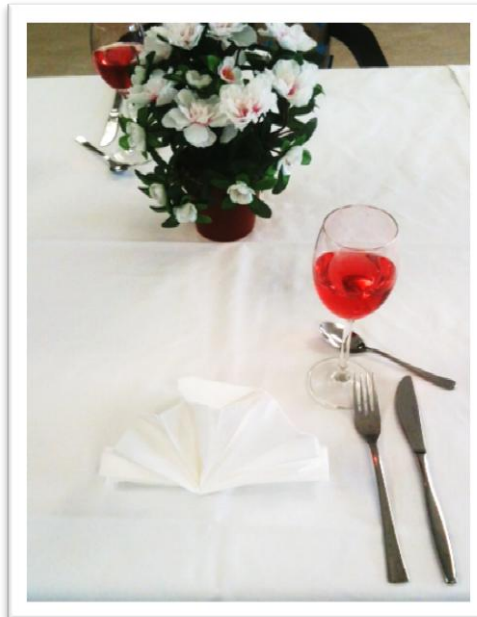




**Het voedingsbeleid in
de klinische setting
van de
psychogeriatrische
verpleegafdeling**

Een ambiance studie

9 juni 2013

Lieke Kouwenhoven



Het voedingsbeleid in de klinische setting van de
psychogeriatrische verpleegafdeling:
Een ambiance studie



Opleiding

De Haagse Hogeschool
Opleiding Voeding en Diëtetiek
Johanna Westerdijkplein 75
Den Haag
Tel. 070 445 8300

Periode

Februari - juni 2013

Docentbegeleider

ir. F.R. Scheffers

Opdrachtgever/praktijkbegeleider

Mw. A. Mulder
Florence locatie Steenvoorde
Generaal Spoorlaan 62
Rijswijk

Via

Opdrachtgever

dr. F.R. Hoogeveen
Lectoraat Psychogeriatric
De Haagse Hogeschool

Auteur

Lieke Kouwenhoven
Schoorlaan 5
Leidschendam

Voorwoord

Tijdens mijn studie Voeding en Diëtetiek aan de Haagse Hogeschool heb ik dankzij een minorvak kennis gemaakt met de psychogeriatric. Demente ouderen vormen een doelgroep die mij uitermate boeit en roert en vanuit deze interesse is het onderwerp voor mijn afstudeerproject ontstaan. Het project is uitgevoerd op de psychogeriatricafdeling van Florence Steenvoorde en is het onderwerp van de scriptie die voor u ligt.

Het belang dat bij Florence gehecht wordt aan het algehele welzijn van de cliënt is mij in het oog gesprongen. De hartelijke medewerking aan het afstudeerproject van alle collega's op de afdeling en van het management zijn veelzeggend voor de inzet die wordt geleverd in het belang van de cliënt. Ik heb met veel plezier mogen leren van de medewerkers en de werkprocessen en ik ben een ieder erg dankbaar hiervoor.

Tijdens het schrijven van mijn scriptie heb ik waardevolle hulp gekregen van een aantal mensen waarvoor ik zeer erkentelijk ben. Allereerst wil ik mijn praktijkbegeleidster en opdrachtgever, Anita Mulder van Florence Steenvoorde, bedanken voor haar betrokkenheid en steun tijdens het project. Dankzij haar vertrouwen en enthousiasme zijn er voor mij veel deuren geopend gedurende het project. Frans Hoogeveen verdient alle lof voor het vinden van deze fantastische opdrachtgever. Hem wil ik ook graag bedanken voor de gegeven feedback en de kans voor het delen van mijn onderzoek in een artikel voor het tijdschrift Denkbeeld. De kritische vragen en nuttige feedback van mijn afstudeerbegeleider Floor Scheffers hebben mij scherp gehouden en goed geholpen, zeker aan het eind van de afstudeerperiode. Ook de steun van vrienden en familie wil ik niet stilzwijgen. In het bijzonder wil ik Erik Kouwenhoven bedanken voor zijn kritische blik en goede advies.

Ik wens u een leerzame leestijd!

Leidschendam, 9 juni 2013

Lieke Kouwenhoven

Samenvatting

Inleiding Er is sprake van een hoge prevalentie van en risico op ondervoeding bij ouderen met dementie in verzorgingshuizen. De verwachte snelle toename van het aantal demente ouderen zal zorgen voor een groter aantal mensen met (risico op) ondervoeding onder deze groep. Preventie en behandeling van ondervoeding is noodzakelijk. Er is gebleken dat een verhoogde maaltijdambiance een positieve invloed heeft op de voedingsinname, voedingstoestand en kwaliteit van leven bij ouderen woonachtig in somatische verpleegafdelingen. In dit rapport staat de volgende probleemstelling centraal: *“Op welke wijze kan de ambiance bij eetmomenten worden verbeterd op de afdeling psychogeriatric om de kwaliteit van leven van demente ouderen te verhogen en hun voedingstoestand te verbeteren?”*

Methoden Er wordt naar een antwoord op deze vraag toegewerkt door middel van literatuuronderzoek en praktijkonderzoek. Het literatuuronderzoek is voornamelijk uitgevoerd via Pubmed en moet het theoretisch kader van dit onderzoek vormgeven. Er wordt toegewerkt naar het opstellen van een protocol voor een verhoogde maaltijdambiance. Er is praktijkonderzoek gedaan om het protocol te laten aansluiten op wensen van de afdeling en van mantelzorgers, om het protocol op te stellen en om de implementatie van het protocol te testen. Ook is er praktijkonderzoek gebruikt voor het testen van het effect van werken met het protocol op de bewoners van afdeling. De voedingsinname, voedingstoestand en kwaliteit van leven waren hierbij de uitkomstmaten.

Resultaten Verschillende interventies in de maaltijdambiance lieten positieve resultaten zien in gedrag, voedingsinname, voedingstoestand en kwaliteit van leven. Een maaltijdsetting in *family style* is het meest geschikt voor de psychogeriatric afdeling van de opdrachtgever. Bij de invoering van een nieuw voedingsbeleid moet rekening gehouden worden met deze weerstand. De strategie van het management moet worden aangepast aan de mate van weerstand bij de medewerkers. Tevens moet de kwaliteit worden gewaarborgd. Een hulpmiddel dat hierbij gebruikt kan worden is de PDCA-cyclus. Na de invoering van het protocol werd deze getest. De hoeveelheid gegeten voeding tijdens het diner was significant gestegen met 34 gram. Er werd geen toename in gewicht gevonden en de kwaliteit van leven leek licht toegenomen.

Discussie en conclusie De invoering van het ambiance verhogend voedingsbeleid is bevredigend verlopen en er wordt verwacht dat de kwaliteit van de uitvoering alleen nog maar zal stijgen. Met de stijging van deze kwaliteit zal er wellicht ook een stijging in voedingsinname, voedingstoestand en kwaliteit van leven te zien zijn. Echter, zeker is dit niet omdat er nog veel onduidelijk is omtrent de energiestofwisseling bij demente ouderen. De kennis op dit gebied zal door onderzoek moeten toenemen. Het ambiance verhogend voedingsbeleid kan een belangrijke bijdrage leveren aan de preventie van ondervoeding op de verpleegafdeling. De mogelijke bevordering van de kwaliteit van leven en voedingstoestand is een goed argument voor de borging van het ambiance verhogend voedingsbeleid. Invoering van het protocol maaltijdambiance op andere (psychogeriatric) verpleegafdelingen binnen, maar ook buiten Florence, is aan te bevelen.

