

Onderzoeksrapport

"Zullen wij nu maar gaan eten?"
Begeleiding van mensen met dementie bij de maaltijd



Naam: Bianca Huijgens
School: Haagse Hogeschool
Opleiding: Sociaal Pedagogisch Hulpverlening (SPH) Deeltijd.4A
Studentnummer: 20051812
Jaartal: 2008-2009
Opdrachtgever: R.K Zorgcentrum Roomburgh
Begeleider: Dr. Bère Miesen, Lector Psychogeriatric

Inhoudsopgave.	
Voorwoord	2
Samenvatting	3
Hoofdstuk I Inleiding	2
1.1 Inleiding.....	5
1.2 De keuze van mijn onderzoeksonderwerp.....	5
1.3 Verbinding met het psychogeriatricie lectoraat.....	7
1.4 Probleemstelling	7
1.4.1 Relevantie probleemstelling.....	7
1.4.2 Deelvragen.....	7
1.5. Doelstelling.....	8
1.5.1 Doelgroep.....	8
1.6.1 Onderzoekseenheden.....	9
1.6.2 Methoden van dataverzameling.....	9
1.7 Aanpak & verantwoording.....	10
1.7.1 Betrouwbaarheid & interne geldigheid.....	10
1.8 Opzet rapport.....	10
1.9 Samenvatting.....	11
Hoofdstuk II Literatuuronderzoek	12
2.1 Inleiding.....	12
2.2 Antwoord op de deelvragen vanuit de literatuur.....	12
2.3 Samenvatting.....	19
Hoofdstuk III Informatie over de instelling	22
3.1 Inleiding.....	22
3.2 Informatie instelling, R. K. Zorgcentrum Roomburgh.....	22
3.3 Samenvatting.....	24
Hoofdstuk IV Verwerking en analyse van de data	25
4.1 Inleiding.....	25
4.2 Observaties.....	25
4.3 Enquêtes.....	29
4.4 Interviews	32
4.5 Data-analyse.....	33
4.6 Samenvatting.....	33
Hoofdstuk V Conclusie	34
5.1 Inleiding.....	34
5.2 Conclusie.....	34
5.3 Terugblik op het onderzoek.....	34
5.4 Antwoord op deelvragen.....	35
5.5 Antwoord op de hoofdvraag.....	40
5.6 Externe geldigheid en generaliseerbaarheid.....	40
5.7 Verbeterpunten, aanbevelingen en suggesties.....	40
5.8 Eindproduct.....	42
5.9 Mijn ervaringen & een evaluatie.....	42
6.0 Inleiding casus en casus.....	43
Bronvermelding	46
Internetsites & kranten	46
Boeken & Vakliteratuur/tijdschriften	46
Bijlagen	47
Bijlage 1: Observaties.....	48
Bijlage 2: Enquêtes.....	68
Bijlage 3: Interviews	88
Bijlage 4: Blue Book.....	95
Bijlage 5: Organigram.....	115
Bijlage 6: Menulijst.....	116

Voorwoord

Door mijn interesse in deze doelgroep en de belangstelling vanuit mijn collega's, vrienden en familie verliep het onderzoek voorspoedig. Ik heb dan ook met veel inspiratie gewerkt aan mijn onderzoek en ben trots op het resultaat.

Ik wil dan ook een aantal mensen bedanken:

- ❖ Al mijn collega's, die de enquêtevragen hebben ingevuld om tot kwaliteitsverbetering van de warme maaltijd op de Groepsverzorging te komen;
- ❖ Maria Derksen, de psycholoog, van verpleeghuis Zuydtwijck die ik heb geïnterviewd om diepgang te krijgen en richtlijnen te geven in mijn onderzoek, dat uiteindelijk tot kwaliteitsverbetering kon leiden;
- ❖ Anja Bakker, de diëtiste van verpleeghuis Zuydtwijck die ik heb geïnterviewd om diepgang te krijgen en richtlijnen te geven in mijn onderzoek, dat uiteindelijk tot kwaliteitsverbetering kon leiden;
- ❖ Chin, de kok in Roomburgh die ik heb geïnterviewd om diepgang te krijgen en richtlijnen te geven in mijn onderzoek, dat uiteindelijk tot kwaliteitsverbetering kon leiden;
- ❖ Evelien Schröder, een goede vriendin, die mij hielp om er een goed Nederlands en zakelijk rapport van te maken en die mij altijd heeft gesteund;
- ❖ Mijn man Job Alkemade, die mij altijd steunde de gehele SPH opleiding;
- ❖ Willie v/d Voet, mijn werkbegeleider, die mij advies en raad gaf en delen van het onderzoeksrapport tussentijds bekeek;
- ❖ Dr. Bère Miesen, Lector Psychogeriatric, mijn afstudeerbegeleider, die mij raad en advies gaf en tussentijds delen van mijn onderzoeksrapport beoordeelde en de uiteindelijke beoordeling aan dit rapport geeft.

Samenvatting:

Als student doe ik de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Haagse Hogeschool. Ik zit in mijn vierde en laatste jaar. Ik heb voor mijn afstudeerproject een onderzoek verricht bij R.K Zorgcentrum Roomburgh. Dit is ook mijn werkgever.

Roomburgh heeft de HKZ certificaat behaald, maar wil deze ook behouden en daarvoor waren er een aantal discussies op de afdeling. Een daarvan ging over de maaltijd. Hierin kwam naar voren dat de cliënten ver van te voren hun eten moeten kiezen en dat er niet geheel zorg op maat gewerkt wordt. Terwijl dit wel in de missie en visie van Roomburgh staat beschreven. Naar aanleiding van de HKZ certificaat en het zorg op maat werken, wilde ik mijn onderzoek dan ook richten op de warme maaltijd op de Groepsverzorging. Ik heb dit onderzoek verricht mede doordat er tijdens de maaltijden op de Groepsverzorging irritaties waren onderling bij de verzorgenden over het eten. Hierin had iedereen zijn eigen mening. Tijdens de maaltijd was het druk en de cliënten waren onrustig. Ikzelf had ook een paar punten en ging tijdens mijn oriëntatiefase een andere verzorgingshuis en een verpleeghuis bezoeken om te zien hoe daar het middageten verloopt. Hierbij heb ik ook diverse boeken en onderzoeken geraadpleegd. Wat er op de afdeling speelt is dat het personeel de cliënten verschillend benaderen bij de maaltijden. Dit uit zich door het verschil van het personeel in gewoontes, gebruiken, normen en waarden, religie, referentiekader en opvattingen.

De cliënten verkeren in een onmachtspositie en juist door de verschillende benaderingen en de onzekerheden die hen te wachten staat. Dit is dan ook mijn specifieke motivatie om dit onderzoek te gaan doen.

Ik heb dit onderzoek op de volgende werkwijze aangepakt. Ik heb eerst tien observaties gehouden tijdens de warme maaltijd waar ik me richtte op cliëntgerichte factoren en op het leefklimaat van de cliënten. Daarnaast heb ik de kok, diëtiste en de psycholoog geïnterviewd om diepgang te krijgen in het onderzoek. Ook heb ik mijn collega's erbij betrokken om zo hun ideeën en adviezen te horen, omdat zij weten hoe de maaltijden verlopen en wat er eventueel verbeterd zou kunnen worden aan de warme maaltijden. Verder wil ik het algemeen beleid van de instelling erbij betrekken.

Dus ik wil onderzoeken hoe de begeleiding verbeterd kan worden tijdens de maaltijd bij cliënten met dementie op de Groepsverzorging en/of andere disciplines in het huis daar ook rekening mee houden.

Mijn onderzoek is vooral gericht op de verspreiding van de expertise in de omgang met dementie en de aanscherping van de kwaliteit van begeleiden. Het onderzoek zal collega's aan het nadenken zetten over de omgang met cliënten met dementie. Ook zal ik de kwaliteit willen verbeteren en een adviesrapport aan Roomburgh overhandigen.

Ik wil ermee bereiken dat er tijdens de maaltijden rust en sfeer komt op de Groepsverzorging. Ook dat de cliënt meer duidelijkheid krijgt bij de maaltijd en dat er vraaggericht/zorg op maat wordt geleverd door al het personeel in het huis.

Summary:

I am studying Social Pedagogic Assistance at the Haagse Hogeschool. I am in my fourth and final year. For my graduation project I did research at R.K. Zorgcentrum Roomburgh, where I am also working.

Roomburgh is HKZ (Harmony Quality Healthcare) Certified. For the quality must the healthcare nowadays certified. This means that Roomburgh wants too have the certified also next year. Because of that we had some discussions about the improve of the quality on Roomburgh. One of these was about the midday meals. In this discussion it came forward that the clients have to pick their midday meals far before they get them and that the healthcare isn't that person specific, even though this is very big in the mission and vision of Roomburgh. As a result of the HKZ certificate and the person specific healthcare, I wanted to aim my research on the midday meals at the daycare 'Groepsverzorging'. One of the main reasons for picking this as my research project where the irritations between caretakers during the midday meals. Everyone had his own opinion about it. During the midday meals it was very busy and clients were agitated. I had also on opinion and during my orientation I went to visit another rest-house and a convalescent home to see how the midday meals went there. I also consulted a lot of books and researches. What I noticed was that the employees approached the clients differently. It is possible to see this in the differences between employees in habit, customs, standards and principles, religion, references and outlooks.

Clients are in a position of impotence and mainly because of the different approaches and all the insecurities that they have. This is my specific motivation for doing this research.

I did my research on the following manner. First I made ten observations during the midday meals in which I focused on client specific factors and the social climate of clients. I did interviews with the cook, the dietitian and the psychologist to get some depth in this research. I also involved my colleagues to find out their ideas and advices, because they know how the midday meals go and what may be improved during them. Furthermore, I also want to involve the general policy of Roomburgh. Therefore I want to research how it is possible for the support during meals for demented client at the daycare 'Groepsverzorging' and/or if other disciplines in the rest-house can take into account.

My research is mainly focused on the spreading of expertise in the contacts with dementia and de sharpening of the quality of accompanying. The research will make sure that colleagues will think about the contacts with demented clients. I want to make sure the quality of healthcare will be better and hand over a rapport with advices about this issue to Roomburgh.

I also want to make sure that there will be quietness and a nice atmosphere during midday meals at the unit. Finally, I want to make sure that the meals will become clearer for clients and that the healthcare will be specific for all clients in the whole rest-house.

Hoofdstuk I

1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal in paragraaf 1.2 een motivatie gegeven worden voor de keuze van het onderzoeksonderwerp. In paragraaf 1.3 komt de verbinding met het psychogeriatric lectoraat. In paragraaf 1.4 komen de probleemstelling en de deelvragen aan de orde en in paragraaf 1.5 wordt aandacht besteed aan de doelstelling en de doelgroep. Vervolgens worden in paragraaf 1.6 de onderzoekseenheden en de methoden van dataverzameling behandeld. De volgende paragraaf (1.6 en 1.6.1) behandelt respectievelijk de aanpak en de verantwoording van het onderzoek en de interne geldigheid en betrouwbaarheid van het onderzoek. Vervolgens wordt in paragraaf 1.7 een korte uiteenzetting gegeven over het vervolg van het rapport. Het hoofdstuk sluit af met een samenvatting (1.8).

1.2 De keuze van mijn onderzoeksonderwerp.

Clënten met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen vormen een kwetsbare groep in de samenleving. Cliënten met dementie kunnen hun wensen en behoeften steeds minder kenbaar maken, omdat zij worden geconfronteerd met achteruitgang in hun cognitieve - en fysieke gesteldheid.

Het aantal cliënten met dementie zal door de vergrijzing in de nabije toekomst toenemen. In de circa 300 verpleeghuizen wonen ongeveer 33.000 cliënten met dementie. Tel daarbij de 30.000 cliënten met dementie die in een verzorgingshuis en de 300 die in een somatisch verpleeghuis wonen op. Dit is meer dan 65.000 cliënten met dementie die verblijven in een instelling. Daarbij zijn er ook nog cliënten met dementie die thuis wonen. In toenemende mate wordt psychogeriatric verpleeghuiszorg gegeven in verzorgingshuizen. Zo bieden een groot aantal verzorgingshuizen de mogelijkheid tot Groepsverzorging. Deze Groepsverzorging bestaat uit huiskamerprojecten waarin cliënten een vaste dagindeling wordt geboden met maaltijden en verschillende activiteiten.

Ik werk bij R.K. Zorgcentrum Roomburgh, afdeling 'Groepsverzorging' die is gevestigd te Leiden. De cliënten die verblijven op de Groepsverzorging zijn vrouwen die lijden aan een vorm van dementie. Het uitgangspunt van de Groepsverzorging is het bieden van veiligheid bij de dagelijkse bezigheden, omgang aanpassen bij achteruitgaan van het geheugen en het bieden van dagstructuur. Bij het begeleiden staan centraal: de sociale vaardigheden te behouden c.q. te verbeteren en aanvullen van zelfzorgtekorten. Deze Groepsverzorging heeft plek voor 20 cliënten en één noodplek wat zich bevindt op de eerste etage. De Groepsverzorging is een onderdeel van Combi- meerzorg. De Combi-meerzorg is een gecombineerde zorg voor cliënten die zorg nodig hebben op lichamelijk - en geestelijk gebied. Deze zorg valt onder aanvullende verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis. Verzorgingshuis Roomburgh is een huis met open deuren. Dat is een verschil met een psychogeriatric verpleeghuis. Daarin kunnen de cliënten die dementeren niet weg van de afdeling en uit het verzorgingshuis. Roomburgh werkt samen met Stichting Topaz, het verpleeghuis Zuydtwijck. Er wordt samengewerkt met een diëtiste, logopediste, ergotherapeut, verpleeghuisarts en een psycholoog.

Mijn functie is woon- en persoonlijke begeleider in het team Groepsverzorging. In Roomburgh wil ik dan ook mijn onderzoek uitvoeren. De opdrachtgever had aangegeven om een knelpunt/ verbeterpunt in de Groepsverzorging op te sporen. Ik ben op de afdeling gaan observeren of en waar er knelpunten/ problemen zijn. Wat naar voren kwam is dat de begeleiding bij de maaltijd te wensen overliet. De visie van de instelling is dat zij willen aansluiten op de zorgvraag van de cliënt. Wat ik wil gaan onderzoeken is of Roomburgh doet wat in de visie staat omschreven.

Wat op de afdeling ook naar voren komt, is dat er weinig rekening wordt gehouden in het zorgaanbod, zowel het beleid als bij de maaltijden, voor cliënten met dementie. Ik zie het een en ander terug in de begeleiding van de cliënten met dementie tijdens de maaltijd. (zie kader 1 en 2)

Ik heb mij toen afgevraagd, hoe er in hun behoeften en wensen kan worden voorzien. Er moeten toch mogelijkheden zijn om hen gerichte zorg te kunnen bieden. Vanuit mijn ervaring als medewerker in Roomburgh, waarbij ik contact heb met een psycholoog, ergotherapeut, verpleeghuisarts, logopediste en een diëtiste, kan Roomburgh gebruik maken van hun advies om gerichte zorg te bieden aan deze cliënten bij de maaltijd. Bij deze cliënten is er sprake van verschillende stadia van dementie. De meeste cliënten hebben begeleiding nodig bij de maaltijd. De cliënten verschillen van elkaar in welk stadium van het dementieproces zij zich bevinden en elke cliënt heeft een andere levensloop waar rekening mee gehouden moet worden tijdens de maaltijd. Bij het dementieproces spelen allerlei ervaringen die naar boven komen en die zich uiten in klachten als nachtmerries, depressiviteit, beelden die zich steeds weer opdringen, gevoelens van angst en onveiligheid en problemen rond rouw en verlies. Elke cliënt heeft hierdoor een andere benadering nodig.

Kader 1

Mw. Jansen komt elke dag naar de Groepsverzorging toe. Zij zit in een rolstoel. Zij houdt alles om haar heen goed in de gaten. Ze kan emotioneel worden, dit komt omdat mw. de drukte of gebeurtenissen niet meer kan plaatsen. Het is maandag middag 12.00 uur en de cliënten op de Groepsverzorging krijgen hun maaltijd. De cliënten gaan aan tafel. Mw. kijkt verbaasd om zich heen. Het is 12.10 en er is geen eten en het personeel staat met elkaar in het kantoor te praten. Dan komt de kar met de verpakte maaltijden erop binnengereden. De cliënten en het personeel gaan bidden. Daarna worden de maaltijden uitgedeeld. De schaal wordt bij haar neergezet en de verzorgende zegt 'ik kom zo bij u'. De verzorgende deelt de andere maaltijden uit en komt inderdaad naar mw. toe.

De verzorgende schept het eten op en begint haar eten te geven. Ze vraagt of zij het lekker vindt. Daarna gaat de verzorgende praten met de andere verzorgende dat aan tafel komt zitten. Mw. Jansen probeert het bij te houden, maar ze snapt het niet. Dan komt er nog iemand aan haar vragen of ze appelmoes wilt. Op hetzelfde moment komt er een verpleegkundige binnenlopen en die stelt een vraag aan de verzorgende die mw. helpt.

Vervolgens komt er een andere verzorgende binnen die de medicatie komt geven aan andere cliënten. Mw. Jansen krijgt het benauwd en zegt wanneer ga ik naar bed? Niemand reageert. Ze vraagt het nog een keer. Dan zegt de verzorgende die haar helpt met eten en ondertussen nog staat te praten, dat ze na het eten naar bed gaat. Mw. Jansen kan het allemaal niet meer plaatsen en raakt angstig. Mw. gaat langzaam huilen en zegt: 'Ik wil nu echt naar bed'.

Kader 2

Mw. Klaasen is goed ter been, spreekt en hoort goed. Ze gaat elke dag naar de Groepsverzorging. Tijdens het middageten wordt zij geholpen, omdat ze vaak niet meer weet hoe ze iets moet doen of weet wat het is. Ze weet ook niet meer zo goed wat ze met het eten moet doen. Ze krijgt een schaal voor zich met gemalen eten. De deksel zit er nog op, omdat de verzorgende nog andere maaltijden moet uitdelen. Mw. Klaasen zit te kijken naar het metalen bord en wil het aanraken, maar trekt terug omdat het heet is. Nadat iedereen de maaltijd heeft, komt de verzorgende bij haar zitten en schept op. Terwijl mw. eten krijgt van de verzorgende staat de verzorgende telkens op om iemand anders te helpen. Mw. zegt 'ik hoef het niet, wat moet ik er mee'. Ze laat haar mond zien en haalt er een stuk aardappel uit. De verzorgende probeert het weer. Dan gaat de verzorgende weg om te pauzeren en komt er een andere verzorgende het overnemen. Mw. zegt dat ze niet wil eten en wordt boos op de verzorgende die wil helpen.

Wat er op de afdeling speelt is dat het personeel de cliënten verschillend benadert bij de maaltijden. Dit uit zich door het verschil van het personeel in gewoontes, gebruiken, normen en waarden, religie, referentiekader en opvattingen. (zie kader 3)
De cliënten verkeren in een onmachtspositie en juist door de verschillende benaderingen en de onzekerheden die hen te wachten staat. Dit is dan ook mijn specifieke motivatie om dit onderzoek te gaan doen.

