden is in het verpleeghuis het nieuwe maaltijdconcept van *satellietkeuken* met *restaurant* geïmplementeerd. Dit concept is te vinden bij de centrale ingang van het verpleeghuis.

Voorheen werden de maaltijden geportioneerd in de productiekeuken en opgewarmd op de afdelingen zelf.

Het verpleeghuis serveert voor het ontbijt een broodmaaltijd, voor de lunch een warme maaltijd en als avondmaaltijd weer een broodmaaltijd. Als bewoners een andere volgorde van de maaltijden wensen dan is dit mogelijk.

Het nieuwe maaltijdconcept wordt alleen toegepast voor de warme maaltijd, dus alleen voor de lunch. De broodmaaltijden worden op de afdelingen zelf genuttigd. De doelgroep van dit concept zijn enkel de bewoners en het personeel van het verpleeghuis. In het restaurant is ook een geïntegreerd personeelsrestaurant aanwezig, met een eigen uitgiftebalie.

De openingstijden van het restaurant zijn van 12.00 – 14.30 uur. Op deze manier kunnen de bewoners zelf bepalen wanneer zij willen eten.

Bereiding

De maaltijdencomponenten worden deels ontkoppeld en deels gekoppeld bereid in de productiekeuken van het verpleeghuis. Er wordt gebruik gemaakt van zowel convenienceproducten als onbewerkte grondstoffen.

Nadat de maaltijdencomponenten bereid zijn in de productiekeuken en in bulk geportioneerd, worden de maaltijdcomponenten naar de satellietkeuken gebracht. Daar worden de maaltijdcomponenten in combi-steamers (4 in totaal) opgewarmd. Nadat de maaltijdcomponenten opgewarmd zijn wordt het naar de uitgiftebalie gebracht en kunnen de bewoners hun menu samenstellen.

Het opwarmen van de maaltijdcomponenten gebeurt in charges. Het doel hiervan is om zo min mogelijk over te houden en dit lukt ook. Voorbeeld: er worden vier bakken aardappelen ontkoppeld gekookt in de productiekeuken. Als tijdens de lunch blijkt dat maar drie van de vier bakken opgewarmd hoeven te worden, dan wordt de bak die niet gebruikt hoeft te worden weer ingevroren en op een ander moment weer gebruikt.

Binnen het verpleeghuis is een menucommissie aanwezig. Deze bestaat uit de koks en een aantal bewoners. Zij stellen voor elke 13 weken menu's samen. Elke dag worden er twee menu's aangeboden. Als een bewoner iets anders wenst te eten dat niet op het menu staat, bijvoorbeeld een patatje, dan is dit mogelijk. De apparatuur is in de satellietkeuken aanwezig.

Ongebruikte retourmaaltijden

Het maaltijdconcept wat toegepast wordt in het verpleeghuis kent geen ongebruikte retourmaaltijden. Dit komt mede doordat de bewoners à la minuut bepalen waar ze trek in hebben en hoeveel zij willen eten. Het maaltijdconcept kent wel voedselresten. Alles wat geserveerd wordt en overblijft (koud of warm), wordt weggegooid. Budgettair wordt er rekening gehouden met 8,5% derving, in werkelijkheid is dit 6,5% derving.

Kosten

Het is voor de Facilitair Manager van Sensire Den Ooiman onmogelijk om de integrale kostprijs van een maaltijd te berekenen. De gegevens hiervoor zijn niet voorhanden.

Wel wordt er een voedingsdagprijs berekend. Dit gebeurt als volgt: het voedingsbudget + de personele kosten delen door het aantal bewoners × aantal dagen. De voedingsdagprijs komt dan op € 7,45 per maaltijd. De prijs die gevraagd wordt in het restaurant is € 7,00 per maaltijd.

Voor- en nadelen

Tot slot worden in de volgende tabel nog even de voor- en nadelen van het maaltijdconcept satellietkeuken met restaurant bij Verpleeghuis Sensire Den Ooiman op een rijtje gezet:

Voordelen	Nadelen
Bewoners hebben méér contact met elkaar. Voorheen isoleerden de bewoners zich doordat zij maaltijd in hun eigen kamer kregen, het contact met elkaar was hierdoor nihil.	Wachttijd is lang. Het restaurant heeft niet voor alle bewoners tegelijkertijd ruimte.
Betere voedselinname door de bewoners, door het contact met elkaar.	De opzet van dit concept vraagt veel ruimte.
Bewoners kunnen à la minuut kiezen hoeveel en wat zij willen eten.	
De keuken kan flexibel inspelen op de wensen van de bewoners.	
Geen last van ongebruikte retourmaaltijden → maar wel last van voedselresten.	