Inhoudsopgave

Samenvatting

1. Inleiding.....	1
1.1 Achtergrond.....	1
1.2 Praktische relevantie	2
1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen	2
1.4 Verantwoording van de gevolgde aanpak.....	3
1.5 Leeswijzer	3
2. Methoden	4
2.1 Literatuuronderzoek.....	4
2.1.1 Dataverzameling	4
2.1.2 Selectiecriteria	4
2.2 Wensen medewerkers.....	4
2.3 Opstellen protocol.....	5
2.4 Testen implementatie protocol.....	5
2.5 Testen effect protocol	5
2.5.1 Onderzoeksopzet	5
2.5.2 Dataverzameling	5
2.5.3 Data-analyse	6
3. Resultaten	7
Deel 1: literatuuronderzoek	7
3.1 De voordelen van een goede ambiance tijdens de maaltijd	7
3.1.1 De voedingstoestand bij ouderen met dementie.....	7
3.1.2 Het effect van een verhoogde ambiance op de voedingstoestand.....	8
3.1.3 Kwaliteit van leven.....	9
3.2 Gewenste verbeteringen in het voedingsbeleid	11
3.3 Veranderdynamiek	12
3.3.1 Weerstand tegen verandering.....	12
3.3.2 Omgaan met weerstand	12
3.3.3 Kwaliteit van de verandering.....	14
Deel 2: praktijkonderzoek	15
3.4 Werkwijze verhoogde ambiance volgens management en medewerkers	15
3.5 Het ambiance verhogend voedingsbeleid	16
3.6 Logboek verandermanagement	16

3.7 Effect van het nieuwe voedingsbeleid.....	18
3.7.1 Hoeveelheid voeding en voedingstoestand	18
3.7.2 Gedrag en kwaliteit van leven	19
4. Discussie	21
4.1 Kritische reflectie	21
4.2 Implicaties voor vervolgonderzoek	23
5. Conclusie.....	24
5.1 Beantwoording deelvragen	24
5.2 Algemeen besluit	24
6. Aanbevelingen voor de praktijk.....	26
Literatuur	27

Bijlagen

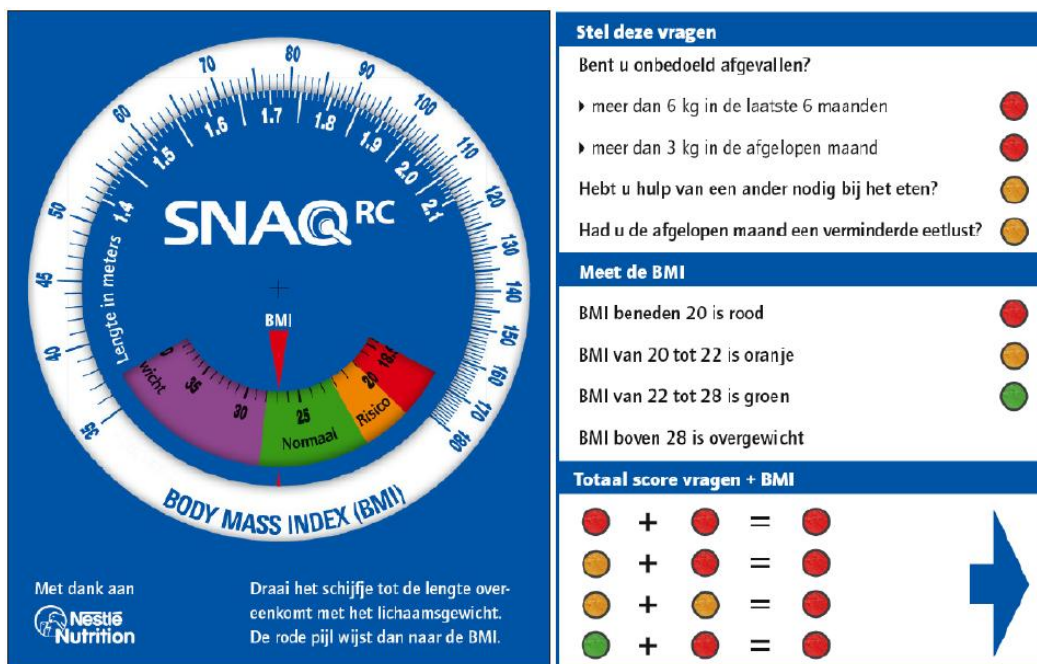
1. Observatielijst kwaliteit van leven
2. Protocol maaltijdambiance
3. Het nieuwe voedingsbeleid versus het oude beleid
4. Klinische les relatie ondervoeding en voedingsambiance
5. Aankondiging start ambiance verhogend voedingsbeleid

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Het aantal ouderen met dementie in Nederland telt vandaag de dag zo'n kwart miljoen en neemt snel toe. De verwachting is dat in 2040 een half miljoen bejaarde Nederlanders met deze progressieve ziekte bekend zullen zijn (Alzheimer Nederland, 2012). Het aantal inwoners van psychogeriatrische afdelingen in verzorgingshuizen zal ook steeds toenemen. Tussen 1995 en 2000 is het aantal opnamen vrijwel evenredig gestegen met de prevalentie (De Lange & Poos, 2007). Demente ouderen die op een psychogeriatrische verpleegafdeling wonen, zijn volledig afhankelijk van het voedingsbeleid van de afdeling. In 2012 is in Nederland 22,3% van de demente bewoners van verzorgingshuizen ondervoed (Halfens et al., 2012).

Een slechte voedingstoestand heeft een negatieve invloed op de mate van kwaliteit van leven, zelfstandigheid, morbiditeit en mortaliteit (Van Asselt, Van Bokhorst-de van der Schueren & Olde Rikkert, 2010). De kosten van ondervoeding in Nederland worden geschat op 1,7 miljard euro per jaar (Tan & Koopmanschap, 2008). Sinds een aantal jaar wordt het probleem van ondervoeding steeds meer erkend en aangepakt (Van Zuylen, 2011). Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld om ondervoeding te herkennen. Voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen wordt in Nederland veel gebruik gemaakt van de SNAQ^{RC} (Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care, zie figuur 1). Dit gevalideerde screeningsinstrument bepaalt op basis van de body mass index, de mate van zelfstandigheid bij het eten en onbedoeld gewichtsverlies of er sprake is van (risico op) ondervoeding. Na het herkennen van (risico op) ondervoeding wordt er door de verzorgende, arts en diëtist een passend behandelplan ingezet. Dit behandelplan is gericht op het aanbieden van (aanvullende) voeding, (aanvullende) drinkvoeding of (aanvullende) sondevoeding (Kruizenga, 2010).



Figuur 1. SNAQ^{RC}

Niet alleen het al dan niet aanbieden, maar ook de manier waarop dit gebeurt, lijkt van invloed te zijn op de voedingsinname en de voedingstoestand van de bewoners. Zo verdelen Nieuwenhuizen, Weenen, Rigby en Hetherington in hun review (2010) de factoren die invloed hebben op de voedselinname van ouderen in drie groepen: de voeding, persoonlijke factoren en omgevingsfactoren. Geconcludeerd wordt dat er op verscheidene manieren een hogere voedingsinname bij ouderen bereikt kan worden: door het verhogen van de ambiance, het aanpassen van de omgeving waar gegeten wordt, het bieden van hoogenergetische tussendoortjes, motivatie en hulp van verzorgenden, het bieden van dieetadvies en het verrijken van de maaltijd met energie, eiwit of vet. De beleving van de maaltijd blijkt van belang te zijn op de voedingsinname. In het proefschrift van Nijs (2006) kwam duidelijk aan het licht dat een verhoogde ambiance van de maaltijden een stimulerend effect heeft op de kwaliteit van leven en de voedselinname. Daarnaast werd er een negatieve correlatie met (risico op) ondervoeding gevonden.

In de literatuur worden ook positieve effecten genoemd van een verhoogde ambiance bij ouderen met dementie. Het blijkt dat een verhoogde ambiance bij de maaltijden een positief effect kan hebben op de communicatie en participatie van demente ouderen (Altus, Engelsman & Mathews, 2002). Het afspelen van rustige muziek tijdens de maaltijden maakt de demente ouderen minder gejaagd, minder prikkelbaar, gestrest en angstig (Denney, 1997; Goddaer & Abraham, 1994; Ragneskog, Bråne, Karlsson & Kihlgren, 1996).