Kader 3

Het is maandag en de middagmaaltijd begint. Collega L bid alvast, want het duurt anders te lang voordat we beginnen. Na vijf minuten komt de kar met eten en de personeelsleden beginnen met uitdelen. Op een gegeven moment vraagt een cliënt of we niet eerst moeten bidden. Personeel zegt: 'Dat hebben we al gedaan'. 'Oh nou volgens mij niet we bidden altijd als de kar er is' zegt de cliënt.

Na het eten krijgen de cliënten een toetje. Van collega W krijgen ze het toetje nadat ze de tafel heeft afgeruimd. Collega B geeft gelijk de toetjes en ruimt alles in een keer af. Collega B zegt tegen collega W dat de cliënten dan vergeten dat ze hebben gegeten. Collega W zegt dat afruimen netter staat en dat er minder prikkels op tafel staan. Zo doet elke collega het op zijn eigen manier. Hierbij is het ook dat het eten een half uur duurt, maar soms ook een uur.

Middels dit onderzoek wil ik erachter komen of er voldoende rekening gehouden/begeleiding wordt met de individuele behoefte van de cliënten bij de maaltijden, of daar verbeterpunten liggen en hoe deze gerealiseerd kunnen worden.

Dit wil ik gaan doen door een observatieonderzoek toe te passen tijdens de maaltijden bij de cliënten op de Groepsverzorging en interviews af te nemen bij de kok, diëtiste, psycholoog en de collega's te toetsen. Verder wil ik het algemeen beleid van de instelling erbij betrekken. Dus ik wil onderzoeken hoe de begeleiding verbeterd kan worden tijdens de maaltijd bij cliënten met dementie op de Groepsverzorging en/of andere disciplines in het huis daar ook rekening mee houden. Ook schrijf ik een casus ter uitleg van de begeleiding bij de maaltijd op de Groepsverzorging aan het einde van dit onderzoek.

1.3 Verbinding met het psychogeriatrica lectoraat:

Het object van de studie van het lectoraat en de kenniskring Psychogeriatrica houdt in; de globale wijze waarop en de voorwaarden waaronder in Nederland de behandeling, begeleiding en zorg van/voor mensen met dementie en hun familie worden vormgegeven. Het lectoraat is gevestigd in De Haagse Hogeschool. De werkplannen worden jaarlijks vastgesteld.

Het lectoraat wil zich vooral richten op de volgende drie thema's:

1. De vergroting van de waardering voor dit werkveld, c.q. de verbetering van de beeldvorming erover;
2. De verspreiding van de expertise in de omgang met dementie;
3. De aanscherping van de kwaliteit van de behandeling, begeleiding en zorg.

De binding met het lectoraat is in mijn onderzoek vooral gericht op de verspreiding van de expertise in de omgang met dementie en de aanscherping van de kwaliteit van begeleiden. Het onderzoek zal collega's aan het nadenken zetten over de omgang met cliënten met dementie. Ook zal ik de kwaliteit willen verbeteren en een adviesrapport aan Roomburgh overhandigen.

1.4 Probleemstelling en de deelvragen.

Probleemstelling.

Hoe gaan verzorgenden van de afdeling Groepsverzorging en de andere disciplines in R.K. Zorgcentrum Roomburgh om met de individuele zorgvragen c.q. behoeften van dementerende ouderen bij de maaltijd; en hoe kan dit verbeterd worden?

Relevantie probleemstelling.

De probleemstelling is relevant voor de meeste doelgroepen in het SPH werkveld. Een aantal doelgroepen in het SPH-werkveld bestaan uit cliënten die ouder zijn en aan dementie lijden. Denk maar aan de psychiatrie en de gehandicaptenzorg waar de cliënten ook allemaal ouder worden en aan dementie kunnen gaan lijden.

Deze opdracht is relevant, omdat dementie vanwege de vergrijzing in de toekomst meer gaat voorkomen. Het begeleiden is van belang, omdat cliënten met dementie steeds minder controle hebben op hun gedrag.

Het is bruikbaar, omdat het in verzorgingshuizen en verpleeghuizen vaak voorkomt dat eten een knelpunt is. Elke cliënt met dementie uit zich anders in zijn gedrag waardoor het dementieproces ook beïnvloedt wordt. Voor cliënten met dementie is de maaltijd een belangrijk moment in de dagstructuur.

Het verbeteren van de begeleiding bij de voeding van dementerende cliënten is niet zozeer vernieuwend, maar wel een aspect wat verbeterd en uitgebreid kan worden. 'Vraaggericht werken' en 'zorg op maat' is ook actueel in de zorg. Roomburgh probeert dit wel, maar het is nog niet optimaal. Doordat het een concreet en behapbaar onderwerp is, is het ook goed te onderzoeken. Het onderzoek is relevant. Roomburgh kan de eventuele verbeterpunten gebruiken om het af te stemmen op de behoeften van cliënten met dementie.

Deelvragen.

Informatie beleid, instelling en dementie:

1. Wat is dementie?
2. Hoe wordt de begeleiding nu geregeld in Roomburgh?
3. Hoe houdt Roomburgh op beleidsniveau rekening met haar cliënten?
4. Hoe kan eventueel het beleid van Roomburgh verbeteren, zodat daardoor meer rekening wordt gehouden met de doelgroep dementie?
5. Welke methodes zijn er om dementerende cliënten te begeleiden en welke omgangsvormen worden hierbij gebruikt?

Voeding:

6. Waarom is voeding belangrijk voor de mens?
7. Waarom is begeleiding bij de voeding van cliënten met dementie belangrijk?
8. Houdt het beleid van Roomburgh zich aan de voedingsrichtlijnen van de dementerende cliënten?
9. Staat in het zorgplan van Roomburgh een voedingsrichtlijn?

Begeleiding:

10. Wat zijn de algemene problemen waar je tegen aanloopt tijdens de begeleiding bij de maaltijd?
11. Uit welke observaties van de cliënten blijkt dat de begeleiding bij de maaltijden verbeterd kan worden?
12. Hoe denken de collega's erover om betere begeleiding te geven aan de cliënten tijdens de maaltijd?
13. Hoe wordt er met de wensen en behoeftes van de cliënten bij de bereiding van de maaltijden rekening gehouden?
14. Hoe ziet de ideale maaltijd er van de cliënten uit in Roomburgh?
15. Hoe is de sfeer tijdens het nuttigen van de warme maaltijden?

1.5 Doelstelling en de doelgroep.

Doelstelling.

Door een onderzoek te doen wil ik erachter komen hoe de verzorgende van de Groepsverzorging en andere disciplines in Roomburgh begeleiding bieden tijdens de maaltijden bij cliënten met dementie. Waarbij ook rekening gehouden wordt met de behoeftes en wensen van cliënten met dementie tijdens de maaltijd en het verbeteren van de begeleiding naar de cliënten toe. Ik wil ermee bereiken dat er tijdens de maaltijden rust en sfeer komt op de groep. Ook dat de cliënt meer duidelijkheid krijgt bij de maaltijd en dat er vraaggericht/zorg op maat wordt geleverd door al het personeel in het huis.

1.5.1 Doelgroep: vrouwelijke cliënten met dementie. Het kenmerk waar het hierbij om gaat is 'de begeleiding bij het eten'.

1.6 Onderzoekseenheden en de methoden van dataverzameling.

1.6.1 Onderzoekseenheden:

De onderzoekseenheden zijn mijn collega's (respondenten) van de Groepsverzorging. Ik geef uiteindelijk uitspraken over welke begeleiding de cliënten met dementie nodig hebben en of die aansluiten bij het instellingsbeleid van Roomburgh. De locatie waar ik mijn onderzoek ga houden is: R.K Zorgcentrum Roomburgh in Leiden. Het kenmerk waar het hierbij om gaat is; 'begeleiding van mensen met dementie bij de maaltijd'. Hierdoor zal de organisatie indirect belang hebben bij dit onderzoek. Dit doordat de visie beter aansluit bij de zorgvraag van de cliënten, andere disciplines en de afdeling.

De informanten zijn de cliënten met dementie en de kok. De sleutelinformanten zijn de psycholoog en de diëtiste (zorgplan).

1.6.2 Methoden van dataverzameling.

Gezien de probleemstelling maak ik gebruik van de multimethode aanpak, omdat ik gebruik maak van verschillende dataverzamelingstechnieken. Het is een vorm van triangulatie (driehoeksmeting). In dit onderzoek is er sprake van verschillende dataverzamelingsmethoden die zinvol worden gecombineerd, waardoor er sprake is van een methodische triangulatie (multimethode aanpak). Dit is om een goed beeld te willen hebben over hoe er meer rekening gehouden kan worden en begeleiding kan gegeven worden aan cliënten met dementie op de Groepsverzorging.

Deze methoden van dataverzameling ga ik op de volgende manieren doen:

- *De kok en de diëtiste.*
Ik wil weten wat de mogelijkheden nu zijn op het gebied van voeding bij dementerende cliënten en wat het beleid heeft vastgesteld in de centrale keuken. De kok word geïnterviewd (diepte-interview) aan de hand van een half gestructureerd interview. Ik kan dan de onderwerpen die besproken moeten worden van tevoren vaststellen middels een topiclijst. Ik wil immers toch gerichte informatie te weten komen en sommige vermoedens die ik al heb, aan de orde stellen. Omdat het een half open interview is, zijn er toch nog genoeg mogelijkheden om in te springen op vragen/antwoorden die ineens nog ter sprake komen. Middels een interview kan er aan een grote hoeveelheid informatie gekomen worden en kan worden doorgevraagd als het interessant lijkt te zijn. Dat kan bijvoorbeeld niet bij een schriftelijk interview/enquête.
- *De psycholoog.*
Zij zal aanvullende informatie geven uit het interview over de begeleiding bij dementerende cliënten en de omgangsadvisen die worden gemaakt.
- *Cliënten.*
Ik zal tien cliënten gaan observeren tijdens de maaltijden op de Groepsverzorging. Daarbij zal ik twee reserve cliënten noteren voor het geval dat er een cliënt door wat voor reden dan ook niet geobserveerd kan worden. De cliënten zullen hier direct belang bij hebben. Hierbij ga ik een topiclijst maken met de factoren bij de begeleiding bij het eten geven van dementerende cliënten. Die factoren die zijn gericht op de cliënt zelf en op het leefklimaat van de cliënt. Op die manier hoop ik informatie te krijgen over de begeleiding, vorm maaltijd, aanbod van de maaltijd en wat behoefte/wensen zijn aangaande het aanbod van de maaltijd.
- *Collega's.*
De 11 collega's (vijf op de Groepsverzorging en zes in de zorg die op de etage vast werken) zullen door middel van een enquête aanvullend als respondenten ingezet worden, omdat zij dagelijks zien hoe cliënten reageren op de maaltijd. Zij zijn direct belanghebbende bij dit onderzoek. Door dit onderwerp aan de orde te stellen, spoor

- ik hun aan tot nadenken. Hierdoor komen hun ideeën naar boven betreffende de begeleiding tijdens de maaltijd bij de cliënten met dementie.
- Voor algemene informatie zoek ik internet, vaktijdschriften en boeken af, ook om feiten en cijfers te vinden voor mijn onderzoek.
- Verder kijk ik in mijn eigen instelling of er informatie te vinden is over het onderwerp.

Problemen waar ik tijdens dit onderzoek eventueel tegenaan kan gaan lopen, zijn dat tijdens de geplande observaties ziektes tussendoor kunnen komen, waardoor een observatie niet door kan gaan. Daarvoor heb ik een ruime tijdsplanning genomen en reserve cliënten op mijn planning staan.

1.7 Aanpak en verantwoording van het onderzoek:

Tijd:

Het onderzoek zal starten na een 'GO' van het startdocument. Daarna is er voldoende tijd om het onderzoek uit te voeren. Het is haalbaar in het verzorgingshuis Roomburgh om dit onderzoek te doen. Verder is er ook ruim voldoende de tijd om het onderzoek uit te voeren. Verder heb ik ook toegang en medewerking vanuit Roomburgh met de kok, psycholoog, verpleeghuisarts en diëtiste.

1.7.1 Betrouwbaarheid en interne geldigheid:

Ik vroeg mezelf van tevoren af om eventueel een voicerecorder bij het interview te gebruiken, maar ik zag hier een aantal nadelen in. Een voicerecorder zorgt voor de betrouwbaarheid van de verwerking van de antwoorden, maar kan tegelijkertijd een belemmering vormen in het vrijuit praten door de geïnterviewde. Bij het stellen van de vragen zal ik zo duidelijk mogelijk zijn, zodat het voor eenieder begrijpelijk is. Ik check van tevoren of er vooroordelen bij mezelf zijn en schrijf die op als dat zo is om daarvan bewust te zijn tijdens het interviewen. Voor het verkrijgen van een goede interne geldigheid zal ik de respondenten zo eerlijk mogelijk en op eenzelfde manier ondervragen, zodat de uitkomsten op waarheid berusten voor de situatie die ik onderzocht heb. Daarnaast zal ik de kok en de diëtiste op hun gemak stellen (niet meteen van start gaan, eerst even een kletspraatje, duidelijk uitleggen wat de bedoeling is en wat ze van mij kunnen verwachten etcetera) zodat er een sfeer van vertrouwdsheid ontstaat. Observaties en bevindingen worden zo snel mogelijk vastgelegd om vertekening van de informatie te voorkomen. Het interview zal ik gelijk uitwerken om zo de betrouwbaarheid te behouden.

Bereidheid en bereikbaarheid:

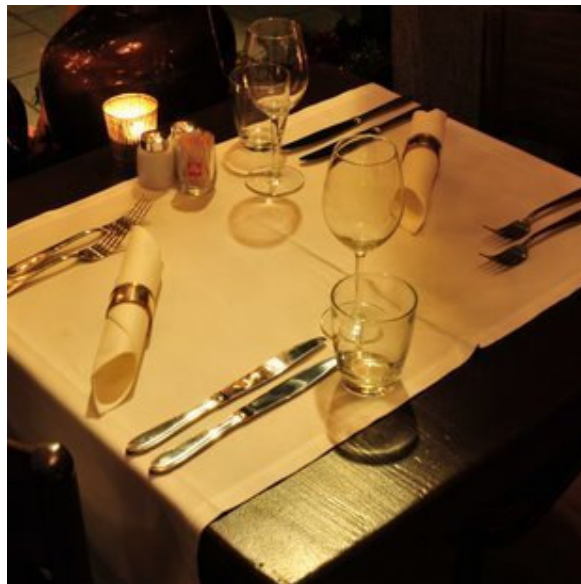
De bereikbaarheid en de bereidheid zullen geen probleem zijn. Mijn collega's, kok, psycholoog en diëtiste hebben al toestemming gegeven om de enquêtes en de interviews af te nemen. Ik heb de middelen om mijn onderzoek op werk uit te voeren, zoals een computer, printer en informatiebronnen.

1.8 Opzet rapport

In hoofdstuk II wordt het resultaat van het literatuuronderzoek besproken. Er wordt een (gedeeltelijk) antwoord geformuleerd op de deelvragen vanuit de literatuur die daarover gevonden is. Vervolgens wordt er informatie gegeven over de instelling waar het onderzoek gedaan is, een omschrijving van de doelgroep, de dagindeling (hoofdstuk III). In het daarop volgende hoofdstuk wordt verwerking van de data-analyse geformuleerd. Het laatste hoofdstuk bevat een conclusie en er wordt antwoord gegeven op de deelvragen en de vraagstelling vanuit het onderzoek. Aan de hand daarvan worden aanbevelingen, verbeterpunten en suggesties gegeven naar de instelling toe waar het onderzoek gehouden is (hoofdstuk V). Tot slot is aan het eind van het rapport een literatuurlijst en bijlagen opgenomen.

1.9 Samenvatting

In dit eerste hoofdstuk werd een algemene schets gegeven over de keuze van het onderwerp en de doelgroep met betrekking tot het onderzoek. Vervolgens werden de vraagstelling en daarbij behorende deelvragen behandeld, zodat duidelijk werd waar het onderzoek om draait. De nadruk ligt op de begeleiding van cliënten met dementie bij de maaltijd. Ook werd duidelijk dat de multimethode aanpak de meest effectieve manier was om het onderzoek te verrichten, de diepte-interviews en observaties zijn de meest belangrijke vormen van dataverzameling in het onderzoek.



Hoofdstuk II Literatuuronderzoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het begrip dementie verder omschrijven. Vervolgens zal in dit hoofdstuk in paragraaf 2.2. antwoord gegeven worden op de deelvragen die vanuit de literatuur gevonden zijn. Tenslotte sluit het hoofdstuk af met een samenvatting (2.3).

2.2. Antwoord op de deelvragen vanuit de literatuur

Het is van belang om meer over dementie te weten te komen om de deelvragen te kunnen beantwoorden

1. Wat is Dementie?

Korte definitie van dementie: Dementie is een verzamelnaam voor aandoeningen, die gekenmerkt worden door combinaties van meervoudige stoornissen in verstandelijke vermogens, (waar het geheugen ook bij ingegrepen wordt), stemming en gedrag. Dementie komt voor bij klinische syndromen, die veroorzaakt worden door verschillende hersenziekten. De specifieke kenmerken van de verschillende combinaties worden bepaald door de aard, lokalisatie en ernst van de afwijkingen in de hersenen.

Er zijn verschillende vormen van dementie. Namelijk:

1. Alzheimer
2. Vasculaire dementie
3. Ziekte van Pick
4. Ziekte van parkinson en dementie
5. Ziekte van Creutzfeldt-Jakob
6. Het Korsakov syndroom
7. Lewy-body ziekte

De ziekte van Alzheimer is het meest voorkomende vorm van dementie en daarna de vasculaire dementie. Ik beperk me nu tot deze twee vormen.

Alzheimer

Bij Alzheimer cliënten vertonen in de hersenen op een karakteristieke wijze eiwitophopingen en is er een verschrompeling van de buitenste laag van de hersenschors te zien. De oorzaak is onbekend. De ziekte van Alzheimer is niet te genezen en het proces kan ook niet terug worden gedraaid. De ziekte van Alzheimer begint meestal tussen de 70 en de 80 jaar. Het komt ook voor dat het al op een jonge leeftijd begint. In het algemeen gaat het proces dan sneller. De verschijnselen van de ziekte Alzheimer zijn niet voor iedere cliënt hetzelfde. Bijvoorbeeld de aard en het tempo van het dementieproces. Een kenmerk van Alzheimer is dat de verschijnselen zich langzaam ontwikkelen. Soms zo geleidelijk dat het in het begin niet opgemerkt wordt. Er kunnen bij de ziekte karakterveranderingen plaatsvinden, maar er ontstaan ook oriëntatiestoornissen. Verder kunnen zich problemen voordoen op het gebied van spraak en schrijfvaardigheden, zoals Afasie (spraak- en schrijfvaardigheden), Agnosie (herkennen van geluiden en voorwerpen) en Apraxie (uitvoeren van handelingen).

Vasculaire dementie

Vasculaire dementie werd vroeger ook wel 'multi-infarct dementie' of 'arteriosclerotische dementie' genoemd. De hersenenbeschadigingen die bij deze vorm van dementie horen, worden veroorzaakt door stoornissen in de bloedvoorziening in de hersenen, waardoor hersenweefsel beschadigd raakt en afsterft.