De veelbelovende resultaten van eerdere onderzoeken naar de invloed van een verhoogde maaltijdambiance, maakten dat Florence Steenvoorde graag een aangename sfeer wilde tijdens het eten op de psychogeriatrische verpleegafdeling. De vraag van de opdrachtgever was om een protocol te ontwikkelen waarmee alle maaltijdmomenten prettiger worden voor de bewoners. Het protocol moest de medewerkers stap voor stap duidelijk maken hoe de ambiance tijdens de maaltijden verhoogd kon worden. Het verhogen van de ambiance tijdens de maaltijdmomenten moest ervoor zorgen dat ondervoeding op de afdeling systematisch werd tegengegaan maar moest ook zorgen voor prettige momenten in het leven van de bewoners wat bijdraagt aan een hogere kwaliteit van leven.

1.2 Praktische relevantie

Uitgaande van de resultaten van deze scriptie wordt het voedingsbeleid van de afdeling psychogeriatric op Florence Steenvoorde aangepast. Bij positieve evaluatie kan het op basis hiervan opgestelde protocol direct worden toegepast om de ambiance tijdens de maaltijdmomenten te verhogen. Ook andere verpleegafdelingen binnen de locaties van Florence kunnen gebruik maken van het protocol.

1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen

Op basis van de vraag van Florence Steenvoorde is de volgende onderzoeksvraag/hoofdvraag geformuleerd:

Op welke wijze kan de ambiance tijdens de eetmomenten worden verbeterd op de afdeling psychogeriatric om de kwaliteit van leven van demente ouderen te verhogen en hun voedingstoestand te verbeteren?

Uit de probleemstelling zijn de volgende deelvragen afgeleid:

- a) Biedt een verhoogde ambiance bij de maaltijdmomenten voordelen voor de bewoners van een psychogeriatrische verpleegafdeling, en zo ja, welke?
- b) Welke veranderingen zijn wenselijk in het voedingsbeleid om de ambiance tijdens de maaltijdmomenten te optimaliseren?
- c) Hoe moet het protocol geïmplementeerd worden, rekening houdend met de weerstand die kan ontstaan bij veranderdynamiek?
- d) Hoe is de oude situatie met betrekking tot:
 - de voedingstoestand van de bewoners;
 - de hoeveelheid genuttigde voeding tijdens het diner;
 - de tevredenheid van de bewoners tijdens de maaltijden?
- e) Welk effect heeft het nieuwe voedingsbeleid op de afdeling na vier weken op de bewoners, met betrekking tot:
 - de voedingstoestand van de bewoners;
 - de hoeveelheid genuttigde voeding tijdens het diner;
 - de tevredenheid van de bewoners tijdens de maaltijden?

1.4 Verantwoording van de gevolgde aanpak

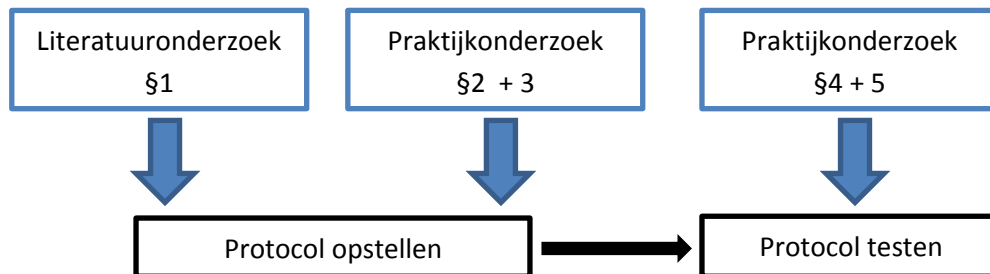
Voor het beantwoorden van deelvraag a zal literatuuronderzoek gedaan worden. Er zal worden gekeken naar de voordelen die een verhoogde ambiance biedt betreffende de voedingstoestand en de kwaliteit van leven van ouderen op een psychogeriatrische afdeling. Om een zo goed mogelijk nieuw voedingsbeleid te introduceren waarvoor draagvlak is bij de medewerkers van de afdeling, is het van belang dat naast literatuur ook mensen uit de praktijk geraadpleegd worden: om deelvraag b te beantwoorden wordt literatuuronderzoek gedaan, maar ook praktijkonderzoek onder de medewerkers van de afdeling. Zij kunnen zo hun wensen kenbaar maken voor een ambiance verhogend voedingsbeleid. Met de informatie uit de praktijk en literatuur kan er een protocol worden opgesteld dat de gewenste ambiance verhogende werkwijze begrijpelijk en stap-voor-stap verwoordt. Het nieuwe beleid zal uitgevoerd worden door de medewerkers en daarom is het van belang dat zij gemotiveerd worden om volgens het nieuwe protocol te werken; gebruikmakend van literatuuronderzoek wordt deelvraag c beantwoord. Deelvraag d zal beantwoord worden middels praktijkonderzoek. De voedingstoestand van de bewoners wordt bepaald met de SNAQ^{RC}, de hoeveelheid genuttigde voeding tijdens het diner wordt bepaald door het te wegen en met behulp van een observatie wordt de kwaliteit van leven van de bewoners tijdens de maaltijden in kaart gebracht. Om te bepalen of de verhoogde ambiance tijdens de maaltijden in de praktijk invloed heeft op de voedingstoestand en de kwaliteit van leven van de bewoners worden de metingen, eerder uitgevoerd bij deelvraag d, herhaald. Het effect van het nieuwe beleid wordt ontleend aan het verschil tussen deze beide metingen.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de methoden van onderzoek beschreven. In het hoofdstuk erna worden de resultaten uiteengezet, opgesplitst in twee delen. Deel een geeft de resultaten van het literatuuronderzoek weer en in deel twee worden de bevindingen van het praktijkonderzoek getoond. In het vierde hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek bediscussieerd en dan wordt in hoofdstuk 5 de slotconclusie gegeven. In hoofdstuk 6, het laatste hoofdstuk, worden aanbevelingen voor de praktijk gedaan.

2. Methoden

In dit hoofdstuk worden de methoden van onderzoek beschreven. Figuur 2 laat zien hoe het hoofdstuk is opgebouwd.



Figuur 2. Stroomdiagram opbouw hoofdstuk 2

2.1 Literatuuronderzoek

2.1.1 Dataverzameling

Voor het vinden van bruikbare literatuur is er op databank PubMed gezocht met de volgende (MeSH) termen, of een combinatie daarvan: *dementia, quality of life, family style, meals, nursing homes, nutritional status, malnutrition, nutritional policy, food intake, aged, aged 80 and over*. Bij de gevonden literatuur werd de sneeuwbalmethode toegepast. Literatuur voor deelvraag c werd gezocht op Google Scholar, in boeken via Google Books en in de schoolbibliotheek. Er werd uitgegaan van de wensen van de opdrachtgever; aldus luiden de zoektermen: *werknemers, eigenaarschap, motivatie, draagvlak, weerstand, verandermanagement*.

2.1.2 Selectiecriteria

Gevonden literatuur werd bestudeerd indien het voldeed aan de volgende criteria:

- Free full tekst;
- Geschreven in het Nederlands of Engels;
- Betreft een Westerse studie;
- Bij voorkeur niet ouder dan 10 jaar;
- Relevantie voor het onderwerp van de scriptie blijkt uit titel of abstract;
- Het niveau van evidence was minimaal D maar bij voorkeur A1, A2, of B (Brummer, 2008).

2.2 Wensen medewerkers

Naast literatuuronderzoek is er ook veldonderzoek gedaan voor het opstellen van het protocol. Medewerkers en management van de afdeling werden uitgenodigd voor een brainstormsessie. De brainstormsessie met het management werd apart georganiseerd om de ideeën van de medewerkers niet te beïnvloeden en vice versa. Men werd aangemoedigd tot het noemen van interventies die de maaltijdambiance ten goede zouden komen. Deze ideeën werden genoteerd op flip-overvellen zodat ze zichtbaar waren voor de deelnemers en er uit associaties en connecties nieuwe ideeën konden ontstaan. De brainstormsessie werd in goede banen geleid door een niet-deelnemende voorzitter, deze rol werd vervuld door de afdelingsmanager.

2.3 Opstellen protocol

De informatie die is verkregen, over de wenselijke veranderingen in het voedingsbeleid om de ambiance tijdens de maaltijdmomenten te optimaliseren, uit de literatuur en de brainstormsessies werd vertaald naar een protocol. Het protocol moest hierbij aan de volgende eisen voldoen:

- De informatie is bondig maar volledig;
- Het is begrijpelijk;
- Het is praktisch uitvoerbaar.

De vorm van het protocol werd afgeleid van bestaande zorgprotocollen. Om tot een definitief protocol te komen, werd de conceptversie een week lang getest en verbeterd.

2.4 Testen implementatie protocol

De invoering van het protocol werd ondersteund door verschillende managementtechnieken, zoals beschreven in paragraaf 3.3. De toepassing van deze technieken moest zorgen voor een lage weerstand bij de medewerkers en een hoge kwaliteit van protocolhandhaving. De onderzoeker bepaalde subjectief de mate van weerstand en de mate van protocolhandhaving, uitgedrukt in rapportcijfers. Deze subjectieve bepaling werd gebaseerd op gesprekken met medewerkers over het nieuwe voedingsbeleid en een wekelijkse controle bij een of meer maaltijden. Deze informatie werd verzameld omdat de er werd verwacht dat weerstand bij de medewerkers een negatief effect kon hebben op de kwaliteit van de protocolhandhaving. Deze kwaliteit zou van invloed kunnen zijn op het effect van het ambiance verhogend voedingsbeleid.

2.5 Testen effect protocol

Door middel van praktijkonderzoek werd getest of het opgestelde protocol (zie bijlage 2) effect had op de voedingstoestand en kwaliteit van leven van de bewoners van de afdeling psychogeriatric. Er is gekozen om het praktijkonderzoek uit te voeren bij het avondeten omdat voor dit maaltijdmoment kant-en-klare maaltijden geleverd werden, wat de metingen praktisch goed uitvoerbaar maakte. Bovendien was het diner een maaltijd die door alle bewoners op hetzelfde moment genuttigd werd. Ook levert de warme maaltijd de grootste bijdrage in voedingsstoffen op de dag en is deze daarom van groot belang op de voedingstoestand (Voedingscentrum, 2011). De resultaten van het praktijkonderzoek, uitgevoerd bij het avondeten, worden gegeneraliseerd naar alle maaltijdmomenten.

2.5.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek bestond uit een nulmeting en een interventiemeting. De interventie bestond uit de invoering van het protocol. Twee weken voor de start van de interventie werd de nulmeting gedaan. Vier weken na de start van de interventie werden de interventiemetingen uitgevoerd bij dezelfde participanten. Bewoners werden geïncludeerd indien zij deelnamen aan het avondeten in de daartoe bestemde ruimtes en aten van de kant-en-klare maaltijden.

2.5.2 Dataverzameling

In totaal werden er drie parameters verzameld: de gegeten hoeveelheid, de voedingstoestand van de bewoners en de tevredenheid van de bewoners tijdens de maaltijd.

De hoeveelheid eten

Gedurende vijf achtereenvolgende dagen werd het gewicht van het bord van alle deelnemers geregistreerd voor het eten en na het eten. De hoeveelheid gegeten voeding werd bepaald door het verschil van deze twee. De interventiemeting werd op dezelfde manier uitgevoerd.

Voedingstoestand

Bij de nulmeting zijn alle participanten gescreend op ondervoeding met behulp van de SNAQ^{RC}. Hun initiële voedingstoestand is interessant om in kaart te brengen, omdat deze zo kan worden vergeleken met cijfers die in de literatuur gevonden zijn. De verandering in voedingstoestand werd bepaald aan de hand van de verandering in lichaamsgewicht. De interventiemeting bestond alleen uit het wegen van de bewoners, omdat een nieuwe meting met de SNAQ^{RC} pas na drie maanden relevant zou zijn (Stuurgroep Ondervoeding, 2010).

Kwaliteit van leven

Om de bijdrage aan de kwaliteit van leven te meten, werd er in kaart gebracht hoe het welbevinden van de bewoners tijdens de maaltijd scoorde. Er is gekozen om de Discomfort Scale- Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT, zie bijlage 1) te gebruiken. Deze lijst is gevalideerd voor patiënten met ernstige dementie in een verpleeghuis, in het Nederlands. De DS-DAT omvat negen gedragsindicatoren die objectief ordinaal gescoord worden door de observeerder, in een observatie van vijf minuten (Schölzel-Dorenbos et al., 2007). Vijf personen zijn achtereenvolgens tijdens de avondmaaltijd niet-participerend geobserveerd. Deze personen werden aselect gekozen om uit te sluiten dat er op andere wijze een vertekend beeld zou ontstaan. Iedere vijfde persoon op de deelnemerslijst werd voor deze meting geselecteerd. Alle observaties werden uitgevoerd door dezelfde onderzoeker. Een blinde setting was niet mogelijk omdat de verschillen in de ruimte en werkwijze omtrent de maaltijd duidelijk zichtbaar waren. Om de interne validiteit te verhogen is bij het invullen van de observatielijst niet gekeken naar de invulling van de eerder ingevulde lijsten. Zowel de nulmeting als de interventiemeting werden op deze manier uitgevoerd. Beide metingen besloegen drie meetmomenten.

2.5.3 Data-analyse

Voor vergelijking van de variabelen *voedingstoestand* en *de hoeveelheid eten* uit beide periodes is gebruik gemaakt van de gepaarde t-test. Significantie werd gesteld op $P \leq 0.05$. De samenhang tussen deze variabelen werd getoetst met behulp van de Pearson correlatie coëfficiënt. Analyses werden uitgevoerd in SPSS versie 20. Om de nulmeting en de interventiemeting van de *kwaliteit van leven* te vergelijken is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek middels Microsoft Excel 2010. Hier is gekozen voor het gebruik van een grafiek omdat werd verwacht dat dit door de grootte van de steekproef voor betere beeldvorming kan zorgen dan een toetsende analyse.

3. Resultaten

Deel 1: literatuuronderzoek

In dit eerste deel van de resultaten worden de bevindingen van het literatuuronderzoek besproken. De eerste paragraaf belicht de voordelen van een goede ambiance tijdens de maaltijd en gaat daartoe in op de voedingstoestand en kwaliteit van leven bij ouderen met dementie, en het effect van een verhoogde maaltijdambiance hierop. In de tweede paragraaf worden de gewenste verbeteringen in het voedingsbeleid besproken. Paragraaf 3 bespreekt de dynamiek bij veranderingen en haalt de weerstand bij verandering aan en hoe daarmee moet worden omgegaan, maar ook het streven naar kwaliteit van de verandering.

3.1 De voordelen van een goede ambiance tijdens de maaltijd

3.1.1 De voedingstoestand bij ouderen met dementie

De voedingstoestand van demente ouderen in verzorgingshuizen is niet gunstig. Uit de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen 2012 blijkt dat het ziektebeeld met de hoogste prevalentie van ondervoeding in verzorgingshuizen, dementie is (Halfens et al., 2012).

Er zijn verscheidene factoren van invloed op de voedingstoestand van ouderen. Ziekte, medicatie, afname van reuk en smaak, vermindering van eetlust, kauw- en slikproblemen, psychosociale problemen zoals eenzaamheid, depressie of angst, tijdstip van eten, functieverlies of een combinatie van factoren kunnen een slechte voedingstoestand in de hand werken bij ouderen (Van Asselt, Van Bokhorst-de van der Schueren & Olde Rikkert, 2010). Ouderen met een vorm van dementie hebben te maken met additionele factoren die invloed kunnen hebben op de voedingstoestand. Een cross-sectionele studie onder alle inwoners (n = 2114) van verzorgingshuizen in Helsinki, Finland, laat zien dat van de bewoners met een slechte voedingstoestand 83,1% dement is. Een bevinding in deze studie is dat dementie een voorspeller is van een verslechterde voedingstoestand (Suominen et al., 2005). Vele verschijnselen van dementie kunnen een slechte voedingstoestand veroorzaken:

- Agitatieⁱ: weglopen van de maaltijd en daardoor onvoldoende eten;
- Verlies van initiatief: niet vragen om eten of drinken, niet zelf nuttigen van eten of drinken, daardoor niet naar behoefte eten of drinken;
- Stemming: boosheid of agressie kan de dementerende het eten doen weigeren;
- Dyspraxie/ apraxieⁱⁱ: kauw- en slikstoornissen;
- Dyspraxie/ apraxie: niet zelf kunnen eten;
- Depressie: verminderde eetlust;
- Waandenkbeelden: voedselweigering (Van Genuchten, 2003).