Ook bij deze vorm is er geen genezing mogelijk en kan het dementieproces niet terug gedraaid worden. Door het variëren van welk gebied in de hersenen beschadigd zijn, kunnen de verschijnselen per cliënt anders zijn. De leeftijd van deze vorm ligt tussen de 65 en 75 jaar, maar de ziekte kan ook op een jongere leeftijd voorkomen. De cliënten die lijden aan vasculaire dementie hebben een voorgeschiedenis van hart- en vaatlijden gehad.

De verschijnselen zijn niet bij iedereen hetzelfde. Bij vasculaire dementie zijn het geheugen- en oriëntatieproblemen in eerste instantie veel minder opvallend dan bij de ziekte van Alzheimer. Het meest kenmerkend voor vasculaire dementie is de combinatie van geestelijke- en lichamelijke achteruitgang. De emotionele verschijnselen blijven het langst intact.

(Bron: www.alzheimer-nederland.nl) & (Geelen Ronald(. ?.) *Omgaan met Dementie*.)

6. Hoe kan eventueel het beleid van Roomburgh verbeteren, zodat daardoor meer rekening wordt gehouden met de doelgroep dementie?

Verzorgenden moeten werken met een multidisciplinair team om goede zorg te kunnen leveren.

Goede zorg kan pas gesteld worden:

Als het management van de zorginstelling een evenwichtige combinatie realiseert van kleinschalig wonen en multidisciplinaire deskundigheid gebaseerd op professionele zorg; zorg, die door een moderne hogeschool moet kunnen worden geleverd.

1. Als uit het gedrag van mensen met dementie kan worden afgeleid dat zij het gevoel van houvast, maar ook controle en veiligheid ervaren.
2. Als familieleden werkelijk voelen dat zij door verzorgende en de anderen hulpverlener als 'partners in de zorg' worden beschouwd.

(Bron: Miesen Bère (2006) *Liefde voor het leven. -Zorg voor mensen met dementie*: Houten Bohn Stafleu van Loghum)

7. Welke methodes zijn er om dementerende cliënten te begeleiden en welke omgangsvormen worden hierbij gebruikt?

Dementie is een chronische ziekte. Controleverlies is het directe gevolg (het voortschrijden) van de ziekte zelf. Het directe gevolg is dus van de weefselveranderingen in de hersenen. De omgang met het verliezen van het grip op het leven is een controle die cliënten met dementie moeilijk kunnen bevatten.

Vaak beschrijven psychologen een omgangsadvies voor de verzorgenden van de cliënten die dementie hebben. Hierin beschrijft men op welk moment en op welke manier het lijden kan worden verlicht bij degene die dementie heeft.

Palliatieve zorg is zorg die gericht is op verlichting van het lijden. Ook onmacht is voor cliënten met dementie een struikelblok.

Verzorgenden moeten weten dat ieder cliënt met dementie verschillend te bejegenen is en het verloop van het dementieproces telkens veranderd.

Cliënten gaan allemaal individueel anders om met dementie. De ene cliënt verwerkt een trauma of ramp immers zus en de andere zo.

Een ondeskundige bejegening vergroot het lijden van de cliënt en van zijn naasten.

Het emotionele geheugen blijft in de meeste vormen van dementie het langst intact.

Door de geestelijke achteruitgang gaan deze cliënten zich non-verbaal steeds meer uiten in wat ze willen of hebben. Inzicht in en begrip tonen is nodig in de zorg om cliënten met dementie te begeleiden.

Factoren die bepalen wat de mate van het lijden is:

- De oorzaak van dementie
- De fasen van de ziekte of de ernst van de stoornissen
- De mate van het besef
- Bejegening van de naasten
- Wat degene al weet van dementie
- Intelligentieniveau voor de ziekte
- Persoonlijke structuur
- Gehechtheidsgeschiedenis

- Ervaringen van de levensloop

Stappen:

1. Diagnose dementie
2. Factoren in kaart brengen
3. Richtlijnen voor de omgang formuleren.

(Bron: Miesen Bèrè (2006) *Liefde voor het leven.- Zorg voor mensen met dementie*: Houten Bohn Stafleu van Loghum.)

8.Waarom is voeding belangrijk voor de mens?

Oud of jong, ieder mens moet eten en drinken. Eten en drinken maakt deel uit van een complex geheel dat als voedselervaring kan worden omschreven. Als cultuurelement zijn onze eet- en drinkgewoontes onderhevig aan allerlei maatschappelijke ontwikkelingen. Ze zijn veranderlijk en veranderbaar. Dit is duidelijk te zien aan oudere gewoontes en traditionele gerechten die op de achtergrond raken en verdrongen worden door nieuwe. Dat in een en dezelfde samenleving niet iedereen hetzelfde eet wil zeggen dat er sprake is van een zekere diversiteit in eetcultuur. Dat heeft sterk te maken met de eigen smaak, met de verschillende keuzes die men maakt, met het aanbod van voedingsmiddelen en de eigen culturele achtergrond.

Waarom eten we eigenlijk wat we eten? We eten omdat we het lekker vinden, honger hebben, troost zoeken, iets te vieren hebben of dat het wordt aangeboden. Er zijn dus redenen en drijfveren die niets te maken hebben met wat ons lichaam op dat moment nodig heeft. We eten dus niet altijd voor de biologische behoeften, maar blijkbaar vervult het ten delen ook een aantal andere behoeften.

De biologische dimensie houdt in dat de fysiologische behoeften zich uit in honger- en dorstgevoel. De sociale dimensie van voedsel valt onder het gezamenlijk gezellig eten, samen zijn van het gezin. Verder kan de psychologische dimensie worden onderkent. Dit betekent dat voedsel of voedingsmiddelen bedoeld worden ter vervulling van de psychische behoeften. Dus bijvoorbeeld eten, omdat diegene verdrietig is.

Als een oudere in een verzorgings situatie terecht is gekomen, waarbij hij o.a. in de voedselvoorziening in meer of mindere mate afhankelijk is geworden van anderen, kan ook de voedselbeleving aanzienlijk veranderen.

Een groot verschil tussen de afhankelijkheid van een baby en van een bejaarden is echter dat de oudere mens niet meer van alles hoeft te leren over voedsel en voeding, maar juist allerlei ervaringen met zich meedraagt en graag met en vanuit die ervaringen verder wil.

Er zijn nog veel ouderen die de tweede wereldoorlog hebben mee gemaakt. Het is dan ook belangrijk om te realiseren dat een deel van de voedselervaringen van ouderen gevormd wordt door ervaringen met schaarste.

De voedselervaringen van ieder mens zijn uniek, juist door het samenspel van persoonlijke, culturele en sociale factoren.

Samen met anderen de warme maaltijd gebruiken kan een gevoel van onderlinge verbondenheid geven.

De eetcultuur die dus onder meer bestaat uit waarden en normen, beïnvloedt de omgang van mensen met hun voedsel.

De symboolwaarden van een voedingsmiddel kan in de loop van de tijd veranderen. Dat kan op twee manieren. Een voedingsmiddel kan langzamerhand een andere bijbetekenis krijgen, die vroegere symboolwaarde vervangt. Maar de symboolwaarde kan ook uitslijten, aan betekenis verliezen. Bijvoorbeeld iedere dag taartjes eten.

De meeste ouderen streven ernaar om zolang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en functioneren. Dit eventueel met hulp van dienstcentra, familie, gezinshulp, vrijwilligers etc.

De hulp kan zich uitbreiden tot het terrein van het eten. Naarmate er meer hulp komt bij de dagelijkse dingen is het onvermijdbaar om te verhuizen naar een zorginstelling. Afhankelijkheid van anderen voor het eten en/ of drinken kan aanleiding geven tot een reeks van problemen. De grootte hiervan kan afhangen van de verantwoordelijkheid die men vroeger voor het voedselgebeuren had.

De ideeën en opvattingen die er over voedsel en voeding zijn, zijn vaak strikt persoonlijk. Dit is het geval bij smaak, combinaties van voedingsmiddelen etc.

Als de voedselvoorziening echter door een centrale keuken geregeld wordt, kan dit tot conflicten leiden. Dit omdat de koks en diensthulpen in de keuken ook eigen ideeën hebben op het gebied van eten.

Een andere activiteit rond het voedselgebeuren is de menucommissie. Dit bestaat uit een aantal cliënten, een kok, iemand van de verzorging en een lid van het bestuur. In deze commissie wordt gezamenlijk het menu voor de komende weken doorgenomen en klachten van de cliënten besproken.

Door bijvoorbeeld een menucommissie in zorginstellingen te organiseren kunnen de ouderen mee beslissen, ideeën bespreken en onderhandelen met de kok. Dit draagt bij tot zelfstandigheid van het gevoel van eigenwaarde en identiteit.

Er zijn een aantal veranderingen die op kunnen treden in de voedselbeleving van ouderen als de voedselvoorziening centraal geregeld wordt. Er ontstaat een spanningsveld tussen de ideeën van ouderen over voedsel en voeding en de ideeën van hen die de voedselvoorziening regelen.

Behalve dat oudere cliënten op een gegeven moment niet goed voor hun maaltijden kunnen zorgen, komen ze ook vaak alleen te staan. De kinderen zijn het huis uit, hun partner is overleden of opgenomen. Dan verdwijnt in veel gevallen een belangrijke functie van de maaltijden, namelijk de gezelligheidsfunctie. Eten kan dan een noodzakelijk iets worden, nodig om in leven te blijven. Het is dan niet meer iets wat gedaan wordt, omdat het prettig is. (Bron: Smulders Kien (1984) *Ouderdom en voeding*: Loghum Slaterus.) & (Bron: Kors Bert en Seunke Wim(1994) *Psychogeriatrische verpleegkunde*:Lemma, vierde herziene druk.)

9. Waarom is begeleiding van voeding belangrijk bij dementerende cliënten?

Ieder mens eet anders. Er is een verschil in tempo en in de grootte van de happen die cliënten nemen. Verzorgings- of verpleeghuizen krijgen cliënten die soms alleen de eerste hap toedienen, zodat de cliënten weten dat het eten is. Het kan ook zijn dat cliënten alleen de laatste happen krijgen, omdat ze dan vermoeid zijn. Als ouderen thuis wonen, worden ze door een persoon verzorgd, maar als ouderen in een verzorginghuis of verpleeghuis wonen, worden ze door verschillende verzorgenden verzorgd. Dit is voor een oudere die aan dementie lijdt, steeds een vreemde. De een kan diegene wel helpen met het eten en de andere weer niet. Hoe deskundig de verzorgenden zijn ze geven niet allemaal op dezelfde manier eten. Hoe ver ga je met je hulp? Waar ligt de grens tussen stimuleren en opdringen of zelf dwingen om te eten?

Er zijn verschillende oorzaken waarom mensen niet willen eten. Denk maar eens aan de tanden en de kiezen. Sommige cliënten die lijden aan dementie kunnen niet goed meer uitleggen als er iets is of pijn doet. Dat kan bijvoorbeeld opgemerkt worden als ze niet willen eten.

Oorzaken van beperkingen in het kauwen;

1. Mechanische stoornissen (slecht functionerend eigen gebit of kunstgebit)
2. Motorische stoornissen (verzwakking, parese door CVA, tremor door Parkinson)
3. Sensibele of gevoelsstoornis (pijnlijke kaak)
4. Cognitieve stoornissen (apraxie door CVA of dementie).

Er kunnen veel oorzaken zijn waardoor iemand niet wil eten, zoals een kunstgebit kapot is, kwijt is of pijn doet omdat hij niet meer goed past.

Het uitstellen van het eindstadium waar iemand sondevoeding krijgt, waardoor iemand het niet meer als gezellig eten ervaart, is belangrijk.

In het eindstadium kauwen cliënten vaak niet meer door onbegrip of apraxie.

Oorzaken van beperkingen in het slikken:

1. Verkeerde houding tijdens de maaltijd
2. Mechanische stoornissen (gezwollen keel, te grote brokken)
3. Motorische stoornissen (parese door CVA)
4. Sensible stoornissen (pijnlijke keel door ontstekingen)
5. Cognitieve stoornissen (apraxie door dementie)

Het eten is vaak de enige tijd dat de gezinsleden bij elkaar zitten. Een vast tijdstip is ook belangrijk voor andere afspraken. Eten is een sociaal gebeuren en kan een hoogtepunt van de dag zijn. Psychosociale omstandigheden blijken de eetlust te verbeteren en zien eten, doet eten.

Oorzaken voor minder eetlust:

1. Lichamelijke klachten zoals moeheid, chronische ontstekingen, ernstige infecties, pijn en maagdarfstoornissen etc.
2. Geestelijk; depressiviteit.
3. Sociaal; bijvoorbeeld veranderingen in leef/woonsituatie.
4. Bepaalde medicijnen of diëten.

Ouderen die alleen komen te staan of ouder worden, komen te staan voor bepaalde dingen die niet meer uitgevoerd kunnen worden. De oorzaken van beperkingen in boodschappen doen en koken zijn:

1. Motorische functiestoornissen van armen en benen. Door bijvoorbeeld CVA, de ziekte van Parkinson.
2. Mechanische functiestoornissen van armen en hebben door een fractuur, reuma of artrose etc.
3. Gevoelstoornissen van armen en benen bij diabetes of pijn.
4. Stoornissen van het zien (cataract).
5. Cognitieve stoornissen (dementie).

Ieder mens heeft zijn voorkeuren en gewoontes. De oorzaken van beperkingen in het aangeven van de voorkeur;

1. Stoornissen in communicatie (door slecht gehoor, slechte visus, spraakstoornis, taalstoornis)
2. Cognitieve stoornissen (geheugenstoornissen of frontale stoornissen).

Oorzaken van beperkingen in het eten:

1. Stoornissen van het zien (cataract)
2. Motorische functiestoornissen van de arm (door vermoeidheid of stijfheid door Parkinson).
3. Mechanische functiestoornissen van de arm (fractuur, contractuur, reuma)
4. Cognitieve stoornissen (apraxie of agnosie door dementie).

Sommige ouderen krijgen een dieet voorgeschreven. Een dieet voorschrijven aan een demente oudere met wie geen overleg mogelijk is, moet goed overdacht en overlegd worden. Een dieet zou eigenlijk alleen voorgeschreven mogen worden als daarmee de kwaliteit van leven duidelijk kan worden verbeterd. Daarna is het van belang dat er opgelet wordt of diegene dat ook werkelijk eet. Want als diegene het voedsel niet lust dan zal hij er ook minder van gaan eten. Zijn voedingstoestand komt dan in gevaar, want dementerende ouderen kunnen niet aan ander voedsel komen. Als dit zo is, moet er gezocht worden naar een middenweg.

Buiten de diëten om zijn er globaal drie soorten voedingen te onderscheiden bij dementerenden:

1. Een adequate voeding om de voedingstoestand te handhaven of te herstellen (gewicht).
2. Een optimale voeding om de best haalbare voedingstoestand te verwezenlijken.
3. Een wensvoeding waarbij de kwaliteit van het leven voorop staat en de volwaardigheid van de voeding van belang is.

Bij optimale voeding, dus de best haalbare voeding, wordt geaccepteerd dat vroeg of laat de voedingstoestand achteruitgaat.

Het is belangrijk dat de verzorgende oplet wat de oorzaak is van het niet willen eten, maar ook de factoren die in het leefklimaat zijn in de gaten houdt. Daarom is begeleiding zo belangrijk bij het eten met dementerende cliënten.

(Bron: Miesen Bèrè. e.a.(2003) *Leidraad Psychogeriatric* :Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum)

Vanwege het van individu tot individu verschillende problematiek is een standaard-routing van cliënten met dementie door de zorg niet aan te geven. In elk individueel geval moet bepaald worden wat de zorgbehoefte is en welk zorgaanbod daaraan het beste tegemoetkomt.

Veel instellingen worstelen regelmatig met problemen in de zorgverlening aan cliënten met dementie.

- Tekortschietende psychosociale hulp;
- Gebrek aan inzicht in individuele problematiek;
- Plaatsingsproblematiek;
- Onvoldoende mogelijkheden voor intensieve begeleiding;
- Te weinig structurering en gebrek aan mogelijkheden voor dagbesteding;
- Onvoldoende aansluiting tussen zorgvraag en zorgaanbod;
- Onvoldoende aandacht voor de positie van de familie (als betrokken buitenstaander).

Hulpverleners kunnen vaak onvoldoende inspelen op individuele verschillen in hulpbehoefte.

Al het andere verzamelde relevante literatuur bevestigt ook dat een gezonde voeding erg van belang is voor cliënten. Een slechte kwaliteit van de warme maaltijd heeft een grote invloed op de lichamelijke- en geestelijke gesteldheid van de cliënt.

Ook de sfeer waarin de maaltijd genuttigd wordt, is erg van belang voor de cliënten. Net zo belangrijk als het eten zelf is de aankleding ervan, zoals mooi gedekte tafels, met mooi servies, servetjes en hetzelfde bestek ook belangrijk.

Het eten moet namelijk weer een dagelijks feestje worden en het moet in het persoonlijke ritme van de cliënt passen. Het nuttigen van de warme maaltijd is een rustpunt voor de dag van de cliënt. Hierbij moeten de cliënten rustig en op hun gemak kunnen eten.

Verder is het zo dat de cliënten volgens het literatuur in de toekomst steeds meer op de dag van bestelling, de warme maaltijd gaan nuttigen.

De Krantenartikelen uit Algemeen Dagblad:

- Resultaten naar aanleiding van het onderzoek wat gedaan is in 2006. Verbetertraject Eten & Drinken. 'Weg met de drievaksborden.'
- Eten is weer een feestje.

Ik ben gaandeweg het onderzoek er dan ook achter gekomen dat meerdere factoren een rol spelen om een warme maaltijd met een voldoende te waarderen.

In deze stukken komen op verschillende vlakken essentiële aspecten aanbod:

- Sociale aspect: de sfeer, omgeving en communicatie.
- Visuele aspect: hoe de maaltijd wordt opgediend en hoe de maaltijd eruit ziet.
- Lichamelijke aspect: de invloed van de maaltijd op de gezondheid of het herstel van eventuele lichamelijke aandoeningen en/of blessures.
- Geestelijke aspect: ongezonde en slechte voeding kan leiden tot depressies en een slechtere motoriek waardoor ze ten val kunnen komen.

http://www.zibb.nl/horeca/nieuws_start/asp/artnr/1179586/versie/1/index.html

'Gezonder door samen tafelen in zorg'.

In dit artikel wordt verwezen naar een schrijver in het tijdschrift "The British Medical Journal". Het onderzoek is gedaan door de van oorsprong Belgische wetenschapper Kristel Nijs. In dit verhaal geeft zij aan dat 80% van de cliënten de maaltijd gebruikt vanaf een dienblad op zijn of haar slaapkamer of in de recreatiezaal. Zij geeft aan dat de cliënten zich hierdoor sneller eenzaam of depressief voelen.

Centraal staan hun huidige aanpak en visie voor de toekomst ten aanzien van de voedingsorganisatie in de zorg.

www.zorgvoorbeter.nl

Een aantal verbeterteams zijn binnen hun eigen instelling gestart met het thema verbetertraject: Eten en Drinken. Dit thema behelst één van de basale menselijke behoeften van de cliënten van de zorginstellingen.