ⁱ Een gangbaar symptoom bij dementie dat zich manifesteert in verbaal en fysiek gedrag dat afwijkt van de sociale norm, zoals: schreeuwen, vloeken, dwalen, zoeken, onrust en vreemde bewegingen en gedragingen (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012).

ⁱⁱ *Dyspraxie* en *apraxie* zijn stoornissen in het uitvoeren van praktische handelingen. Het niet meer weten hoe een handeling uitgevoerd wordt, en fouten maken in deze handelingen wordt dyspraxie genoemd. Naarmate de ernst van de dementie toeneemt zal de dyspraxie in apraxie overgaan: handelingen kunnen niet meer zelfstandig worden uitgevoerd en een persoon wordt hulpbehoevend (Van Genuchten, 2003).

Het verslechteren van de voedingstoestand bij dementie is een veelvoorkomend verschijnsel. Onderzoeken naar de energie-inname en het energieverbruik bij demente ouderen hebben nog geen eenduidige verklaring kunnen geven voor de substantiële gewichtsverliezen die vaak bij deze patiënten gezien worden (Poehlman & Dvorak, 2000). Wel is er eenstemmigheid over de onwenselijkheid van een slechte voedingstoestand bij demente ouderen in een pre-terminale fase. Deze situatie leidt namelijk tot een afname van zelfstandigheid, een slechtere kwaliteit van leven, slechtere wondgenezing, verhoogde kans op decubitus, kans op lusteloosheid en depressie, dehydratatie, obstipatie, een grotere kans op slikproblemen en anderszins verhoogde morbiditeit en mortaliteit (Van Genuchten, 2003; Stuurgroep Ondervoeding, 2010).

3.1.2 Het effect van een verhoogde ambiance op de voedingstoestand

In twee Nederlandse studies is het effect van een verhoogde ambiance op de voedingstoestand onderzocht (Mathey, Vanneste, De Graaf, De Groot & Van Staveren, 2001; Nijs et al. 2006a; Nijs, De Graaf, Kok & Van Staveren, 2006). Alle studies hebben een positief effect gevonden van een verhoogde ambiance op de voedingstoestand. De studie van Nijs et al. (2006b) laat een significant verschil zien in het gewicht van de interventiegroep (+ 0,5 kg) en het gewicht van de controlegroep (- 1,1 kg). Een hogere energie-inname in de interventiegroep is een verklaring voor dit verschil. Ook de verandering in inname tussen beide groepen was significant. De energie-inname van de interventiegroep steeg significant met 115 kcal terwijl de controlegroep een significante daling toonde van 100 kcal vergeleken met de nulmeting. De voedingstoestand werd bepaald door middel van de Mini Nutritional Assessment (MNA). De MNA is een gevalideerd instrument voor de screening en de diagnose van ondervoeding en risico op ondervoeding bij ouderen van 65 jaar en ouder. Een score van <17 duidt op ondervoeding, scores tussen 17 en 23,5 worden geclassificeerd als risico op ondervoeding en 23,5 of meer punten geeft een goede voedingstoestand aan (Delacorte et al., 2004). De interventiegroep van Nijs et al. (2006a) liet een stijging zien van 2,5 punt in de MNA-score, terwijl de controlegroep een daling toont van 1,5 punt. Het verschil tussen de groepen was significant.

De studiepopulatie van Mathey et al. (2001) is met 22 participanten een stuk kleiner dan de eerder besproken studie. Toch laten sommige resultaten van het onderzoek een statistisch significant resultaat zien. Het lichaamsgewicht van de interventiegroep steeg met 3,3 kg en verschilde significant met het gewicht van de controlegroep dat daalde met 0,4 kg. De resultaten van de gemeten energie-inname bij beide groepen ondersteunen dit gegeven niet. De energie-inname van de interventiegroep en de controlegroep verschilde namelijk niet significant van elkaar. Wellicht zijn de metingen niet representatief voor de studiepopulatie omdat er steeds maar drie dagen achtereenvolgens werd gemeten. De onderzoekers menen een momentopname te bieden van de energie-inname in plaats van representatieve gegevens. Er wordt dan ook meer waarde gehecht aan de getallen verkregen voor het lichaamsgewicht, dan aan die voor de energie-inname.

Beide studies includeren slechts de bewoners van de somatische verpleegafdelingen. Psychogeriatrische afdelingen namen geen deel aan deze experimenten. Wel is uit ander onderzoek bekend dat een (aspect van) verhoogde maaltijdambiance invloed heeft op het gedrag van psychogeriatrisch patiënten wat kan resulteren in hogere voedingsinname (Altus, Engelman & Mathews, 2002; Goddaer & Abraham, 1994; Ragneskog et al., 1996; Shatenstein & Ferland, 2000).

In het onderzoek van Ragneskog et al. (1996) werden verschillende metingen verricht bij geen muziek, popmuziek, rustgevend muziek en muziek uit de jaren '20 en '30. Agitatie, angst/paniek en depressieve buien namen significant af in de perioden met muziek vergeleken met de controleperiode. Het grootste verschil was waarneembaar bij de rustgevend muziek. Ook werd er meer door de bewoners gegeten in de perioden met muziek, het meest in de periode met popmuziek. Een opvallende waarneming is dat er door de werknemers meer eten op de borden werd geschept wanneer er muziek werd gespeeld. Dit zou kunnen betekenen dat ook de werknemers positief werden beïnvloed door de muziek en daardoor meer eten aanboden.

De toepassing van een *family style* maaltijdbezorging, ter vervanging van de kant-en-klare maaltijden, liet in de studie van Shatenstein en Ferland (2000) een toename zien van 369 kcal per dag. Deze vorm van maaltijdbezorging hield in dat de maaltijden op de afdeling werden geportioneerd. Eenzelfde interventie liet in een andere studie een verdubbeling zien in de participatie en communicatie bij de psychogeriatrische onderzoekspopulatie. Een verandering in het gedrag van de verzorgende, die geïnstrueerd werd de bewoners aan te moedigen en goed gedrag verbaal te belonen, zorgde voor een nog grotere stijging in participatie en communicatie (Altus, Engelman & Mathews, 2002). Met participatie wordt deelname van een persoon aan de maaltijd bedoeld. Toename van participatie zou voornamelijk bij demente ouderen die gematigd afhankelijk zijn van hulp bij het eten van invloed kunnen zijn op hun voedingsinname. Deze groep blijkt een lage voedingsinname te hebben omdat ze onvoldoende geholpen worden door medewerkers en zelf te weinig eten (Lin, Watson & Wu, 2010). Deze onderzoeken, met een dementerende onderzoekspopulatie, laten zien dat een verandering in sfeer, werkwijze of omgeving ook bij demente ouderen een verschil kan maken in gedrag en gemoedstoestand aan tafel, wat kan zorgen voor een hogere voedingsinname.

3.1.3 Kwaliteit van leven

Definitie en beoordeling kwaliteit van leven bij dementie

Dementiezorg heeft door de progressieve aard van de ziekte de nadruk liggen op *care* omdat er geen kans is op *cure*. De psychogeriatrische afdeling in het verzorgingshuis is voor demente ouderen het eindstation. Om deze reden is het bewaken van een zo goed mogelijke kwaliteit van leven van belang bij deze groep ouderen.

Kwaliteit van leven wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (The WHOQOL Group, 1995), vrij vertaald, gedefinieerd als “de perceptie van het individu van de eigen positie in het leven in de context van de cultuur en waardesystemen waarin ze wonen en met betrekking tot hun doelen, verwachtingen, normen en zorgen” (p. 1403). Het meten van kwaliteit van leven gebeurt normaliter door het afnemen van een gevalideerde vragenlijst bij het individu. Bij personen met dementie is er geen consensus over factoren die de kwaliteit van leven beïnvloeden (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard & Hamers, ter perse). Dit kan te maken hebben met de relevantie van het criterium in relatie tot het stadium van de ziekte (Ettema et al., 2005a). Het stadium van de dementie is dus van belang in de toetsing van de kwaliteit van leven. Zo kan er in een beginstadium van dementie nog gebruik gemaakt worden van gegevens die mondeling door de patient zijn verstrekt – in een later stadium is dit niet meer betrouwbaar (Schölzel-Dorenbos et al., 2007). Ook worden in een beginstadium van de ziekte meerdere domeinen van kwaliteit van leven relevant gevonden voor de toetsing van kwaliteit van leven. Zo worden door toetsingsinstrumenten voor een beginstadium nog de domeinen affect, eigenwaarde, fysieke functie, sociale relaties, (sociale) omgeving en gezondheid

meegenomen, terwijl toetsingsinstrumenten voor een laat stadium zich voornamelijk op het affect richten (Ettema et al., 2005b; Schölzel-Dorenbos et al., 2007). Rekeninghoudend met de verschillende stadia van de ziekte en de omgeving van de patient bieden Ettema et al. (2005b) een definitie voor kwaliteit van leven bij dementie, vrij vertaald: “de multidimensionele evaluatie van de persoon in zijn omgeving in termen van adaptatie aan de waargenomen gevolgen van de dementie” (p. 10).

Het effect van een verhoogde ambiance op de kwaliteit van leven

In de studie van Nijs et al. (2006b), wordt de kwaliteit van leven gemeten door middel van de gevalideerde Dutch Quality of Life of Somatic Nursing Home Residents vragenlijst (Van Campen & Kerkstra, 1998). De vragenlijst werd afgenomen als interview en bestaat uit vijftig stellingen, met ja of nee te beantwoorden. Hoe hoger de behaalde score, hoe hoger de kwaliteit van leven. Het verschil tussen beide groepen was significant, de score van de interventiegroep bleef gelijk terwijl de score van de controlegroep afnam. De afname van kwaliteit van leven bij de controlegroep was bijna 10% ten opzichte van de score bij de nulmeting.

Ook Mathey et al. (2001) vinden na hun interventie een significante daling van kwaliteit van leven in de controlegroep (SIP: - 13). Ook in dit onderzoek blijft de kwaliteit van leven bij de interventiegroep redelijk stabiel (SIP: - 2), zij het niet statistisch significant. In dit onderzoek zijn twee vragenlijsten gebruikt, te weten een deel van de Sickness Impact Profile (SIP, 17 vragen) en een Nederlandse versie van de Philadelphia Geriatric Center Moral Scale (PGCMS, 17 vragen). De uitkomst van beide vragenlijsten worden vertaald in een schaal van 0 tot 100 punten (Van Campen & Kerkstra, 1996, 1998). Bij de PGCMS zijn de uitkomsten bij beide groepen redelijk stabiel en niet significant.

De hierboven besproken studies laten bij een populatie van somatische verpleeghuisbewoners het directe effect zien van een verhoogde ambiance op de kwaliteit van leven. Soortgelijke studies voor een populatie van demente verpleeghuisbewoners zijn niet gevonden. Wel kunnen er indirecte verbanden gelegd worden tussen een verhoogde ambiance en een verbeterde kwaliteit van leven bij demente verpleeghuisbewoners.

Het is bekend dat sfeerbepalende achtergrondmuziek, een onderdeel van ambianceverbetering, geagiteerd gedrag vermindert (Goddaer & Abraham, 1994). Ook zijn er positieve effecten gemeten op depressie, angst/paniek en geprikkeldheid (Ragneskog et al., 1996). Vermindering van agitatie en depressie wordt geassocieerd met een toename van kwaliteit van leven. Ook wordt een toename van participatie en communicatie en dus een afname in afhankelijkheid, geassocieerd met een verbetering van kwaliteit van leven (Beerens et al., 2013).

Voedingstoestand en kwaliteit van leven

Een slechte voedingstoestand en een lagere kwaliteit van leven worden direct met elkaar geassocieerd in een oudere populatie. In verschillende interventiestudies – bestudeerd in de meta-analyse van Rasheed en Woods (2013) – opgezet om de voedingstoestand te verbeteren, wordt gezien dat de kwaliteit van leven toeneemt. Toch willen de onderzoekers niet stellen dat een slechte voedingstoestand een oorzaak is voor een lagere kwaliteit van leven, omdat het oorzakelijk verband niet duidelijk wordt uit de interventiestudies. Voorzichtig wordt geconcludeerd dat ouderen met risico op ondervoeding, een grotere kans hebben op een lager ervaren kwaliteit van leven. Omdat de geanalyseerde studies in deze meta-analyse niet van uitstekende kwaliteit zijn, plaatsen de auteurs

kanttekeningen bij het geleverde bewijs. Hoewel er wordt beargumenteerd dat bijvoorbeeld door afwezigheid van blinding de kwaliteit van de afzonderlijke studies niet altijd optimaal was, is er wel met de 30 gebruikte studies, goed voor een totale populatie van 3903 participanten, gedemonstreerd dat de getrokken conclusie voldoende onderbouwd is.

3.2 Gewenste verbeteringen in het voedingsbeleid

Veranderingen aanbrengen in de ambiance van de maaltijdmomenten kan op verscheidene manieren. Op basis van eerder uitgevoerde ambiance projecten in verschillende verzorgingshuizen worden deze projecten in drie groepen verdeeld: restaurantambiance, koken op de afdeling en *family style*. Restaurantambiance houdt in dat bewoners hun gekookte maaltijd in het restaurant opgediend krijgen. De presentatie en service waren vergelijkbaar met een commercieel restaurant. Koken op de afdeling betrof ook de bewoners in de uitvoering. Deze konden helpen met kleine taken zoals het dekken van de tafel. *Family style* houdt in het aanpassen van de omgeving aan het eten. De tafels werden gedekt, muziek werd zachtjes afgespeeld en bloemen werden op tafel geplaatst: er werd een huiselijke omgeving gecreëerd. Al deze projecten werden als succesvol ervaren door de uitvoerende verzorgingshuizen. Ook de betrokken bewoners die werden geïnterviewd, ervoeren de projecten als positief. De kosten die gemoeid zijn met de uitvoering van de verschillende projecten kan voor het gemiddelde verzorgingshuis betekenen dat een ambiance project in *family style* de beste keuze is (Nijs, 2006).

In de uitvoering van een maaltijd in *family style* is er aandacht voor tafelaankleding, de ruimte waarin de maaltijd plaatsvindt, gedrag van medewerkers en anderen in deze ruimte en overige zaken die direct met de maaltijd en de ambiance te doen hebben (zie tabel 1). Hoewel niet in elke studie dezelfde interventies worden genoemd, is er veel consensus in de uitvoering van dit beleid in de hoofdlijnen. Zo is van belang dat de tafel is gedekt voor de aanvang van de maaltijd, er tijdens de maaltijd alleen maaltijd-gerelateerde taken worden verricht in de ruimte en dat de gecreëerde sfeer rustig en bewonersgericht is.