Binnen dit stuk wordt er onder het punt: "Het verbetertraject" ingegaan op het feit dat mensen die van langdurige zorg afhankelijk zijn, het eten en drinken vaak moeizaam verloopt.

Voornamelijk de zin: "Het helpt om ervoor te zorgen dat het eten en drinken weer een dagelijks feest wordt en dat het past in het persoonlijke ritme van de cliënt" geeft weer dat dit een opvatting is die meerdere aspecten voor de kwaliteit van voeding in zich heeft.

- Medisch.
- Sociaal.
- Omgeving.

Onder het stuk "Maak van eten en drinken een feest" wordt beschreven dat gezamenlijke maaltijden en drinkpauzes voor veel mensen een sociale betekenis hebben. Als het gezellig is, smakelijker, geuriger, gevarieerder en er mooi uitziet, voorkom je veel problemen, zo blijkt uit onderzoek.

Net zo belangrijk als het eten zelf is, is de aankleding ervan, zoals mooi gedekte tafels, met gezellig servies, servetjes en hetzelfde bestek ook belangrijk.

'Maak van de maaltijd een rustpunt in de dag van de cliënten en zorg dat de mensen op hun gemak kunnen eten en drinken', zijn de adviezen aan de deelnemers aan dit verbetertraject.

www.zorgvoorbeter.nl

Verbetertraject Eten en Drinken.

Er is veel media-aandacht voor het Verbetertraject Eten en Drinken van Zorg voor Beter.

In dit stuk komt naar voren dat er in de media aan de orde kwam, over de positieve gevolgen van zeggenschap van verpleeghuiscliënten over het tijdstip en de samenstelling van de maaltijd. Ook het aantoonbare nut van een goede sfeer kwam uitgebreid aan bod.

www.zorgvoorbeter.nl/.

Verbetertraject Eten en Drinken.

Eetlust bevorderen en signaleren van en reageren op eet- en drinkproblemen.

Het verbetertraject Eten en Drinken maakt deel uit van Zorg voor Beter, een initiatief van het ministerie van VWS. Het verbetertraject wil instellingen in de ouderen-, thuis- en gehandicaptenzorg steunen in het verbeteren van de zorg rondom eten en drinken, zodat zij verantwoorde zorg kunnen leveren. Instellingen kunnen vanaf nu deelnemen aan het Verbetertraject "Eten en drinken"

Onder het kopje: 'Waarom is verbeteren van eten en drinken zo belangrijk?' staat de opsomming waarom het verbeteren van eten en drinken zo belangrijk is. Ook onder het kopje: 'Welke verbetermogelijkheden zijn beschikbaar?' staat de opsomming welke verbetermogelijkheden er beschikbaar zijn met betrekking tot Eten en Drinken.

Overige informatie.

Literatuur uit vaktijdschriften, internetsites en een aantal boeken heb ik als achtergrondinformatie gebruikt voor dit onderzoek. Deze staan in de bronvermelding vermeld.

De hierna volgende deelvragen kan ik niet beantwoorden vanuit de literatuur. Ik zal in hoofdstuk vijf antwoord geven op deze deelvragen die hieronder staan.

1. Hoe wordt de begeleiding nu geregeld in Roomburgh?
2. Hoe houdt Roomburgh op beleidsniveau rekening met haar cliënten?
3. Houdt het beleid van Roomburgh zich aan de voedingsrichtlijnen van de dementerende cliënten?
4. Staat in het zorgplan van Roomburgh een voedingsrichtlijn?
5. Wat zijn de algemene problemen waar je tegen aanloopt tijdens de begeleiding bij de maaltijd?
6. Uit welke observaties van de cliënten blijkt dat de begeleiding bij de maaltijden verbeterd kan worden?
7. Hoe denken de collega's erover om betere begeleiding te geven aan de cliënten tijdens de maaltijd?
8. Hoe wordt er met de wensen en behoeftes van de cliënten bij de bereiding van de maaltijden rekening gehouden?
9. Hoe ziet de ideale maaltijd eruit van de cliënten in Roomburgh?
10. Hoe is de sfeer tijdens het nuttigen van de warme maaltijden?

2.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk werd duidelijk dat deze doelgroep complex is door de verschillende zorgbehoeftes en dat het aanbod zeer zorgvuldig afgestemd dient te worden op de individuele hulpvrager. Er zijn diverse redenen waarom. Hieronder volgt een samenvatting van het gevonden literatuur:

Er zijn verschillende vormen van dementie. De twee meest voorkomende zijn uitgewerkt:

1. Alzheimer
2. Vasculaire dementie

Korte definitie van dementie: Dementie is een verzamelnaam voor aandoeningen, die gekenmerkt worden door combinaties van meervoudige stoornissen in verstandelijke vermogens, (waar het geheugen ook bij ingegrepen wordt), stemming en gedrag. Dementie komt voor bij klinische syndromen, die veroorzaakt worden door verschillende hersenziekten. De specifieke kenmerken van de verschillende combinaties worden bepaald door de aard, lokalisatie en ernst van de afwijkingen in de hersenen.

Om goede zorg te leveren, moet er gewerkt worden in een multidisciplinair team. Een ondeskundige bejegening vergroot het lijden van de cliënt en van zijn naasten. Om een goede omgangsadvies te maken, moet er gekeken worden naar verschillende factoren rondom de cliënt.

Factoren die bepalen wat de mate van het lijden is:

- De oorzaak van dementie
- De fasen van de ziekte of de ernst van de stoornissen
- De mate van het besef

- Bejegening van de naasten
- Wat diegene al weet van dementie
- Intelligentieniveau voor de ziekte
- Persoonlijheidsstructuur
- Gehechtheidsgeschiedenis
- Ervaringen van de levensloop

Stappen voor een advies:

1. Diagnose dementie
2. Factoren in kaart brengen
3. Richtlijnen voor de omgang formuleren

Er is sprake van een zekere diversiteit in eetcultuur. Dat heeft sterk te maken met de eigen smaak, met de verschillende keuzes die men maakt, met het aanbod van voedingsmiddelen en de eigen culturele achtergrond. De voedselervaringen van ieder mens zijn uniek, juist door het samenspel van persoonlijke-, culturele - en sociale factoren.

Samen met anderen de warme maaltijd gebruiken, kan een gevoel van onderlinge verbondenheid geven: gezelligheidsfunctie. Eten kan dan een noodzakelijk iets worden, nodig om in leven te blijven. Het is dan niet meer iets wat gedaan wordt, omdat het prettig is.

De eetcultuur die dus onder meer bestaat uit waarden en normen, beïnvloedt de omgang van mensen met hun voedsel.

De meeste ouderen streven ernaar om zolang mogelijk zelfstandig te blijven wonen en functioneren. Door bijvoorbeeld een menucommissie in zorginstellingen te organiseren, kunnen de ouderen mee beslissen, ideeën bespreken en onderhandelen met de kok. Dit draagt bij tot zelfstandigheid van het gevoel van eigenwaarde en identiteit.

Ieder mens eet anders. Er is een verschil in tempo en in de grootte van de hapjes die cliënten nemen. Er zijn verschillende oorzaken waarom mensen niet willen eten.

Bijvoorbeeld: kauwen, slikken, lichamelijke klachten, medicatie en diëten. Sommige cliënten die lijden aan dementie kunnen niet goed meer uitleggen als er iets is of pijn doet. Dat kan bijvoorbeeld opgemerkt worden als ze niet willen eten.

Een dieet zou eigenlijk alleen voorgeschreven mogen worden als daarmee de kwaliteit van leven duidelijk kan worden verbeterd. Buiten de diëten om kunnen we globaal drie soorten voedingen onderscheiden bij dementerenden:

1. Een adequate voeding om de voedingstoestand te handhaven of te herstellen (gewicht).
2. Een optimale voeding om de best haalbare voedingstoestand te verwezenlijken.
3. Een wensvoeding waarbij de kwaliteit van het leven voorop staat en de volwaardigheid van de voeding van belang is.

Bij optimale voeding, dus de best haalbare voeding, wordt geaccepteerd dat vroeg of laat de voedingstoestand achteruitgaat.

Het is belangrijk dat de verzorgende oplet wat de oorzaak is van het niet willen eten, maar ook de factoren die met leefklimaat te maken hebben in de gaten houdt. Daarom is begeleiding zo belangrijk bij het eten met dementerende cliënten.

Vanwege het van individu tot individu verschillende problematiek is een standaard-routing van cliënten met dementie door de zorg niet aan te geven. In elk individueel geval moet bepaald worden wat de zorgbehoefte is en welk zorgaanbod daaraan het beste tegemoetkomt.

Ook de sfeer waarin de maaltijd genuttigd wordt, is erg van belang voor de cliënten. Net zo belangrijk als het eten zelf is de aankleding ervan, zoals mooi gedekte tafels, met gezellig servies, servetjes en hetzelfde bestek ook belangrijk.

Het eten moet namelijk weer een dagelijks feestje worden en het moet in het persoonlijke ritme van de cliënt passen. Het nuttigen van de warme maaltijd is een rustpunt voor de dag van de cliënt. Hierbij moeten de cliënten rustig en op hun gemak kunnen eten. Verder is het zo dat de cliënten volgens het literatuur in de toekomst steeds meer op de dag van bestelling, de warme maaltijd gaan nuttigen.



Hoofdstuk III Informatie over de instelling

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal in paragraaf 3.2 informatie gegeven worden over de instelling en wordt er een beeld geschept over de Groepsverzorging. Er wordt wat verteld over de dagindeling voor cliënten, wie er werkzaam zijn op de Groepsverzorging en het hoofdstuk sluit af met een samenvatting (3.3.).

3.2 Informatie instelling

Voor het geven van een goede beschrijving van de instelling en de Groepsverzorging is zowel het internetsite van Roomburgh gebruikt als het bluebook, folders en de sleutelinformanten (2009).

De organisatie R.K. Zorgcentrum Roomburgh is een verzorgingshuis in Leiden waar 113 ouderen volgens de modernste inzichten worden verzorgd.

Faciliteiten:

- restaurant en maaltijdvoorziening thuis;
- tijdelijke opnamen/herstelplaatsen;
- psychogeriatrische meerzorg;
- somatische meerzorg;
- dagverzorging;
- verzorgingshuiszorg thuis;
- 36 aanleunwoningen met servicepakket;
- kapsalon;
- winkeltje;
- pedicure;
- kerkdienst.

Het is een katholiek huis met zeven etages. Roomburgh beschikt over een locatie voor de P.G. Groepsverzorging, die ruimte biedt aan ongeveer 21 cliënten. Deze locatie bevindt zich op de eerste etage. De Groepsverzorging is een onderdeel van Combi- meerzorg. Deze zorg valt onder aanvullende verpleeghuiszorg in een verzorgingshuis. De Groepsverzorging is bedoeld voor cliënten van Roomburgh met een psychogeriatrische aandoening. Het is een open verzorgingshuis en een open afdeling.

De strategische besluitvorming: de directie is met de missie bezig geweest en vertaalde het zo naar de Groepsverzorging toe. Zorg-op-maat project / meerzorg/combi-zorg P.G.: in 2001 is een samenwerking aangegaan met verpleeghuis Zuydthijck. In 2002 is de afdeling P.G.-dagverzorging opgewaardeerd tot een meerzorg/combi-project. Er zijn 25 plaatsen in dit project. Onderdeel van de meerzorg is de Groepsverzorging op de eerste etage. In 2007 is de Groepsverzorging en eerste etage omgevormd tot één afdeling PG. Daarmee kan de personele bezetting en aansturing beter worden geregeld.

Doelgroep: cliënten met een psychogeriatrische aandoening. Het uitgangspunt van de Groepsverzorging is het bieden van veiligheid en structuur aan de cliënten, die begeleiding en/of zorg nodig hebben en bij het begeleiden staat centraal: de sociale vaardigheden te behouden c.q. te verbeteren en bij achteruitgang zelfzorgtekorten aan te vullen. De Groepsverzorging heeft plek voor 21 cliënten, maar in het huis zijn er 28 cliënten met een PG indicatie. De cliënten op de Groepsverzorging bevinden zich in verschillende stadia's van dementie in de leeftijd van 70 jaar en ouder. Op de eerste etage is er plek voor 21 cliënten waarvan twee echtparenkamers zijn. Niet alle cliënten wonen op de eerste etage. Het is wel de bedoeling dat er op de eerste etage cliënten komen met een PG indicatie. Daar komen cliënten die een indicatie PG substitutie hebben en die kunnen lijden aan een beginnende vorm van het dementie syndroom. Deze cliënten kunnen gedrags- en karakterveranderingen hebben en geheugenstoornissen. Aanvullende meerzorg is voor hen van groot belang, daar

biedt men structuur en regelmaat, waardoor zij zo min mogelijk last hebben van hun beperkingen.

De setting is over het algemeen residentieel, maar bij de psychogeriatrische begeleiding komt ook de semi-residentieel, ambulant en het preventief werken aan bod.

De instellingsvisie/-doel van verzorgingshuis Roomburgh is: Roomburgh biedt cliënten vanuit de R.K. identiteit binnen de grenzen van wat mogelijk is, zorg op maat. Zowel intra- als extramuraal wanneer zelfzorg niet meer voldoende blijkt te zijn. Hierbij zal intensief worden samengewerkt met andere zorgaanbieders. Roomburgh streeft naar een open werkklimaat op basis van gelijkwaardigheid. Onder Groepsverzorging wordt verstaan een groepsgewijze, gestructureerde opvang, begeleiding en verzorging van ouderen. Het heeft tot doel het lichamelijke, geestelijke dan wel maatschappelijke welzijn van de cliënt in stand te houden of te bevorderen. Door het bieden van aangepaste groepsactiviteiten wordt invulling gegeven aan de dag en wordt het sociaal contact tussen cliënten bevorderd. Aanvullende verpleeghuiszorg in Groepsverzorging biedt opvang, veiligheid, structuur en is bedoeld voor verzorgingshuiscliënten met een psychogeriatrische aandoeningen en een indicatie voor aanvullende multidisciplinaire zorg. Het accent ligt op de groepsgerichte benadering en begeleiding van de cliënt bij het functioneren in de groep, waarbij het structureren van de dag een belangrijke plaats inneemt. Dit product wordt in principe binnen de instelling geboden.

Dagindeling Groepsverzorging

De Groepsverzorging is alle dagen geopend van 8.30 uur- 22.00 uur. De activiteiten vinden 's morgens en 's middags plaats. De lunchpauze valt tussen half één en half twee. Cliënten komen tussen 9.00 uur en 9.30 uur binnen en vertrekken verschillend naar hun eigen kamer.

De dagindeling ziet er als volgt uit:

8.30-9.00	Koffie/thee zetten
9.00-9.45	Ontbijt
9.45-10.30	Opruimen en koffie zetten
10.30	Koffie drinken en activiteit (bijvoorbeeld:krant voor lezen)
11.15	Toiletronde
11.30	Opruimen en tafels dekken
12.00-13.00	Warme maaltijd
12.30-13.30	Lunchpauze
13.00-14.00	Opruimen, rustuurtje en tijdschriften/boeken/puzzelboeken op tafel
13.45	Koffie/thee zetten
14.00-16.00	Activiteit
15.00-16.00	Sap
16.30	Toiletronde
16.45	Opruimen en tafeldekken
17.00-17.45	Broodmaaltijd
17.45	Opruimen
18.00-19.00	Koffie/thee
19.00-20.00	Tafeldekken voor de ochtend en rapporteren
20.00-21.00	Sapje met wat lekkers.

De activiteiten zijn verschillend van aard:spelactiviteiten, planten verzorgen, bloemschikken, bakken en koken, zingen, creatief werken aan de hand van thema's, audiovisuele activiteiten door middel van video/dvd/dia's of televisie en zitdansen. Reis door de tijd is een individuele activiteit aan de hand van een boek die door de familie is samengesteld met informatie over de cliënt.

De specifieke doelstelling van de psychogeriatrische meerzorg met aanvullende verpleeghuiszorg groepsverzorging is: psychogeriatrische meerzorg biedt begeleiding en ondersteuning aan cliënten die, door of vanwege psychiatrische of psychosociale klachten, voor korte of langere tijd problemen hebben met hun zelfstandig functioneren. Psychogeriatrische meerzorg biedt beschermd - en begeleid wonen.

De methodiek in de organisatie Roomburgh is: werken via de zorgvraag(vragen) van de cliënt waarbij de cliënt 'centraal' staat. Van hieruit wordt er ook bij de psychogeriatrische woonbegeleiding gewerkt.

Samenstelling van het team: zorgmanager, teamleidster, SPW inrichtingswerker, verpleegkundige, SPH'er, (2) activiteitenbegeleidsters, (2) assistent activiteitenbegeleidsters, (2) bejaarden helpende, (2) assistent begeleidsters, stagiaire SPW 4 en verder nog oproepkrachten. In de zorg op de etage zijn er verzorgenden met niveaus 2 en 3 werkzaam.

Samenwerking met anderen: familie van de cliënt, huisartsen, psycholoog en verpleeghuisarts van Zuydtwijkstraat, fysio- en bewegingstherapeuten, diëtisten, activiteitenbegeleiding, GGZ Rivierduinen, zorgkantoor ZHN, politie, brandweer en justitie. Verzorgingshuis Roomburgh heeft een aantal unieke aanbiedingen. Ten eerste is het een katholiek huis met een eigen kapel met een pastoor. Verder heeft Roomburgh een eigen keuken, huishouddienst en is het nog een zelfstandige organisatie. Wat vooral uniek is, is de ligging. Het ligt aan het water. De cliënten kunnen in de zomer aan het water zitten en genieten van het uitzicht.

De keuken: middels de wekelijkse menulijsten wordt doorgegeven aan de hoofd van de keuken wat de wensen zijn van de cliënten voor de warme maaltijden. Dit gebeurt één of twee weken van te voren.

3.3 Samenvatting

In dit hoofdstuk werd verteld wat Roomburgh voor faciliteiten heeft, hoe de Groepsverzorging tot stand is gekomen en wat het instellingsdoel is. Verder is er aangegeven hoe een dag op de Groepsverzorging en de activiteiten eruit zien, de methodiek van Roomburgh, de samenstelling van het team en de samenwerking met andere organisaties. Roomburgh is een zelfstandige organisatie die de katholieke overtuiging nastreeft. Roomburgh levert zorg op maat en werkt actief samen met verpleeghuis Zuydtwijkstraat waar ze advies en steun krijgen van verschillende disciplines. Roomburgh werkt via de zorgvraag van de cliënten waarbij de cliënt centraal staat. De middagmaaltijd begint om 12.00 uur en zit dicht op het ontbijt. De keuken deelt wekelijks de menulijsten uit om zo de wensen van het eten te weten te komen en deze worden één of twee weken van te voren uitgedeeld.

Hoofdstuk IV Verwerking en analyse van de data

4.1 Inleiding

In paragraaf 4.2 is een beschrijving te vinden van de uitgewerkte observaties en een analyse. In paragraaf 4.3 is een beschrijving te zien van de uitgewerkte enquêtes en een analyse daarvan en in paragraaf 4.4 zijn de interviews uitgewerkt met een analyse aan het einde. In paragraaf 4.5 zal de data-analyse toegelicht worden. In de laatste paragraaf (4.6.) word er een korte samenvatting van hoofdstuk 4 gegeven.