Tabel 1. Passende interventies bij een ambiance verhogend voedingsbeleid volgens de literatuur

Tafelaankleding	Tafelkleed/ placemats ^{1,2,3} Bloemen/ planten ^{1,2,3} Servet ^{1,2} Servies ^{1,2,3} Volledig bestek ^{1,2} Glaswerk ^{1,2} Dagmenu ¹ Geen dienbladen en deksels op tafel ³ Aanbod duidelijk tonen ^{1,2}
In de ruimte	Muziek ^{1,3} Geen karren voor koffie of eten ^{1,2} Geschikte tafelschikking ^{1,2} De maaltijd begint als iedereen zit ² Iedereen aan tafel krijgt tegelijkertijd eten en begint tegelijkertijd met eten ³ Na de maaltijd wordt alles opgeruimd ^{2,3} Geen rollators ¹ Hele dag aanwezigheid van koffie, thee en frisdranken ³
Gedragsregels medewerkers	Geef een rustige indruk ¹

	Alleen maaltijd-gerelateerde taken ^{1,2,3} Op een verzorgde manier eten serveren ^{1,3} Bezig zijn met bewoners, niet met collega's ^{1,2} Niet negatief praten over eten ¹ Toon interesse in bewoner ¹ Eerst hulp aanbieden, dan pas geven ¹ Zitten bij bewoners aan tafel ^{1,2} Vragen wat bewoner wil eten ^{1,2,3} Bewoners niet onderbreken tijdens het eten ³
Overig	Geen medicatie uitdelen ^{1,2} Geen personeelwisseling ^{1,2} Genoeg medewerkers om de bewoners te helpen ^{1,2,3} Geen in- en uitloop van personen ^{1,2,3} Bezoek laten meehelpen ¹ Bezoek laten mee-eten indien aangevraagd ¹ Mogelijkheid tot gebed bieden ² Zien eten doet eten ¹ Bewoner doet zo veel mogelijk zelf ^{1,2} Geen kant-en-klare broodjes ^{2,3}

¹ bron: Vilans (2013)

² bron: Nijs (2006)

³ bron: Mathey et al. (2001)

3.3 Veranderdynamiek

3.3.1 Weerstand tegen verandering

Bij de implementatie van veranderingen op de werkvloer is het gedrag van medewerkers van grote betekenis. Zij zijn degenen die de verandering moeten dragen. Een lage veranderingsbereidheid of zelfs weerstand tegen de aangedragen verandering kan funest zijn voor het project. Zeventig procent van de mislukte veranderprojecten wordt verklaard door het menselijk gedrag (Cozijnsen & Vrakking, 2003). Een hoge menselijk invloed op het mislukken van veranderprojecten wordt ook gemeld door Boonstra (2000), die schat dat driekwart van dit soort projecten faalt door weerstand. Het is belangrijk om te weten dat weerstand bij verandering een te verwachten reactie is. Om met weerstand om te kunnen gaan is het eerst van belang te weten waar het vandaan komt en hoe het zich uit.

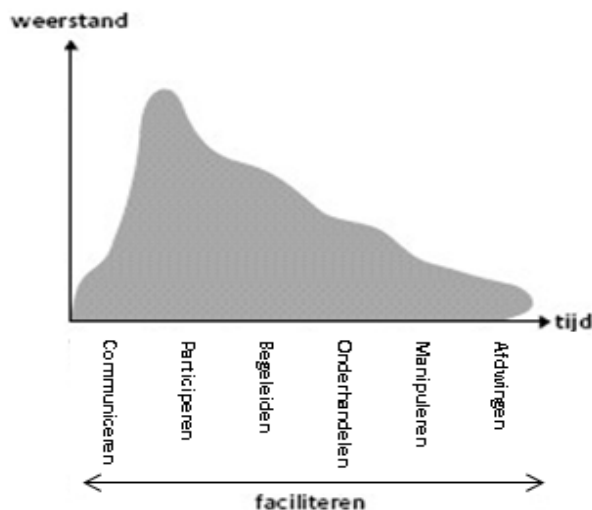
Weerstand tegen verandering kan ontstaan uit verschillende motieven. Weerstand op individueel of psychologisch niveau, sociaal of groepsniveau en organisatieniveau worden onderscheiden. Deze niveaus brengen verschillende weerstandsfactoren met zich mee (Cozijnsen & Vrakking, 2003; Kleijn & Rorink, 2005). Individuele factoren die weerstand oproepen kunnen zijn:

- Angst voor het onbekende;
- Solidariteit naar de wensen van de groep;
- Gebrek aan zelfvertrouwen;
- Persoonlijke behoefte (financieel of emotioneel);
- Wens tot handhaving bestaande situatie.

3.3.2 Omgaan met weerstand

In de literatuur worden verschillende methoden genoemd die achtereenvolgens ingezet kunnen worden bij weerstand bij verandering. Bij iedere vorm van weerstand dient een passende methode

te worden gezocht. Het is van belang dat er inzicht wordt verschaft in de persoonskenmerken van de medewerkers die dienen te veranderen. Zo kan er het beste ingespeeld worden op de weerstand. In het weerstand-strategiemodel in figuur 3 is te zien hoe de verschillende methoden achtereenvolgens toegepast kunnen worden. De curve geeft de mate van weerstand aan en de horizontale as staat voor de verstreken tijd. De genoemde methoden in figuur 3 worden hieronder toegelicht.



Figuur 3. Weerstand-strategiemodel (Cozijnsen & Vrakking, 2003)

Communicatie en educatie

Weerstand kan verminderd worden door heldere communicatie met de medewerkers die hen de noodzaak van de verandering laat inzien. Medewerkers worden van alle verwachtingen op de hoogte gebracht en weten wat hen te doen staat. Er ontstaat geen onduidelijkheid over de verandering en de plaats van de medewerker binnen het verandertraject. Een belangrijke randvoorwaarde voor deze fase is voldoende tijd. Men moet tijd hebben om te wennen aan hetgeen dat komen gaat (Cozijnsen & Vrakking, 2003; Kleijn & Rorink, 2005; Robbins & Judge, 2011). De houding van de manager of *change agent* tijdens het aanleren van de verandering is van wezenlijk belang. Door te coachen wordt betrokkenheid getoond en dit werkt stimulerend, terwijl een toezichthouding averechts kan werken (Rother, 2013).

Participatie en betrokkenheid

Medewerkers laten meedenken en bijdragen aan het veranderdesign, kan een bruikbare methode zijn om weerstand tegen te gaan. Medewerkers voelen zich veilig wanneer zij kunnen participeren. Nadelen zijn dat het veel tijd kan kosten en dat medewerkers hierdoor langer in onzekerheid zitten, wat averechts kan gaan werken en het kan leiden tot een verkeerd of zwak design (Cozijnsen & Vrakking, 2003; Robbins & Judge, 2011).

Begeleiding en ondersteuning

Als duidelijk is dat velen meegaan met de verandering, is het tijd om een methode toe te passen die direct op het individu is gericht. Medewerkers die nog weerstand of aanpassingsproblemen vertonen wordt medegedeeld dat de verandering onontkoombaar is en de noodzaak van mee veranderen wordt helder gemaakt. De verandering betekent verbetering. Er wordt gezocht naar de reden van verzet bij de medewerker, zodat deze gefaciliteerd kan worden (Cozijnsen & Vrakking, 2003).

Onderhandeling

Indien blijkt dat een medewerker of een groep medewerkers met een belangrijke positie niet wil mee gaan met de verandering, dan kan deze methode wellicht uitkomst bieden. Op bepaalde punten kan onderhandeld worden en kunnen er concessies worden gedaan mits deze het doel ondersteunen. Een derde partij kan fungeren als arbiter om de balans van de voordelen en de opofferingen te bewaken (Cozijnsen & Vrakking, 2003).

Manipulatie en coöptatie

Bij deze techniek wordt er duidelijk aangestuurd op de positie van voor- en tegenstanders van de verandering. Om tegenstanders voor zich te winnen, kunnen deze een sleutelrol aangeboden krijgen in het proces. Deze methode kan effectief en goedkoop zijn, maar wanneer het wordt voorzien door medewerkers kan dat voor problemen zorgen (Cozijnsen & Vrakking, 2003; Robbins & Judge, 2011).