Er is op verschillende manieren informatie ingewonnen:

1. Door een mondelinge interview met de sleutelinformanten.
2. Door een schriftelijke enquête met de respondenten.
3. Door een schriftelijke observatie met de informanten.

Er is gebruik gemaakt van een multimethode aanpak, omdat er vanuit verschillende invalshoeken data is verzameld.

4.2 Observaties - informatie van de informanten.

In overleg met de collega's van de Groepsverzorging, zijn er op meerdere- en verschillende dagen cliënten geobserveerd tijdens de middagmaaltijd. Bij het afnemen van de observaties is er zoveel mogelijk rekening gehouden met de collega's en niet dat collega's zich gingen aanpassen aan dit onderzoek. Vandaar dat er niet van tevoren gezegd werd welke cliënten werden geobserveerd. In de uitwerking zijn er 19 factoren onderverdeelt in cliëntgericht en het leefklimaat van de cliënt. Dit is gedaan om zo antwoord te krijgen op de deelvragen en hoofdvraag. Met de informatie, die gekregen is uit de observaties van de informanten en met de ervaringen als SPH-werker, zijn de interview- en enquêtevragen gemaakt voor de respondenten. Het overzicht hiervan is als bijlage bij dit onderzoeksrapport gevoegd.

Cliënt gerichte factoren:

Factor 1: Heeft cliënt een servet om:

Van de tien observaties waren er drie cliënten met een servet om en vier die geen servet om hadden wat ook niet nodig was. Bij de andere drie observaties was het zo dat één cliënt geen servet om had wat wel eigenlijk nodig was, de andere twee cliënten kregen later tijdens het eten een servet om. Een servet is een hulpmiddel om zo iemand zelfstandig te laten eten ook al knoeit diegene. In het zorgdossier staat niet bij iedere cliënt aangegeven of ze een servet om moeten.

Factor 2: Heeft de cliënt een bordrand:

Twee van de acht cliënten heeft een bordrand om het bord heen om zo zelfstandig te kunnen eten. Van de acht cliënten hadden er twee ook een bordrand gemoeten om zo de cliënten te stimuleren zelfstandig te eten. In het zorgdossier staat niet aangegeven of iemand wel of geen bordrand om het bord heen moet hebben.

Factor 3: Tijd schaal voor zich en tijd beginnen met het eten:

Uit de observaties kwam dat de meeste cliënten gelijk geholpen werden of twee a drie minuten moesten wachten. Het is één keer gebeurd dat een cliënt 15 minuten moest wachten. De personeelsleden waren met zijn drieën op de Groepsverzorging aanwezig. De appelmoes moest uitgedeeld worden. Zelf hadden ze niet in de gaten dat het 15 minuten duurde.

Factor 4: Door hoeveel personeelsleden wordt de cliënt geholpen:

Drie cliënten werden door één persoon begeleid. Verder aten er vijf cliënten zelfstandig, waarvan er twee begeleiding kregen bij de maaltijd. De andere twee cliënten werden door twee personeelsleden geholpen. Eerst een personeelslid en daarna kwam de ander, omdat diegene ging lunchen. Dit is niet de bedoeling.

Factor 5: Tijd van de toetjes en wordt de cliënt geholpen:

De toetjes worden uitgedeeld tussen 12.26 uur-12.40 uur. Een keer om 13.00 uur, maar toen aten de cliënten later. Drie cliënten werden geholpen, drie aten het toetje zelfstandig op en vier kregen er begeleiding bij. Uit één observatie kwam naar voren dat de toetjes om 12.37 uur werden uitgedeeld en dat de tafel van de cliënt die geobserveerd werd pas om 12.50 uur de toetjes kregen. Hierbij waren de andere cliënten aan de andere tafels al klaar voordat de anderen begonnen met hun toetje.

Factor 6: Eet cliënt zelfstandig:

Vier cliënten eten niet zelfstandig, vijf cliënten krijgen begeleiding en één cliënt eet zelfstandig, maar het eten moet wel opgeschept worden. Merendeel van de cliënten moeten begeleidt worden tijdens de maaltijd. Hierbij is het belangrijk dat er aan elke tafel begeleiding aanwezig is om te stimuleren en te helpen.

Factor 7: Hoe is de cliënt en de begeleiding naar de cliënt toe:

De begeleiding is over het algemeen goed. De cliënten zijn snel en vaak afgeleid en er moet gezegd worden welke handelingen er verricht worden zodat de cliënt het begrijpt. Twee keer kwam het voor dat cliënten aan de hete schalen gingen zitten. Een paar keer kwam ook naar voren dat er geen begeleiding aan de tafel was van cliënten die begeleiding nodig hebben tijdens de maaltijd. Niet bij alle cliënten die geobserveerd werden stond in het zorgdossier dat ze geholpen moeten worden. Dit is aan te raden als er invallers zijn of als het vakantietijd is. Het is belangrijk dat de cliënten die begeleiding nodig hebben als laatste het eten krijgen, zodat de cliënt gelijk geholpen kan worden. Ook is het belangrijk dat er bekeken wordt wie welke cliënt gaat helpen met eten geven of aan welke tafel gaat helpen. Dit kan voor het eten afgesproken worden met elkaar.

Factor 8: Appelmoes erbij?

Uitleg: Zes keer wordt er appelmoes gegeven nadat het gevraagd is aan de cliënt of diegene appelmoes wil. Twee keer wordt niet gevraagd aan de cliënt of ze appelmoes wilt en één keer na tien minuten kreeg een cliënt pas appelmoes. Twee keer wordt het appelmoes niet gelijk gegeven(staat op tafel).

Analyse:

Wat er uit de observaties bij de cliëntgerichte factoren naar voren komen, zijn dat er in het zorgdossier niet duidelijk staat aangegeven per cliënt wat voor hulpmiddelen ze nodig hebben tijdens het eten en of ze geholpen moeten worden. Zoals een servet of een bordrand. Ook kwam naar voren dat de cliënten gemiddeld gelijk geholpen worden met het eten.

Verder komt er uit de observaties naar voren dat de meeste cliënten begeleiding nodig hebben tijdens de maaltijd. Verder is het belangrijk dat de cliënten door één verzorgende geholpen dient te worden om zo een goede begeleiding te geven. Ook dat er tijdens het middageten één verzorgende per tafel is om de cliënten te begeleiden. Verder dat er van te voren afgesproken wordt wie welke cliënt eten gaat geven.

De begeleiding naar de cliënt toe is goed. De verzorgenden zijn bewust bezig met de begeleiding. Advies is dan om het goed op papier te zetten, zodat alle verzorgenden dezelfde begeleiding en benadering toepassen bij de cliënten.

Leefklimaat gerichte factoren:

Factor 9: Aantal personeelsleden aanwezig tijdens de middagmaaltijd:

Van de tien observaties is er een keer 6 personeelsleden aanwezig, vier keer vijf personeelsleden, drie keer vier personeelsleden en twee keer drie personeelsleden aanwezig. Over het algemeen is er genoeg personeel om de cliënten te begeleiden bij de maaltijd. Bij twee observaties waren er drie personeelsleden om te begeleiden en dat is te weinig. In deze twee observaties kwam ook naar voren dat de cliënten moesten wachten op hun eten. Met vier of vijf personeelsleden kan ieder aan een tafel zitten en voordat het eten komt, afspreken wie wat gaat doen en wie welke cliënt eten gaat geven.

Factor 10: De tijd van de komst van de kar met eten:

De kar met eten komt gemiddeld tussen 12.00 uur en 12.10 uur. Het is één keer gebeurd dat de kar pas om 12.35 uur komt. Dit kwam, omdat er een uitgeleide(de laatste eer betuigen aan de overledene) in het huis was, waar alle personeelsleden bij aanwezig moeten zijn, terwijl het personeel van de Groepverzorging dit niet wist. Daardoor wist het personeel van de Groepverzorging niet dat het eten later kwam.

Factor 11: De tijd dat er gebeden wordt:

Van de tien observaties wordt er twee keer voordat de kar met eten er is gebeden, waarvan een keer twee minuten erna. De andere keer was dat 20 minuten erna. Dan zijn de cliënten dit allang weer vergeten.

Factor 12: Aantal personeelsleden wat binnenloopt tijdens de middagmaaltijd:

Van de tien observaties is er een keer dat er zes personeelsleden binnen komt lopen, een keer vijf personeelsleden, een keer vier personeelsleden, vier keer drie personeelsleden en drie keer twee personeelsleden binnen komt lopen. Gemiddeld komt er per observatie drie (3.3) personeelsleden van andere disciplines binnenlopen. Het meest voorkomende is dat er een verzorgende komt met medicatie voor een cliënt, dit gebeurt in totaal 12 keer in deze tien observaties. Verder komt het vier keer voor dat er iemand binnenkomt om te overleggen over de lunch en dat er iets wordt gebracht of gehaald wordt. Drie keer komt er een verzorgende kijken hoe het gaat en ook komt de huismeester drie keer langs. Twee keer komt er iemand vragen of er hulp nodig is en de kapster komt cliënten brengen. Verder zijn er enkele voorvallen over iemand naar bed brengen, pedicure, huishouddienst en een cliënt halen of brengen.

Factor 13: Wat staat er op de tafel bij de cliënt:

Van de tien observaties staan er negen keer schalen, acht keer een plantje, zeven keer glazen, twee keer servetten op tafel. Een enkele keer staan er nog een flesje water, appelmoes, suikerpot en tijdschriften op tafel. Dit geeft veel prikkels voor de cliënten en de tafels staan te vol.

Factor 14: Onderling praten tussen personeel:

Van de tien observaties wordt er zes keer weinig gepraat onder het eten, een keer helemaal niet en drie keer wordt er wel gepraat. Over het algemeen werd er weinig in deze tien observaties gepraat onderling. Een enkele keer ging het over het eten, werk, collega's, overleg wie, wie ging helpen en werd er een keer gebeld. Er wordt meer gepraat en onrust gegeven doordat personeelsleden uit andere disciplines komen en dingen vragen, brengen of pakken.

Factor 15: Muziek?

In de tien observaties staat één keer de muziek aan. Er werd pianomuziek gedraaid. Dit werd van te voren gevraagd en de cliënten vonden het goed.

Als de cliënten muziek aan willen is het verstandig om achtergrondmuziek aan te doen en geen meezingmuziek, want dan zijn cliënten afgeleid.

Factor 16: Kaarsen aanwezig?

Er zijn geen kaarsen aanwezig. Er mogen geen echte kaarsen branden vanwege brandgevaar, maar er staan op de afdeling wel nep kaarsen om op tafel te zetten om zo sfeer mee te creëren.

Factor 17: Gezelligheid/sfeer

Over het algemeen is de sfeer rustig en gezellig. De cliënten waren bij één observatie onrustig en ongeduldig, omdat het eten zo laat kwam. Verder is het zo dat als er personeelsleden van andere disciplines binnenkomen lopen dat de cliënten daar wat onrustig van worden.

Factor 18: Tijd van het afruimen:

Er wordt gemiddeld opgeruimd tussen 12.34 uur en 12.45 uur. Een keer is het gebeurd dat de maaltijd pas om 13.10 uur afgerond werd, maar toen werd er ook later gestart met de maaltijd. In het afruimen zit niet een eenduidige lijn. De personeelsleden doen het verschillend. De een ruimt af en geeft dan de toetjes, de ander zet de borden op de schalen en geeft dan de toetjes. Het afruimen brengt onrust met zich mee, omdat iedereen gaat lopen om af te ruimen. Zorg dat één personeelslid de toetjes uitdeelt. Er wordt niet een huiselijke sfeer gecreëerd met de schalen en de manier van het afruimen van de tafels.

Factor 19: Tijd van het danken:

Het danken wordt gemiddeld gedaan rond 12.45 uur – 12.54 uur. Een keer gebeurd het om 13.09 uur, maar dat komt omdat er later werd gestart met de maaltijd. Ook hier wordt het danken verschillend toegepast. Of er wordt gedankt gelijk na het eten of er wordt eerst opgeruimd en daarna pas gedankt. Hier moet een consequente lijn in komen, zodat ieder personeelslid hetzelfde doet om zo een duidelijke structuur te geven aan de cliënten.

Analyse :

Uit de observaties van de leefklimaat gerichte factoren komt naar voren dat er gemiddeld genoeg personeel aanwezig is. De begeleiding moet van te voren afspreken wie welke tafel gaat begeleiden en wie welke cliënt eten gaat geven.

Uit de observaties komt naar voren dat de begeleiding met het bidden, afruimen en danken verschillend uitgevoerd wordt door de begeleiding. Dit is niet in het voordeel van de cliënt. Het is dus belangrijk dat er één manier wordt gehanteerd om zo duidelijkheid te scheppen voor de begeleiding en voor de cliënten. Het eten komt gemiddeld op tijd tussen 12.00 uur en 12.10 uur. Wat verder naar voren komt is dat er verschillende voorwerpen op de tafels staan tijdens het eten wat niet altijd nodig is. Dit geeft veel prikkels wat onrust kan veroorzaken bij cliënten. Het aankleden van de tafel is belangrijk om zo sfeer en gezelligheid te creëren. Hiervoor kan juist de nepkaarsen gebruikt worden. De sfeer is gemiddeld rustig, maar wat het meest naar voren komt, is dat er veel personeelsleden van andere disciplines binnen komen lopen tijdens de maaltijden, waardoor het onrustiger wordt en het personeel meer gaat praten onderling.

4.3 Enquêtes - informatie van de respondenten.

Hieronder is het resultaat van de enquêtes uitgewerkt. Bij een aantal enquêtevragen is het belangrijk om wat extra informatie aan toe te voegen, waarop sommige antwoorden zijn gebaseerd. De eventuele aanbevelingen en verbeterpunten vanuit de respondenten worden weergegeven. Van de 11 enquêtes zijn er negen beantwoord teruggekomen.

Uitwerking enquetes.

Vraag 1: Hoelang bent u werkzaam op de GV?

Twee respondenten hebben niet geantwoord. Verder zijn twee lang in dienst, namelijk tien en 13 jaar, twee rond de zes en vijf jaar en dan zijn er respondenten die pas werkzaam zijn: één vanaf februari dit jaar, vier en een halve maand in dienst en één die nu negen maanden op de afdeling werkzaam is.

Vraag 2: Bent u persoonlijke begeleider(pb'er) van een cliënt?

Er zijn vijf van de negen persoonlijke begeleider.

Vraag 3: Wanneer u naar de missie en visie van Roomburgh kijkt, zou u dan kunnen aangeven of dat ook geldt voor cliënten op de PG-afdeling?

Uitleg: Een respondent zegt ja. De uitleg hierbij is dat er wel wordt gekeken naar de zorgbehoeftes en hier naar wordt geleverd, maar niet individueel. Verder zeggen drie respondenten dat er een aparte visie /missie moet komen voor de doelgroep dementie. Twee zeggen dat er niet zorg op maat wordt gewerkt, dat de visie niet klopt en dat de missie/ visie tekortschieten op de afdeling Groepsverzorging.

Vraag 4: Wordt er in het benaderingsplan rekening gehouden met de begeleiding van het individu?

Uitleg: één respondent zegt af en toe, omdat het niet de manier is waarop het gebeurt. Vier respondenten zeggen 'ja', dat de psycholoog het plan maakt, één zegt ook 'ja' waarop gewezen wordt dat het gemaakt wordt, maar dat het in de praktijk niet altijd wordt uitgevoerd door iedereen. Twee respondenten zeggen nee, omdat het personeel niet op een lijn zit en er meer personeel werkzaam zouden moeten zijn op de afdeling.

Vraag 5: Zou Roomburgh meer rekening moeten houden met de cliënten op de PG-afdeling?

Uitleg: Vier respondenten zeggen ja *zonder uitleg*, een respondent heeft geen mening hierover, een respondent geeft aan dat er een kapster met ervaring moet komen op het gebied van PG-clients, zodat er meer structuur en veiligheid geboden wordt en de cliënten op tijd terug zijn voor de maaltijd, twee respondenten zeggen dat de PG-clients meer intensieve zorg vragen en een zegt dat Roomburgh zijn beleid moet aanpassen op de PG-afdeling.

Vraag 6: Komt het beleid van de keuken ten goede van de cliënt op de PG-afdeling?

Uitleg: Een respondent zegt ja zonder uitleg. De ander zegt erbij dat er meer personeel bij de maaltijd moet zijn voor individuele begeleiding. Twee zeggen gedeeltelijk waarvan de uitleg was dat het eten eentonig is, weinig variaties zijn en een slechte presentatie is van het eten. De ander zegt dat het eten beter in schalen kan voor de presentatie, tijdstip later voor het eten en begeleiding per tafel moet komen. Vier respondenten zeggen nee en geven aan dat het tijdstip van het eten later moet zijn dan 12.00 uur, maaltijd uitgebreider, meer variaties, beperkte keuze, eten beter malen en dat er standaarddiëten zijn en niet meer.

Vraag 7: Staat u open voor eventuele aanbevelingen ter verbetering van de zorg van de cliënten op de PG-afdeling?

Alle respondenten staan open voor aanbevelingen.

Vraag 8: Speelt de keuken in op de behoeftes en wensen van de cliënten?

Uitleg: Twee respondenten zeggen gedeeltelijk, want als er wat speciaals voor een cliënt wordt gevraagd, gaan ze er wel op in en het is redelijk maar wel weinig variatie, eentonig, tijdstip van het eten en presentatie kan beter. Drie respondenten zeggen ja, want als een cliënt een extra advocaatje wil kan dat, eten wordt gemalen of aangepast wordt. Wel zeggen ze dat het eten wat later kan komen. Diegene die nee zeiden zeggen dat de keuken gehospitaliseerd is, geen variatie en soep, geen extraatjes voor cliënten die gemalen eten krijgen, keuken speelt niet in op de individuele behoeften en er is geen overleg met de keuken.

Vraag 9: Hoe vindt u de begeleiding nu tijdens de maaltijd?

Eén respondent zegt dat het goed en rustig verloopt. Vier geven aan dat er tekort aan personeel is op de Groepverzorging om iedereen te begeleiden, rommelig en rumoerig tijdens het eten is. Twee respondenten zeggen ook dat het personeel niet op een lijn zit, te veel gepraat wordt onder het eten en dat er te veel personeelsleden van andere disciplines komt binnenlopen tijdens de maaltijd.

Vraag 10: Wat kan er verbeterd worden?

Er zijn vier respondenten die zeggen dat er afspraken gemaakt moeten worden voor de maaltijd/betere communicatie. Drie zeggen dat er meer personeel aanwezig moet zijn, één per tafel. Twee zeggen dat de tijd van het eten veranderd moet worden en dat er geen inloop van collega's moet zijn tijdens het eten. Eén zegt dat er andere schalen moeten komen, zodat er minder op tafel staat en er meer keus moet komen voor de cliënten.

Vraag 11: Hoe kan het verbeterd worden?

Vier respondenten zeggen dat er meer personeel moet komen en zeker één personeelslid per tafel. Drie zeggen dat er meer overleg moet zijn en dat er een cliëntenoverleg moet komen. Verder kwam naar voren dat: er richtlijnen moet komen in het proces rond de maaltijd, leidinggevende bespreken, tijdstip van het maaltijd later, ander serviesgoed (schalen), deuren dicht van de afdeling en niet praten onder het eten tussen de verzorgenden.

Vraag 12: Zijn er richtlijnen hoe het proces van de middag maaltijd eruit moet zien?

Twee respondenten zeggen nee. Verder zijn er allemaal verschillende antwoorden: ontspannen, huiselijk, Bianca mee bezig, bidden, tijdstip eten, vaste tafel indeling, danken, rust, structuur en genoeg begeleiding en één respondent wist het niet. Door de diverse antwoorden is het duidelijk dat er niet eenduidig en gestructureerd gewerkt wordt rondom de maaltijd.

Vraag 13: Verlopen de middagmaaltijden eenduidig en rustig?

Uitleg: Vier respondenten zeggen nee, personeel zit niet op een lijn (werken niet consequent), opruimen verschilt, verschilt wie er werkt hoe de maaltijd verloopt en een zegt zie de vragen 11 en 12. Vijf respondenten zeggen ja, want het is rustig en duidelijk, sfeer is goed en cliënten zijn vaak tevreden.

Vraag 14: Wat wordt er door de instelling en/of afdeling al gedaan aan ambiance?

Vier respondenten zeggen dat de tafels gezellig gedekt worden en ook gevarieerd, maar dat het wel beter kan zoals schalen, tafelkleden en een kan met water. Verder zijn het allemaal andere antwoorden, zoals achtergrondmuziek, bidden, sfeer en rust en een zegt dat ze het niet weet en nog een zegt dat er weinig wordt gedaan. Dus de meningen lopen uiteen.

Analyse :

Uit de enquêtes komt naar voren dat de collega's die het ingevuld hebben verschillende kwalificatieniveaus hebben en dat ze verschillend zijn in hoelang ze werkzaam zijn op de Groepsverzorging. Dit kan opgemerkt worden aan de diverse antwoorden die er zijn gegeven op de vragen. Meer dan de helft hiervan is persoonlijk begeleider.

Wat betreft de missie en de visie zijn de collega's het erover eens dat deze niet wordt na gestreefd en één derde zegt dat er een aparte visie voor deze doelgroep moet komen. De meningen over de benaderingsplannen zijn verdeeld. Er wordt wel een benaderingsplan gemaakt door de psycholoog, maar het personeel moet het uitvoeren en meer op een lijn zitten in de benadering en werkwijze.

Ook komt er uit de enquêtes naar voren dat Roomburgh zijn beleid meer moet aanpassen aan deze doelgroep. Ook moet er een PG -kapper komen, zodat de cliënten meer veiligheid, structuur geboden wordt en dat de cliënten weer op tijd terug zijn voor de maaltijd. Verder kwam naar voren dat deze doelgroep meer tijd en intensieve zorg vraagt dan de andere cliënten in Roomburgh.

Het beleid van de keuken moet meer toegespitst worden op deze doelgroep. Hierbij kwam naar voren dat het eten eentonig is, weinig variaties zijn, tijdstip van de maaltijd later moet worden, want het zit te dicht op het ontbijt, presentatie van het eten moet beter worden, het eten kan ook in mooie serviesschalen, eten beter gemalen moet worden en dat de keuze terplekke gemaakt kan worden en niet een week van te voren. De keuken speelt niet geheel in op de individuele behoeften. Er is een beperkte keuze in de soorten diëten die geboden worden en er is gemalen eten. Verder is de keuken wel in voor extraatjes leveren voor deze doelgroep.

De collega's geven diverse meningen over de begeleiding tijdens het eten. Het komt erop neer dat het te onduidelijk is hoe de maaltijden nu moeten lopen, omdat iedereen het anders uitvoert. Hierop antwoordden ze ook verschillend in hoe ze het verbeterd willen zien. Wat dan wel naar voren springt is dat er meer overleg moet komen.

Wat de instelling al doet aan ambiance, is dat de tafels gezellig en gevarieerd gedekt worden, maar dat het voor verbetering vatbaar is. Zoals een tafelkleed en een kan met water op tafel.

Alle collega's gaven aan dat ze open staan voor eventuele aanbevelingen.



4.4 Interviews - informatie van de sleutelinformanten.

Het interview met de diëtiste, kok en psycholoog heeft plaatsgevonden in hun eigen kantoor/locatie. De vragen (diepte-interview) waren aan de hand van een half gestructureerd interview. De onderwerpen die besproken moeten worden zijn van tevoren vastgesteld middels een topiclijst. De interviews met hen zijn een meerwaarde gebleken voor mijn onderzoek en zij hebben verbeterpunten aangegeven.

De volledige uitwerking van de interviews zijn als bijlage toegevoegd aan dit onderzoeksrapport.

Interview diëtiste.

Punten die uit het interview met de diëtiste naar voren zijn gekomen:

- Presentatie van het gemalen eten kan beter.
- Menulijsten niet één week van te voren laten kiezen, maar op de dag zelf. Dus schalen servies met twee soorten groenten, vlees aardappelen en pasta/rijst.
- Personeel per tafel om de cliënten te begeleiden.
- Het tijdstip van de maaltijd op Roomburgh aanpassen naar 13.00 uur-14.00 uur, zodat er meer tijd zit tussen het ontbijt en de warme maaltijd.
- Richtlijnen goede voeding te handhaven.
- Elke maand de cliënten laten wegen voor beter zicht op de cliënt.
- Advies om de cliënten gewoon te vragen als ze achtergrond muziek aan willen.
- Glas met drinken bij de maaltijd.
- Niet storen tijdens de maaltijd.
- De medicatie na de maaltijd in te geven.

Interview kok.

Punten die uit het interview met de diëtiste naar voren zijn gekomen.

- Een overlegstructuur komen met de keuken en de zorg/cliënten.
- Menuprojectgroepje moet komen.
- Presentatie moet en kan beter.
- Andere schalen, zodat de cliënten zelf kunnen opscheppen.
- Samenwerking met de diëtiste uit Zuydthijck voor betere aansluiting met diëten.

Interview psycholoog.

Punten die uit het interview met de diëtiste naar voren zijn gekomen.

- Structuur en consequent werken door alle personeelsleden is belangrijk voor de cliënten.
- De verzorgenden moeten de benaderingplan lezen en zich eraan houden.
- De deur van de huiskamer dicht als de cliënten eten.
- Medicatie na het middageten geven.
- Geen muziek aan, tenzij het rustgevende muziek is.
- Schalen op tafel zodat de cliënten zelf kunnen opscheppen en kiezen op dat moment wat ze willen eten.
- Tafelkleden tijdens de maaltijd i.p.v. placemats voor meer sfeer en het is huiselijker.
- De huiskamer splitsbaar te maken vanwege de verschillende niveaus die aanwezig zijn op de huiskamer.

Analyse:

Uit de interviews komen veel aanbevelingen en adviezen voor de maaltijden op de Groepsverzorging naar voren. De overeenkomsten die er zijn over de presentatie van het eten zijn; tijdstip van het eten, de keuze die terplekke gemaakt kan worden in andere serviesschalen, niet storen tijdens het eten, medicatie na het eten geven, achtergrondmuziek aan als cliënten dat willen en tafelkleden op tafel. De meeste punten zijn vooral leefklimaatgericht.

Wat op cliëntgericht gebied naar voren komt en wat belangrijk is, is dat de structuur en benadering per cliënt duidelijk moet zijn en nagestreefd moet worden door alle verzorgenden op de Groepsverzorging. Ook meer overlegstructuur moet er komen met de keuken om zo de individuele behoeften meer uit te voeren. Hierbij kan een projectgroepje en een diëtiste van Zuydtwijck bij adviseren.

4.5 Data-analyse.

Een samenvatting van de analyses.

Wat zegt de analyse allemaal precies bij elkaar. Een kritische analyse tussen de resultaten van de observaties, enquêtes en interviews van de respondenten, informanten en sleutelinformanten.

Er zijn veel overeenkomsten in de uitwerkingen van de enquêtes, observaties en in de interviews.

Wat uit de bovenstaande gegevens in het algemeen gezegd kan worden, is dat de informanten, respondenten en sleutelinformanten het met elkaar eens zijn dat een aantal factoren verbeterd kunnen worden tijdens de maaltijd op de Groepsverzorging. Een deel van de informanten zegt, zoals hierboven beschreven, dat de cliënten allemaal individueel behandeld (moeten) worden om zo aan de zorgbehoeftes te voldoen. Uit de bovenstaande gegevens komt naar voren dat een deel van de informanten uitvoering geeft aan goede zorgverlening voor deze doelgroep. Er moet eenduidig gewerkt worden tijdens de maaltijd om zo rust en duidelijkheid te creëren op de groep. Ook in het zorgdossier zal er duidelijk aangegeven moeten worden wat een cliënt voor begeleiding en hulpmiddelen nodig heeft tijdens de maaltijd.

De visie van Roomburgh is, 'de cliënt staat centraal'. Er wordt zorg op maat geleverd. Dat geldt niet voor de cliënten met dementie. Dit blijkt uit de enquêtes die zijn gehouden met de respondenten. Er kan beter een aparte visie komen voor deze doelgroep. De respondenten geven vanuit hun specifieke deskundigheid aan dat er te weinig rekening wordt gehouden met deze doelgroep door andere disciplines in het huis. Hierbij gaat het om de behoeftes, wensen, normen/waarden, opvattingen en gebruiken van de cliënten. Hieruit komt ook naar voren dat het beleid van Roomburgh zich beter moet aanpassen aan de individuele zorgbehoeften van de cliënten met dementie.

Zowel de sleutelinformanten als uit de observaties van 'leefklimaat' kwam sterk naar voren dat de ambiance verbeterd kan worden. Hierbij geven de formanten ook suggesties van wat er verbeterd kan worden voor het beleid en voor de keuken in Roomburgh.

Wat er uit het gegeven geconcludeerd kan worden, is dat het literatuuronderzoek en de gegevens van de observaties, interviews en enquêtes overeenkomsten hebben en dat dit uitgewerkt wordt in hoofdstuk 5. Aan de hand daarvan wordt er een adviesrapport voor Roomburgh gemaakt.

4.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de laatste informatie vanuit het onderzoek uitgewerkt. Hieruit komen verschillende adviezen en aanbevelingen naar voren op het gebied van begeleiding, beleid en het leefklimaat van de cliënt. De begeleiding heeft een begin gemaakt om zich te richten op de individuele behoeften van de cliënt. Dit moet gestructureerd worden tijdens de maaltijd. Verder ook dat de visie en de ambiance aangepast moeten worden om zo beter zorg op maat te werken en de individuele vraag na te streven.

Hoofdstuk V Conclusie

5.1 Inleiding

Nu, aan het einde van dit onderzoek, zal in paragraaf 5.2 de conclusie weergegeven worden. In paragraaf 5.3 wordt er teruggekeken hoe het onderzoek verlopen is en wat de verwachtingen waren. In paragraaf 5.4 wordt antwoord gegeven op de deelvragen en in paragraaf 5.5 antwoord op de vraagstelling die als rode draad door het onderzoek loopt. Ook wordt hier de motivatie van het antwoord op de vraagstelling weergegeven. In paragraaf 5.6 wordt de externe geldigheid en generaliseerbaarheid weergegeven, paragraaf 5.7 de verbeterpunten, aanbevelingen en suggesties, paragraaf 5.8 de keuze en vorm van het eindproduct, paragraaf 5.9 worden de ervaringen met het uitvoeren van het onderzoek en een evaluatie over de inhoudelijke kwaliteit van de werkzaamheden gegeven. In de laatste paragraaf wordt de gewenste situatie in een casus beschreven naar aanleiding van de verbeterpunten en aanbevelingen om zo een helder beeld te scheppen hoe het er in de toekomst uit zou moeten zien op de Groepsverzorging.

5.2 Conclusie

De conclusie die vervolgens uit hoofdstuk 4 en het literatuurhoofdstuk getrokken kan worden, is dat de Groepsverzorging een begin heeft gemaakt met de individuele zorgbehoefte, individuele zorgvraag en vooral zorg op maat te werken tijdens de maaltijd. De begeleiding op de Groepsverzorging is bewust bezig met het begeleiden van de cliënten tijdens het eten. Hierbij zijn een aantal punten op het gebied van begeleiden, te verbeteren. Zoals het overleg voor het eten wie welke cliënt gaat helpen, dat er in het zorgdossier niet duidelijk staat wat voor hulpmiddel de cliënt nodig heeft en dat de begeleiding de benadering in het zorgdossier moet nastreven. Verder dat er duidelijkheid moet komen in het uitvoeren van het proces van de warme maaltijd.

Op het gebied van andere personeelsleden uit andere disciplines in Roomburgh kan geconcludeerd worden dat er onvoldoende rekening gehouden wordt met de cliënten met dementie. Dit komt tijdens de observaties naar voren. Hierbij is ook het geval dat er van elk discipline in het huis iemand tijdens de warme maaltijd komt storen, terwijl dit een hoogtepunt is van de dag van de cliënten op de Groepsverzorging. De keuken heeft tot het verbeteren van de maaltijd meer aandacht nodig voor de presentatie en nog beter zorg op maat per individu te gaan werken. De ambiance kan ook verbeterd worden op het gebied van het aankleden van de tafel.

5.3 Terugblik op het onderzoek

Als er teruggekeken wordt op het onderzoek kan geconcludeerd worden dat het goed verlopen is. Voor het literatuuronderzoek was er veel informatie te vinden over eten en onderzoeken die gedaan zijn in verpleegtehuizen, maar dit gaat vaak over het gewicht van de cliënt in plaats van de begeleiding. Daarbij zijn er veel boeken geraadpleegd over dementie en over de begeleiding daarin. Dit kostte wel veel tijd en het was moeilijk om het duidelijk op papier te krijgen. Doordat er zoveel informatie was te vinden, ook in een paar artikelen en onderzoeken, is er hiervoor voldoende tijd ingepland. Het is goed geweest om een goede basis te vormen voor het onderzoek.

Tijdens de observaties is het een keer voorgekomen dat er niet geobserveerd kon worden, omdat de cliënt ziek was en er personeelsleden ziek waren, waardoor er besloten is om de volgende dag te observeren. Verder kostte het veel werk en was het lastig om de informatie te analyseren.

Tot verbazing kwamen er van de 11 enquêtes die uitgedeeld waren er negen terug. Dat is zo'n 80%. Dit was niet naar verwachting, omdat het toch weer tijd kost om de enquêtes in te vullen en iedereen het druk heeft. Uiteindelijk bleek dat collega's enthousiast waren om mee te werken en zelf met ideeën en adviezen kwamen. Dit betekende toch dat ze aan het denken zijn gezet over de middagmaaltijden en hoe daarmee omgegaan wordt op de Groepsverzorging.

Verder werden er interviews afgenomen en deze verliepen goed. Ze zijn gelijk na het gesprek uitgewerkt en verder geanalyseerd. Hieruit kwamen veel aanbevelingen naar voren en dit was ook de verwachting, omdat de psycholoog en diëtiste vergelijkingen kunnen maken met andere verzorgings- en verpleeghuizen die zij dagelijks zien. Uit het interview met de kok kwamen onderwerpen naar voren over het beleid. Dit was ook naar verwachting, omdat de onderzoekster zelf ook werkzaam is in Roomburgh en daar zelf tegenaan liep in de praktijk.

De conclusie was wat verrassend, omdat de begeleiding op de Groepsverzorging toch bewust met de maaltijd bezig is en kunnen beargumenteren waarom ze zo begeleiden of handelen. Wat wel naar verwachting was, is dat het beleid van Roomburgh niet ingaat op de individuele behoeften van de dementerende cliënten. Ook dat andere disciplines in het huis geen rekening houden met de demente cliënten tijdens het eten en dat de ambiance verbeterd kan worden. Dit kwam naar voren tijdens de oriëntatiefase die in het begin van het onderzoek heeft plaatsgevonden.

5.4 Antwoord op de deelvragen:

1. Wat is dementie?

Dit staat vermeld in het literatuuronderzoek. Op de Groepsverzorging bestaat de groep uit cliënten die zich in verschillende stadia van dementie bevinden, wat het soms moeilijk maakt om de cliënten te begeleiden. Ook is het zo dat elke cliënt uniek is in het begeleiden van dementie. Iedere cliënt reageert hier anders op en heeft dan ook een andere begeleiding nodig. De begeleiding, structuur, duidelijkheid en veiligheid zijn de belangrijkste punten die voor een demente cliënt gelden.

2. Hoe wordt de begeleiding nu geregeld in Roomburgh?

De begeleiding wordt in Roomburgh geregeld met een samenwerking vanuit het verpleeghuis Zuydtwijck. Het zijn alleen maar cliëntgebonden uren. Per cliënt is dat drie uur volgens de ClZ en de AWBZ en vier uur via de verzekering. Hierbij krijgt de cliënt een verwijzing van een arts. De zorg van de verpleeghuisarts en van de psycholoog is vooral gericht op het ondersteunen van de verzorgenden (mensen die werkzaam zijn in Roomburgh) om hun werk voor en met de cliënten zo kwalitatief en goed mogelijk plaats te laten vinden.

De PG - cliënten van de huiskamer, maar ook de cliënten die dementeren uit het huis worden twee keer per jaar besproken in een multidisciplinair overleg (MDO). Degene die hierbij aanwezig zijn: de teamleidster, medewerker huiskamer (persoonlijk begeleider), verzorgende van de etage waar de cliënt woont, familie(kinderen, neef, nicht, zus of partner), de verpleeghuisarts en een psycholoog.

Ook wordt er een observatieverslag ingevuld en die wordt dan bewerkt door de psycholoog. Soms vloeit er uit een MDO vervolgwerkzaamheden. Bijvoorbeeld de verzorging loopt tegen agressie/angst of een probleem aan, bijvoorbeeld bij het wassen van een cliënt. Als er slikproblemen zijn dan komt de diëtiste en dan maakt de verpleeghuisarts een verwijzing. Verder is er één keer per maand een omgangsoverleg. De omgangsoverleg is bedoelt voor alle medewerkers en verzorgenden die met dementerenden te maken hebben in hun werk. Om te overleggen hoe zij het beste met bepaald gedrag om kunnen gaan. Het doel is om op dat moment te bespreken wat de deelnemers zelf willen.

Er worden omgangsadviezen aan de hand van een MDO of als er een vraag uit de zorg komt, geschreven door de psycholoog. Het advies wordt dan in het zorgdossier gedaan van de betreffende cliënt.

3. Hoe houdt Roomburgh op beleidsniveau rekening met haar cliënten?

Er wordt elke maandag een menulijst in de postvakken van de afdelingen gedaan. Elke week is dit anders. Er zijn wel vaste dagen waar de keuze hetzelfde is, zoals vis dat altijd gekozen kan worden op vrijdag. De keuken probeert zo veel mogelijk levensgericht en seizoensgebonden te werken en proberen alles zo makkelijk mogelijk eetbaar te maken.

Er is keuze uit twee menu's, alleen in het weekend niet. Als de cliënten dan iets niet lusten krijgt diegene wat anders. Bij de intake als cliënten in Roomburgh komen wonen, kunnen ze aangeven wat ze niet lusten en dan wordt dat doorgegeven aan de keuken of aan de zorg. De cliënten kiezen één week van te voren wat ze de week erna willen eten. Klachten over het eten komen binnen bij de kwaliteitsmedewerker. Die schuift het dan door naar de kok. Zij kijkt drie keer per kwartaal wat de klachten zijn en bespreekt dat met diegene. Gemiddeld is het zo'n één a twee klachten. De klachten over het eten waren dat het te rauw was of dat de groenten te doorgekookt waren en dat de hoeveelheid van het eten niet goed was.

Vaak belt de zorg naar de keuken en geeft de klacht gelijk door en dan komt het vaak niet bij de kwaliteitsmedewerker aan. De keuken kookt veel naar het seizoen toe.

Op oneven dagen is er fruit met soep en op even dagen is er een toetje en sap. In het weekend krijgen ze het allebei. Op maandag krijgen alle cliënten een snack, woensdag is er openbuffet en op vrijdag krijgen ze iets van de bakker.

Verder is er een kapsalon aanwezig in Roomburgh. De cliënten van de Groepsverzorging mogen net zoals de cliënten in het huis op dinsdag en donderdag komen voor hun haar.

4.Hoe kan eventueel het beleid van Roomburgh verbeteren, zodat daardoor meer rekening wordt gehouden met de doelgroep 'cliënten met dementie'?

Er zou een aparte visie /missie moeten komen voor dementerende cliënten in Roomburgh, waardoor er zo beter zorg op maat geleverd kan worden.

De psycholoog maakt een benaderingsplan, maar die wordt niet altijd uitgevoerd in de praktijk en het personeel werkt niet op een eenduidige manier op de afdeling tijdens de maaltijd.

Advies wat naar voren kwam, is ook om de huiskamer splitsbaar te maken. Dit omdat er op de Groepsverzorging verschillende niveau's aanwezig zijn. Door de splitsing te maken kunnen de cliënten apart en rustiger opvangen worden.

Wat in de interviews en van de kwaliteitsmedewerker ook naar voren kwam, is de toevoeging van een menu projectgroepje.

Ook zou er een aparte dag kunnen komen voor de cliënten van de Groepsverzorging die naar de kapper gaan om zo de veiligheid en structuur beter toe te kunnen passen.

Goede zorg kan pas gesteld worden:

1. Als het management van de zorginstelling een evenwichtige combinatie realiseert van kleinschalig wonen en multidisciplinaire deskundigheid gebaseerde professionele zorg; zorg, die door een moderne hogeschool moet kunnen worden geleverd.
2. Als uit het gedrag van mensen met dementie kan worden afgeleid dat zij het gevoel van houvast, maar ook controle en veiligheid ervaren.
3. Als familieleden werkelijk voelden dat zij door verzorgenden en de andere hulpverleners als 'partners in de zorg' worden beschouwd.

(Bron: Miesen Bèrè (2006) *Liefde voor het leven. -Zorg voor mensen met dementie*: Houten Bohn Stafleu van Loghum.)

5.Welke methoden zijn er om dementerende cliënten te begeleiden en welke omgangsvormen worden hierbij gebruikt?

Dementie is een chronische ziekte. Controleverlies is het directe gevolg (het voortschrijden van) de ziekte zelf. Het directe gevolg is dus van de weefselveranderingen in de hersenen. De omgang met het verliezen en het grip op het leven kwijtraken, is een controle die mensen met dementie moeilijk kunnen bevatten.

Vaak beschrijven psychologen een omgangsadvies voor de verzorgenden van de cliënten die dementie hebben. Hierin beschrijft men op welk moment en op welke manier het lijden kan worden verlicht bij diegene die dementie heeft.

Het is heel belangrijk dat er duidelijkheid is, structuur wordt geboden en bij sommige cliënten zijn er veel symptomen en soms werkt dan een bepaalde benadering heel goed. Dan is het

heel belangrijk dat er een consequente lijn wordt gehanteerd. Voorop staat altijd dat het ten doel heeft het leven van de cliënten zo goed mogelijk plaats te laten vinden. Soms staat het advies tegen, omdat het personeel dan op een kordate neutrale toon iets moet zeggen, maar dat kan voor bepaalde cliënten juist goed zijn, terwijl je het liefst aardig wil zijn. Soms adviseert de psycholoog wel aan een teamleidster om een klinische les te laten geven, want de verzorgenden hebben geen tijd of kennis over datgene. In Roomburgh is het niet voorgekomen dat het niet werkbaar was, maar wel zijn er een paar klinische lessen gegeven. Cliënten gaan allemaal individueel anders om met dementie. De ene cliënt verwerkt een trauma of ramp immers zus en de andere zo. Bij een cliënt met een chronische ziekte aan de hersenen zal door een ondeskundige bejegening het lijden vergroot worden.

Stappen:

1. Diagnose dementie;
2. Factoren in kaart brengen;
3. Richtlijnen voor de omgang formuleren.

(Bron: Miesen Bère (2006) *Liefde voor het leven. - Zorg voor mensen met dementie*: Houten Bohn Stafleu van Loghum.)

6.Waarom is voeding belangrijk voor de mens?

Een antwoord op deze vraag is ook terug te vinden in het literatuuronderzoek in hoofdstuk 2. Eten en drinken wordt de gehele dag gedaan. Laat voeding een medicijn zijn en niet andersom. Vaak wordt er dan gezegd dat diegene het wel kan hebben om af te vallen, maar mensen/ verzorging vergeten dat het afvallen ook spieren kunnen zijn die achteruitgaan. Diegene kan dan ondervoed raken. De longen en hart zijn spieren en dat kan gevaarlijk zijn. Gewichtsverlies is ernstig, want het lichaam zegt dat er wat aan de hand is en dat moet niet verkeerd geïnterpreteerd worden.

Oud of jong, ieder mens moet eten en drinken. Dat eten en drinken maakt deel uit van een complex geheel dat als voedselervaring kan worden omschreven.

Er zijn een aantal veranderingen die op kunnen treden in de voedselbeleving van ouderen, als de voedselvoorziening centraal geregeld wordt. Er ontstaat een spanningsveld tussen de ideeën van ouderen over voedsel en voeding en de ideeën van hen die de voedselvoorziening regelen.

Behalve dat oudere cliënten op een gegeven moment niet goed voor hun maaltijden kunnen zorgen, komen ze ook vaak alleen te staan. De kinderen zijn het huis uit, hun partner is overleden of opgenomen. Dan verdwijnt in veel gevallen een belangrijke functie van de maaltijden, namelijk de gezelligheidsfunctie. Eten kan dan een noodzakelijk iets worden, nodig om in leven te blijven. Het is dan niet meer iets wat gedaan wordt, omdat het prettig is. (Bron: Smulders Kien (1984) *Ouderdom en voeding*: Loghum Slaterus.)

7.Waarom is begeleiding van voeding belangrijk bij cliënten met dementie?

Bij veel cliënten die beginnend dement zijn is structuur erg belangrijk. Daarom is het erg belangrijk goed te kijken naar de tijdstippen van de maaltijden.

Ieder mens eet anders. Er is een verschil in tempo en in de grootte van de happen die mensen nemen. Verzorgings- of verpleeghuizen krijgen cliënten die soms alleen de eerste hap toegediend krijgen, zodat de cliënten weten dat het eten is. Het kan ook zijn dat cliënten alleen de laatste happen krijgen, omdat ze dan vermoeid zijn. Als ouderen thuis wonen worden ze door een persoon verzorgd, maar als ouderen in een verzorging- of verpleeghuis wonen dan worden ze door verschillende verzorgenden verzorgd. Dit is voor een oudere die dementie heeft steeds een vreemde. De een kan diegene wel helpen met het eten en de ander weer niet. Hoe deskundig de verzorgenden zijn ze geven niet allemaal op dezelfde manier te eten. Hoe ver gaat de hulp? Waar ligt de grens tussen stimuleren en opdringen of zelf dwingen om te eten?

Er zijn verschillende oorzaken waarom mensen/cliënten niet willen eten. Denk maar eens aan de tanden en de kiezen. Sommige cliënten die lijden aan dementie kunnen niet goed meer uitleggen als er iets is of pijn doet. Dat kan gemerkt worden als ze niet willen eten. Hierbij is de begeleiding erg belangrijk. De begeleiding moet meerdere factoren in de gaten houden waarom een client niet wil of kan eten.

Sommige ouderen krijgen een dieet voorgeschreven. Een dieet voorschrijven aan een demente oudere met wie geen overleg mogelijk is, moet goed overdacht en overlegd worden. Een dieet zou eigenlijk alleen voorgeschreven mogen worden als daarmee de kwaliteit van leven duidelijk kan worden verbeterd. Daarna is het van belang dat er opgelet wordt of diegene dat ook werkelijk eet. Want als diegene het voedsel niet lust dan zal hij ook hier minder van gaan eten. Zijn voedingstoestand komt dan in gevaar, want dementerende ouderen kunnen niet aan ander voedsel komen. Als dit zo is, moet er gezocht worden naar een middenweg.

8.Houdt het beleid van Roomburgh zich aan de voedingsrichtlijnen van de dementerende cliënten?

Alles staat op papier in het bluebook (zie bijlage). Daar staan alle protocollen en systemen in. De diëtiste houdt contact met de persoonlijke begeleider en heeft vervolg consulten.

9.Staat in het zorgplan van Roomburgh een voedingsrichtlijn?

Ja, er staat een voedingsrichtlijn in het zorgdossier. De diëtiste houdt daar rapportages van bij. Het advies stuurt ze dan op naar de persoonlijke begeleider, waarin de afspraken staan die ze heeft gemaakt met de cliënt en/of de persoonlijke begeleider. Deze rapportages gaan het zorgdossier in van de cliënt, zodat iedereen die de cliënt verzorgd het kan lezen.

10.Wat zijn de algemene problemen waar je tegen aanloopt tijdens de begeleiding bij de maaltijd?

De problemen die bij de maaltijd voorkomen zijn vooral slikproblemen, weigeren van eten en diabetes. Het verschil in het afruimen wordt niet eenduidig gedaan. Ook in het bidden, danken en afruimen doet iedere verzorgende het weer anders.

Vaak gebeurt het dat personeelsleden van andere disciplines de Groepsverzorging binnenlopen tijdens de maaltijd.

Er zijn over het algemeen genoeg personeelsleden aanwezig tijdens de warme maaltijd. Het probleem is dat er niet genoeg overleg is wie welke cliënt eten gaat geven of aan welke tafel gaat begeleiden.

11.Uit welke observaties van de cliënten blijkt dat de begeleiding bij de maaltijden verbeterd kan worden?

Op het gebied van cliënt gerichtheid kwam naar voren dat in de zorgdossier beter kan aangegeven worden dat een cliënt een hulpmiddel heeft tijdens het eten, zoals een servet om en/of bordrand nodig heeft.

Dat de cliënten door een verzorgende geholpen moet worden en het liefst één begeleider per tafel. Ook de toetjes tegelijk uitgedeeld worden of per tafel.

Doordat personeelsleden van andere disciplines in het huis binnen komen lopen tijdens het eten zou de deur beter dicht kunnen om zo iedereen er attent op maken dat er niet gestoord mag worden. Waardoor het praten onderling ook minder wordt, want uit de observaties bleek dat er meer gepraat werd wanneer iemand binnen komt lopen bij de maaltijd.

Wat minder op tafel zetten tijdens de maaltijd om zo prikkels te verminderen en afleiding te voorkomen van de cliënten.

Het afruimen en danken gebeurt niet eenduidig, verzorgenden doen het op hun eigen manier en dat is niet gestructureerd voor de cliënten.

12.Hoe denken de collega's erover om betere begeleiding te geven aan de cliënten tijdens de maaltijd?

Het personeel vindt dat er afspraken gemaakt moeten worden voor de maaltijd/betere communicatie. Zoals één verzorgende per tafel. Ook de tijd van het eten kan beter verder verplaatst worden in verband met het late ontbijt. Verder vinden ze dat er geen inloop van collega's vanuit andere disciplines moeten zijn tijdens het middageten. Er moeten andere serviesschalen komen, zodat er minder op tafel staat en de cliënten zelf kunnen kiezen wat ze die dag willen eten en niet een week van te voren. Vaak zijn ze het dan allang weer vergeten. Om betere communicatie te hebben, zou een cliëntenoverleg een keer in de week goed zijn om zo alles op orde te stellen. Verder kwam naar voren betere richtlijnen te hebben tijdens de maaltijd, zodat iedereen weet wat er gedaan moet worden en hoe de werkzaamheden te verrichten.

13.Hoe wordt er met de wensen en behoeftes van de cliënten bij de bereiding van de maaltijden rekening gehouden?

Ja gedeeltelijk, want als je een extra advocaatje wil kan dat, eten wordt gemalen of aangepast wel zeggen ze dat het eten wat later kan komen. De keuken houdt rekening met de diëten; diabetes, zoutarm en vet beperkt. De keuze is een beetje standaard vanwege de katholieke overtuiging. Daar zitten vaste dagen in. Vrijdag is visdag dan is er altijd de keuze om vis te bestellen. Patat is niet mogelijk, want dan is het niet warm te houden, maar dit soort dingen worden dan in het openbuffet gedaan.

De keuken kijkt ook of het eetbaar is voor de cliënten. Spaghetti is niet makkelijk eetbaar en dan maken ze macaroni.

Vorig jaar heeft er een onderzoek plaatsgevonden over het eten voor de audit. Hieruit kwam naar voren dat 60% van de cliënten 's middags warm wil eten en de meerderheid gaat voor. De keuken kan niet met alles rekening houden. De snacks kan de keuken niet malen. Dit kost tijd, personeel en geld. Als het mogelijk is, doen zij het wel als ze het apart kunnen inkopen. Zelf maken doen zij niet. Gemalen hapjes hebben ze niet. Als het niet kan, kan het niet. Vaak horen ze ook niks van de verzorgenden hierover. Vanwege de personele bezetting is niet alles mogelijk.

De keuken probeert zoveel mogelijk de cliënt tegemoet te komen. De keuken heeft tegenwoordig ook verdikkingsmiddel en fortimel in het assortiment opgenomen.

14.Hoe ziet de ideale maaltijd eruit van de cliënten in Roomburgh?

Het kwaliteit van het personeel wat de keuken in ieder geval moet hebben, is de basis van het koken goed toe te passen. De kwaliteit van het eten is in het algemeen redelijk tot tevredenheid.

De metalen schalen die de keuken gebruiken, zijn onbreekbaar en ook niet zo zwaar voor het personeel. De presentatie is aan de mindere kant, de cliënt eet uit metalen borden. De keuken is er wel mee bezig geweest, maar zij hebben het niet voor het zeggen. Vroeger schepten de cliënten in de huiskamer zelf op, maar toen waren er nog niet zo veel cliënten als nu. Het systeem is omgegooid door de verhuizing van de huiskamer en om het temperatuur van het eten goed te houden, is er gekozen voor deze metalen schalen.

15.Hoe is de sfeer tijdens het nuttigen van de warme maaltijden?

Wat betreft de sfeer op de groep, zoals het aanzetten van muziek is een lastige keus. De cliënten reageren hier verschillend op. Advies is, om de cliënten gewoon bij elke maaltijd te vragen of ze achtergrondmuziek op de achtergrond erbij willen hebben.

Er zijn geen kaarsen aanwezig. Er mogen geen echte kaarsen branden vanwege brandgevaar, maar er staan op de afdeling wel nepkaarsen om op tafel te zetten om zo sfeer mee te creëren.

Over het algemeen is de sfeer rustig en gezellig op de Groepsverzorging. De cliënten waren bij één observatie onrustig en ongeduldig, omdat het eten zo laat kwam. Verder is het zo dat als er personeelsleden van andere disciplines binnenkomen waar de cliënten ook wat onrustig van worden.

5.5 Mijn antwoord op de vraagstelling

Mijn vraagstelling luidde:

‘Hoe gaan verzorgenden van de afdeling Groepsverzorging en de andere disciplines in R.K. Zorgcentrum Roomburgh om met de individuele zorgvragen c.q. behoeften van dementerende ouderen bij de maaltijd; en hoe kan dit verbeterd worden?’

Uit de resultaten van de analyse uit hoofdstuk 4 kan er geconcludeerd worden dat de begeleiding op de Groepsverzorging bewust bezig is met de individuele behoeften van de cliënten, maar dat de andere disciplines in het huis niet altijd aansluiten op de wensen en behoeftes van de cliënten op de Groepsverzorging.

Er komen een aantal knelpunten boven water door middel van dit onderzoek, maar deze zijn niet zo doorslaggevend dat de onderzoeksvraag met ‘nee’ beantwoord moet worden. Hierbij zijn een aantal punten op het gebied van begeleiden te verbeteren. Zoals overleg voor het eten wie welke cliënt gaat helpen, dat er in het zorgdossier niet duidelijk staat wat voor hulpmiddel de cliënt nodig heeft en dat de begeleiding de benadering in het zorgdossier moet nastreven. Verder dat er duidelijkheid komt in het uitvoeren van het proces van de maaltijd. Op het gebied van andere personeelsleden uit andere disciplines in Roomburgh kan geconcludeerd worden dat zij onvoldoende rekening houden met de cliënten met dementie.

De begeleiding is bewust bezig en kan beargumenteren waarom ze zo handelen en waarom niet. De personeelsleden van de Groepsverzorging spelen zoveel mogelijk in op de individuele behoeften van de cliënt.

Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat de ambiance voor verbetering vatbaar is, zoals een tafelkleed, servies, kaarsen en muziek om de sfeer in de huiskamer te creëren. Wat de warme maaltijd betreft kan de presentatie verbeterd worden en de keuze door de cliënten ter plekke te laten maken. Zo kan de begeleiding meer toespitsen op de individuele behoeften van de cliënt.

De keuken heeft tot het verbeteren van de maaltijd meer aandacht nodig voor de presentatie en het nog beter zorg op maat per individu aan te bieden.

Doordat er uit het onderzoek aanbevelingen en verbeterpunten naar voren komen, wordt er een adviesrapport gemaakt voor Zorgcentrum Roomburgh.

5.6 Externe geldigheid en generaliseerbaarheid.

In face tot face gesprekken/observaties tussen de respondenten, de sleutelinformanten en zijn er gegeneraliseerde interviews en enquêtes gehouden. De schriftelijke gecombineerde interviews/enquêtes met de informanten heb ik een woordelijk verslag van gemaakt. Allebei om de betrouwbaarheid van de gegevens te vergroten.

Omdat de interviews plaatsvonden in de gesprekskamer of op kantoor. Dit was een goede plek om vertrouwen te scheppen, waardoor er prettige gesprekken zijn ontstaan met betrouwbare resultaten.

Onder de 11 enquêtes die zijn verspreid, zijn er negen stuks teruggekomen. Dit is 80% dat de betrouwbaarheid op doet hogen

Op deze manier kan er een algemeen beeld geschetst worden.

Een ander punt om de betrouwbaarheid te kunnen garanderen, ligt in het feit dat de onderzoekster zelf werkzaam is in Zorgcentrum Roomburgh. Door de onderzoekster is er hier geen eigen interpretatie aangegeven. Daarom zijn de uitkomsten van de interviews betrouwbaar en authentiek gebleven.

5.7 Verbeterpunten, aanbevelingen en suggesties.

Uit dit onderzoek komen een aantal verbeterpunten en aanbevelingen naar voren om de begeleiding op de Groepsverzorging, waarin rekening wordt gehouden met de individuele behoeftes en wensen van de dementerende cliënten in R. K. Zorgcentrum Roomburgh, te verbeteren. Hierdoor kan de Groepsverzorging en misschien zelfs wel geheel Roomburgh

haar beleid en behandeling naar deze doelgroep aanpassen en zal deze doelgroep meer aansluiten met de zorg die aan hen wordt gegeven.

Verbeterpunten & aanbevelingen:

Bij al deze vormen van maaltijdvoorzieningen dragen dezelfde factoren bij tot een gezellige sfeer. Een gezellige sfeer creëren tijdens de maaltijden berust op een aantal principes. Het doel van deze principes is om van de maaltijd weer een belangrijk moment van de dag te maken die in rust en in een aangename sfeer plaatsvindt.

- Keuzemogelijkheden
Het is voor cliënten belangrijk om zelf te bepalen wat en hoeveel ze op hun bord hebben. De cliënten hebben een menu en weten voor de maaltijd waaruit gekozen kan worden. Menulijsten niet één week van te voren laten kiezen, maar op de dag zelf. Dus schalen, servies met twee soorten groenten, vlees, aardappelen en pasta/rijst. Waarbij een verzorgende per tafel helpt om de cliënten te begeleiden bij het opscheppen en het eten.
- Aankleding van de tafel
Mooi aangeklede tafels geven het gevoel van het belang van een maaltijd aan. De tafel wordt gedekt met een tafellaken, volledig servies en bestek, een glas en kan met water. Een bloemaccessoire maakt het helemaal af. De verzorgende kan dan de cliënten hierbij betrekken door de cliënten mee te laten helpen met de tafels dekken om ze voor te bereiden dat ze gaan eten.
- Gedrag van personeel
Drukdoend rondlopend personeel leidt af en verstoort de maaltijd van de cliënt. Het gevoel van druk en haast staat in contrast met de rust die gecreëerd wil worden en kan dus overslaan op de cliënten. Er wordt niet gestoord tijdens de maaltijden, niet heen en weer gelopen, binnenkomen en weggaan tijdens maaltijd. Het liefst de deur dicht tijdens het eten. De medicatie kan van te voren worden gegeven aan de cliënten.
- De medicijnen worden niet meer tijdens de maaltijd gedeeld, maar vooraf.
- Het tijdstip van de maaltijd op Roomburgh moet aangepast worden naar 13.00 uur-14.00 uur, zodat er meer tijd zit tussen het ontbijt en de warme maaltijd.
- De personeelsleden hebben vooraf pauze gehad of erna en zijn goed uitgerust en elke tafel minstens een verzorgende om de cliënten te helpen bij de maaltijden.
- Er wordt gezamenlijk gestart met de maaltijden.
- De maaltijd wordt gezamenlijk afgesloten en er is gelegenheid om nog een kopje koffie gezamenlijk te drinken, waardoor er meer rust is na de maaltijd en niet iedereen tegelijk naar het toilet en/of bed wil of gebracht wordt.
- De cliënten worden elke maand gewogen, waardoor tijdig gewichtsverlies signaleerd kan worden, de verzorgenden hebben meer informatie over de eetgewoonten/intake van de cliënten doordat ze aanwezig zijn bij de maaltijden, ook hebben ze meer informatie over voedingswensen en de kwaliteit van de maaltijd.
- De cliënten hebben meer begeleiding/hulp/tijd voor de maaltijden, waardoor ze meer kunnen eten.
- De cliënten krijgen minder gemalen en gemixt eten, omdat de verzorgenden ter plekke het vlees etc. snijden/prakken/mixen.
- Er moet één keer in de week een cliëntenoverleg zijn waarbij telkens een cliënt besproken wordt hoe te begeleiden.
- Richtlijnen goede voeding te handhaven door de keuken.
- Advies om de cliënten gewoon te vragen als ze achtergrond muziek aan willen.
- Er moet een overlegstructuur komen tussen de keuken en de zorg/cliënten. Waarin besproken kan worden over de snacks die eventueel gemalen moeten worden of wat er in plaats daarvan kan komen.
- Er moet een menu projectgroepje komen voor de keuken om zo de ideeën in het huis te horen.

- Samenwerking met de diëtiste uit verpleeghuis Zuydtwijck voor betere aansluiting met diëten wat cliënten hebben in het huis.
- Het personeel op de Groepsverzorging moet meer structuur hebben tijdens de maaltijd en consequent één lijn hanteren, want dat geeft rust aan de cliënten.
- De verzorgenden moeten het benaderingsplan lezen en zich eraan houden.
- De huiskamer splitsbaar te maken vanwege verschillende niveaus die aanwezig zijn op de huiskamer/Groepsverzorging.
- Een dag te reserveren voor de kapster om zo de structuur en veiligheid te bewaken en dat de cliënten op tijd aanwezig zijn voor het eten.

5.8 Keuze en vorm van het eindproduct.

Tijdens het beantwoorden van de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag is het opgevallen dat er veel overeenkomsten zijn tussen de antwoorden van de respondenten, sleutelinformanten en informanten. Wat ook bleek was dat de aanbevelingen en verbeterpunten veel overeenkomsten hadden met betrekking tot de warme maaltijd naar Roomburgh toe. Iedereen weet wel dat er omtrent de maaltijd verbeteringen plaats moeten vinden, maar dat dit nooit van de grond is gekomen om wat voor een reden dan ook. Hierdoor is besloten om een adviesrapport uit te brengen voor Roomburgh, waarbij verwacht wordt dat ze ermee aan de slag gaan. Door middel van een adviesrapport staat er eigenlijk gestructureerd wat de aanbevelingen en verbeterpunten zijn en hoe Roomburgh hiermee aan de slag kan. Eigenlijk geeft het adviesrapport een duwtje in de goede richting om zo toch het een en ander te kunnen gaan verbeteren, wat tot op heden nog niet gebeurd is. De wil is er onder de personeelsleden zeker. Ze hebben tijdens de enquêtes en interviews erover na kunnen denken en zien zelf ook mogelijke verbeterpunten. Omdat ze hier al bewust van zijn, mede door het adviesrapport er het een en ander op een positieve manier voor de dementerende cliënten in de toekomst kan gaan veranderen. Er is hier bewust voor gekozen, omdat eten voor elke mens de eerste levensbehoefte is. Als er met de eerste levensbehoefte van deze cliënten al geen rekening wordt gehouden, hoe zit dat dan met andere zaken? Het zou fantastisch zijn dat het adviesrapport in de praktijk hier een bijdrage aan kan leveren.

5.9 Mijn ervaringen met het uitvoeren van het onderzoek en een evaluatie over de inhoudelijke kwaliteit van de werkzaamheden.

Tijdens de opleiding SPH had ik al gehoord dat ik aan het einde van de opleiding een onderzoek moet verrichten. Aan het einde van het derde schooljaar werd er tijdens de les van praktijk werkgroep (PWG) de mogelijkheid andere onderzoeksrapporten in te lezen, die gemaakt zijn door de eerder afgestudeerden van de SPH. Eigenlijk schrok ik ervan hoeveel werk ieder voor een onderzoek had verricht. Dit jaar ging het afstuderen iets anders dan de voorgaande jaren. Nu moest er in opdracht van je werkgever een onderzoek worden verricht op de werkplek waar je werkzaam bent. In de zomervakantie moest ik dan het onderwerp voor mijn afstudeerproject wat voor verbetering vatbaar was op de afdeling Groepsverzorging in Zorgcentrum Roomburgh kenbaar maken. Uiteindelijk heb ik (afdeling) ervoor gekozen om de warme maaltijd van dementerende cliënten te gaan onderzoeken. Bij aanvang van het vierde schooljaar ontving ik tijdens de eerste les van PWG een jaarplanner van de docente, waarin stond wanneer ik bepaalde gedeelten van het onderzoek moest inleveren.

Ondanks de planning die voor mij gemaakt was, had ik zelf al een planning gemaakt. Ik kreeg al snel een goede begeleider Dr. Bèrre Miesen, Lectoraat Psychogeriatric. Zelf had ik veel ideeën en maakte het onderzoek te groot, waardoor ik soms vastliep in mijn onderzoek. Dan kon ik advies inwinnen bij mijn afstudeerbegeleider of mijn werkbegeleider, waardoor ik weer verder kon gaan. Ik had het gevoel dat ik erg lang bezig was met het startdocument en hield mezelf dan ook vast aan mijn eigen planning. Mijn begeleider ging hierin mee. Midden december kwam ik erachter dat ik in verwachting was en was dan ook bereid en gemotiveerd om door te gaan met het onderzoek en de planning hiervan. Ik wist dat het aan het einde van het onderzoek steeds lastiger zou gaan worden voor mijzelf.

Op een gegeven moment moest ik de interviewvragen voor de respondenten en de informanten opstellen. Ik vond het moeilijk om hier een begin mee te maken. Op een gegeven moment zag ik een bepaalde structuur/rode draad in het onderzoek. Hierdoor kon ik vrij snel en gemakkelijk de interviewvragen voor beide groepen opstellen. Ik hoopte dat alle collega's mijn schriftelijke enquêtes/interviews zouden beantwoorden. Van de collega's van de Groepsverzorging, waar ik zelf ook werkzaam ben, kreeg ik behalve van twee collega's, verder van iedereen een antwoord op mijn enquêtevragen. Dit is toch een hoog percentage, waardoor de kwaliteit van dit onderzoek wordt verhoogd.

Ik dacht en dat was ook zo dat het veel lastiger zou zijn om de cliënten te observeren en dit dan goed toe te passen in de analyse. Hier ben ik dan ook het langst mee bezig geweest. Dit was lastig, omdat ik zo veel informatie had gekregen met het literatuuronderzoek, enquêtes, interviews en de observaties. Het was heel veel informatie om goed te kunnen verwerken.

Ik vind het goed, dat de eis in een HBO opleiding wordt gesteld, dat iedereen die afstudeert, een onderzoek moet doen. Door dit onderzoek ben ik een ervaring rijker geworden. Ik moest leren om zo zakelijk en concreet mogelijk te gaan schrijven. Take-home tentamens vond ik dan ook altijd erg lastig. Ik schrijf namelijk vaak in spreektaal en ik schrijf kort en krachtig, waardoor iets juist onduidelijker wordt.

Ik hoop dat dit onderzoek, waarin verbeterpunten en aanbevelingen staan en mede door het eindproduct, de kwaliteit van de zorg in Zorgcentrum Roomburgh en op de Groepsverzorging in het bijzonder, zal verbeteren.

6. Casus

Inleiding.

In het begin van dit onderzoek is er gestart met het schrijven van drie verschillende kaders die zijn gebaseerd op de begeleiding op de Groepsverzorging. Aan het einde van dit onderzoek wordt een kader uitgeschreven aan de hand van de aanbevelingen en suggesties die naar voren zijn gekomen. Dit wordt gedaan om een beeld te scheppen hoe het in een casus eruit kan komen te zien en hoe er gewerkt kan worden door de verzorgenden. Met name de invloed van sfeer tijdens de maaltijden en het aankleden van de ruimte heeft invloed op het welzijn van de cliënten

Het team probeert allemaal dezelfde waarden en normen uit te dragen, maar het kan niet voorkomen worden dat ieder teamlid ook individuele waarden en normen overbrengt vanuit het eigen referentiekader. Sommige personeelsleden hebben moeite om de cliënten op hun gedrag aan te spreken, omdat dit ook volwassen mensen zijn. Bovendien maken de cliënten zelf ook deel uit van een referentiegroep waarmee zij zich identificeren.

Ze zijn allemaal 'gedwongen vrijwillig' geplaatst op de Groepverzorging, een keuze van hun kinderen (familie) en soms van henzelf. Ze komen op een groep terecht met personeelsleden die ze niet kennen en niet zelf hebben uitgezocht. Daarnaast worden ze geconfronteerd met negentien andere cliënten die ze nog nooit gezien hebben en die niet allemaal dezelfde leeftijd hebben, socialisatie anders is en verschil hebben in dementieproces. Zo kan een beginnende dementerende cliënt geconfronteerd worden met een cliënt die verder in het dementieproces zit, niet iets waar iemand in het begin op zit te wachten.

Het feit dat de cliënten niet altijd zelf gekozen hebben voor de plaatsing en ook niet voor de cliënten met wie ze in een groep terecht komen, draagt nog eens bij aan de weerstand die bepaalde cliënten hebben als ze zelf niet kunnen bepalen wat ze eten. Ook de gezelligheidsfunctie speelt een grote rol tijdens het eten.

Casus.

Kader 4

Mw. Jansen en mw. Klaasen komen elke dag naar de Groepsverzorging toe. Mw. Jansen zit in een rolstoel. Zij houdt alles om haar heen goed in de gaten. Ze kan emotioneel worden, dit komt omdat mw. de drukte of gebeurtenissen niet meer kan plaatsen. Mw. Klaasen is goed ter been, spreekt en hoort goed. Tijdens het middageten wordt zij geholpen, omdat ze vaak niet meer weet hoe ze iets moet doen of wat het is. Ze weet ook niet meer zo goed wat ze met het eten moet doen.

Het is maandag middag 12.45 uur en de verzorgende overleggen met elkaar in het kantoor wie welke cliënt helpt bij het eten. Hier komen enkele zorgdossiers voorbij om te bekijken wat er precies nodig is voor elke cliënt. Daarna brengen de verzorgende de cliënten op de Groepsverzorging naar hun plaats en zeggen dat ze de tafels gaan dekken voor de warme maaltijd.

De verzorgende vraagt aan elke tafel of de cliënten mee willen helpen met het tafeldekken en zegt dat ze het servies op de tafel zet. Er komt eerst een tafelkleed en daarna helpen de cliënten met tafeldekken.

Dan komt de kar met de serviesschalen met daarop twee soorten groente, vlees en aardappelen binnengereden door de kok. De kok zegt eet smakelijk dames. De cliënten en het personeel gaan bidden. Daarna wordt het eten per tafel uitgedeeld en kunnen de cliënten zelf kiezen wat ze willen eten. Per tafel is er een begeleider aanwezig die de cliënten begeleidt met het opscheppen van het eten.

Mw. Jansen zit bij het raam met nog een cliënt. Ze zit met de rug naar de andere cliënten toe zodat ze minder prikkels op zich kan nemen. Mw. Klaasen zit aan een tafel en wordt geholpen door een verzorgende en krijgt de aandacht en steun die ze nodig heeft. De verzorgende laat eerst de twee schalen met gemalen groente zien aan de twee cliënten, het ziet er goed uit en ruikt goed. Mw. Jansen kiest eerst haar groente en daarna de rest. Ze wordt gelijk geholpen en zit te genieten van haar eten. Het achtergrond muziekje maakt haar rustig. Mw. kijkt naar het servies op tafel en zegt dat ze het mooi vindt. Het is rustig op de groep. Mw. Klaasen wordt geholpen en de verzorgende zegt tegen mw. wat ze moet doen. Mw. Klaasen zegt: 'goh wat fijn en gezellig dat u bij me zit' en lacht naar de verzorgende. Mw. Klaasen eet heel de maaltijd op.

Als iedereen klaar is kunnen de cliënten kiezen tussen vanillevla of hopjesvla. Mw. Jansen kiest voor hopjesvla en aan haar tafel wordt het ingeschonken in een bakje. Nadat het toetje op was, vroeg de verzorgende of mw. lekker heeft gegeten. Mw. Jansen zegt dat ze lekker en rustig heeft gegeten. Mw. Klaasen zegt: 'maakt niet uit ik weet het niet'. de verzorgende zegt tegen mw. 'u houdt toch van chocola en karamel'. Mw. Klaasen knikt en mw. krijgt hopjes vla en eet het bakje met vla erin op.

Nadat iedereen klaar is met de toetjes wordt er gezamenlijk gedankt. De verzorgende ruimen het serviesgoed op en zetten het in de kar, waarna de kar naar beneden wordt gereden. De cliënten nemen zelf de tafelkleed af en zeggen 'zo dan is het nu tijd voor een kopje thee of koffie om het gezamenlijk af te sluiten'. Om 13.30 uur wordt de eerste cliënt opgehaald om te rusten.



Angst

Bang voor 't leven,
angst, voor wat komen gaat.
Het beleven,
hopend, dat het overgaat.

Angst voor 't verleden,
voor wat eens was.
Contacten vermeden
en nu, weet ik dat pas.

Tineke Boer-Sander

Bronvermelding.

Internetsites.

- www.alzheimer-nederland.nl
- <http://dem.sagepub.com> (Dementia magazine)
- www.denkbeeld.bsl.nl (Denkbeeld, tijdschrift voor psychogeriatric)
- www.dementieprogramma.nl (Het landelijk dementieprogramma)
- www.zorgvoorbeter.nl
- http://www.zibb.nl/horeca/nieuws_start.asp/artnr/1179586/versie/1/index.html
- www.Roomburgh.nl

Boeken.

- Miesen Bèrè .e.a. (2003) *Leidraad Psychogeriatric* :Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum
- Miesen Bèrè (2008) *Zorg om mensen met dementie - Een handleiding voor verzorgenden*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum. Tweede druk.
- Miesen Bèrè (2006) *Liefde voor het leven. - Zorg voor mensen met dementie*: Houten Bohn Stafleu van Loghum.
- Miesen Bèrè (1986) *Als ik dat geweten had. - Thema's in de omgang met dementerende ouderen*: Bohn Stafleu van Loghum. Tweede druk, tweede oplage.
- Miesen Bèrè, (2006) *Dement: zo gek nog niet.* :Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum. Derde druk, derde oplage 2006
- Miesen Bèrè (2000) *Mijn leed, mijn lief.* Kosmos - Z&K uitgevers, Utrecht/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum
- Smulders Kien (1984) *Ouderdom en voeding*: Loghum Slaterus
- Kors Bert en Seunke Wim (1994) *Psychogeriatric verpleegkunde*:Lemma, vierde herziene druk.
- Former Majorie (2002) *Voeding*: Inmerc bv
- Geelen Ronald. () *Omgaan met Dementie*.

Vakliteratuur/tijdschriften.

- WHZ De Strijp-Waterhof, vierde jaargang, nummer 2 juli 2006: *'Een heldere kijk op dementie'*.
- WHZ De Strijp-Waterhof,(maart, 2008): *'Een heldere kijk op dementie'* zesde jaargang nr. 1.
- WHZ De Strijp-Waterhof, (september, 2008): *'Een heldere kijk op dementie'* zesde jaargang nr. 3.
- Denkbeeld. (Augustus 2008) *Beter omgaan met probleemgedrag*. Jaargang 20.
- Denkbeeld (februari 2008) *Dementie: zorgen voor nu en later*. Jaargang 20.

Onderzoeken:

- Nijs, K., V. Vanneste, , K. de Graaf, W. van Staveren (2003), Projecten ter bevordering van de ambiance tijdens de maaltijden in Nederlandse verpleeghuizen bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie. Tijdschrift Gerontology en Geriatric, 43, pp 246-253.
- Nijs, K. (2005), Aandacht voor de ambiance voor de voeding, resultaten onderzoek. Presentatie 28 juni 2005, MINT-cursus: 'Aandacht voor voeding in het verpleeghuis', Vaals.