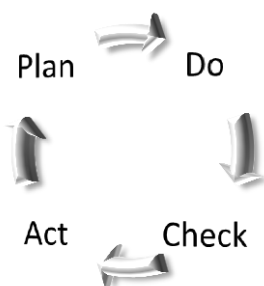
Dwang

Als laatste redmiddel kan dwang worden gehanteerd. Met deze methode worden consequenties aan het weerstandgedrag gekoppeld en zal er definitief een keuze gemaakt moeten worden door de medewerker: mee met de verandering of de consequentie aanvaarden. De bedoeling is om de medewerker alsnog mee te krijgen met de verandering. Een nadeel van deze strategie is, dat het woede kan oproepen en medewerkers zich gezamenlijk tegen het management kunnen gaan verzetten (Cozijnsen & Vrakking, 2003; Kleijn & Rorink, 2005; Robbins & Judge, 2011).

Gedurende al deze fasen van omgang met weerstand is het voorwaardelijk dat het veranderproces op materiele en immateriële wijze gefaciliteerd wordt (Kleijn & Rorink, 2005).

3.3.3 Kwaliteit van de verandering

Een hulpmiddel om de kwaliteit van een proces te waarborgen is de cirkel van Deming, ook wel de PDCA-cyclus genoemd (zie figuur 5). Een methode van cyclische kwaliteitswaarborging is effectiever dan het de eerste keer meteen goed willen doen, omdat er continu naar verbetering wordt gezocht (Sokovic, Pavletic & Kern Pipan, 2010). Bij verandermanagement is de PDCA-cyclus een veelgebruikt hulpmiddel om doelen te bereiken (Rother, 2013).



Figuur 4. Cirkel van Deming

In de cirkel van Deming worden de volgende fasen onderscheiden:

Plan: Wat moet er verbeterd worden en hoe?

Do: Er wordt op kleine schaal gewerkt volgens het opgestelde plan.

Check: Was de verandering een verbetering? Aan de hand van een analyse en evaluatie wordt het plan bijgesteld.

Act: Voer het verbeterde plan uit op grotere schaal (De Roos & Weijs, 2008).

De cirkel van Deming kan worden ingezet op macroniveau, maar ook op microniveau. Dit betekent dat niet alleen de implementatie van het protocol de fasen van de PDCA-cyclus kan doorlopen, maar ook ieder klein aspect van de implementatie. Volgens Rother (2013) heeft het werken met kleine PDCA-cycli voorkeur boven het werken met grote PDCA-cycli. Zo biedt het meer kans tot gedetailleerd leren, kunnen er steeds kleine aanpassingen gemaakt worden wat tijd kan besparen en zal falen op microniveau minder schaden. Dit is ook van toepassing op veranderprocessen; die kunnen door toepassing van kleine PDCA-cycli efficiënter plaatsvinden.

Deel 2: praktijkonderzoek

Het tweede deel van de resultaten omvat het uitgevoerde praktijkonderzoek. In paragraaf 4 worden de gewenste verbeteringen in het voedingsbeleid volgens het management en de medewerkers besproken. In de paragraaf erna wordt het protocol opgesteld. Dan wordt in paragraaf zes de implementatie van het protocol beschreven. In de laatste paragraaf van het hoofdstuk wordt het nieuwe voedingsbeleid getest.

3.4 Werkwijze verhoogde ambiance volgens management en medewerkers

Om de ideeën van de medewerkers en het management ten aanzien van werken met een verhoogde maaltijdambiance te inventariseren, werden er brainstormsessies georganiseerd. Deelnemers aan de brainstormsessies waren personen die een grote betrokkenheid hadden bij de maaltijdmomenten op de afdeling. In de eerste brainstormsessie waren vier voedingsassistentes en vijf verzorgenden aanwezig. De afdelingsmanager en vestigingsdirecteur hadden beiden een eigen brainstormsessie. In tabel 2 zijn de uitkomsten van dit onderzoek opgenomen.

Tabel 2. Passende interventies bij een ambiance verhogend voedingsbeleid volgens het management en de medewerkers

<i>Tafelaankleding</i>	Bestek ^{1,2} Glazen ^{1,2} Servies ^{1,2} Menukaart ¹ Tafelkleed/placemats ^{1,2} Bloemen/planten ^{1,2} Servet ^{1,2} Plateaus met broodbeleg ¹ Geen overbodige zaken ¹
<i>In de ruimte</i>	Muziek ^{1,2} Luxe broodkar ¹ Luxe koffiekar ¹ Geen karren ² Gezellige, rustige uitstraling/ sfeer ^{1,2} Geen rollators ^{1,2} Meer, kleinere tafels ^{1,2} Geen medicijnkar ^{1,2}
<i>Gedragsregels medewerkers</i>	Prettige sfeer bewaken ^{1,2} Gastvrij naar bezoekers ^{1,2} Uitserveren per tafel ^{1,2} Doordachte tafelschikking ^{1,2} Aan tafel bereiden van ontbijt/ lunch ²

	Rustig praten en handelen ² Extra eten/ drinken aanbieden ² Niet met rug naar bewoner ² Niet met elkaar maar met bewoner ² Goed organiseren ²
Overig	Genoeg medewerkers om de bewoners te helpen ¹ Bezoek laten meehelpen ^{1,2} Bezoek laten mee-eten indien aangevraagd ² Bewoner doet zo veel mogelijk zelf ² Delen van medicatie op discrete wijze ^{1,2} Kleding medewerkers huiselijker ²

¹ interventie geopperd door de medewerkers

² interventie geopperd door het management

Hoewel het management meer naar het gedrag van de medewerkers kijkt dan de medewerkers zelf doen, is er eendracht op veel punten. Ook zijn er veel overeenkomsten tussen de interventies voorgesteld tijdens de brainstormsessies en die uit de literatuur.

3.5 Het ambiance verhogend voedingsbeleid

Om de voorgestelde interventies te implementeren werd een protocol opgesteld. Een protocol dient de zorgverlener bij het uitvoeren van zorginhoudelijke handelingen. In tegenstelling tot een richtlijn is een protocol meer leidend dan sturend. De werkwijze wordt stap voor stap beschreven zodat de uitvoering van het onderwerp grotendeels vastligt (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, 2012).

De wensen van de afdeling en bevindingen vanuit de literatuur worden op praktische wijze vertaald in het protocol maaltijdambiance. De eenstemmigheid van de medewerkers, het management en de literatuur schept duidelijkheid over de inhoud van het protocol. Het opgestelde protocol is opgenomen in bijlage 2. De veranderingen in uitvoering die de invoering van het protocol maaltijdambiance teweegbrengt, worden duidelijk in bijlage 3.

3.6 Logboek verandermanagement

Tijdens de introductie en implementatie van het nieuwe voedingsbeleid is er gestuit op weerstand van de medewerkers. Door verschillende methoden toe te passen is getracht deze weerstand te verminderen en om te zetten in veranderbereidheid. Er is gekozen voor het werken met een projectgroep, die moest zorgen voor medewerking van de rest van de collega's. Wel had iedereen op de afdeling toegang tot het protocol. De projectgroep bestond uit alle voedingsassistenten en verzorgenden die vaak voedingsdienst hadden. Communicatie en educatie vanuit het management richtte zich voornamelijk op deze groep. Gedurende de introductie en de implementatie van het nieuwe beleid is een logboek bijgehouden waarin de subjectief beoordeelde weerstand is bijgehouden in relatie tot sleutelmomenten in het project (zie tabel 3). In de tabel is te zien dat de weerstand rondom de start van de verandering wekenlang heeft gepiekt. Toen duidelijk was voor alle werknemers dat het management het werken volgens het protocol maaltijdambiance wilde behouden, daalde de weerstand.

Tabel 3. Logboek verandermanagement

Week	Ω^a (1-10)	K^b (1-10)	Wat	Methode management	Hoe
1	1	n.v.t.	Vorming projectgroep	Participatie en betrokkenheid	Sleutelfiguren aanwijzen
	4	n.v.t.	Inlichten projectgroep over project	Communicatie en educatie	Uitleg door manager
	2	n.v.t.	Brainstormsessie projectgroep	Participatie en betrokkenheid	Ideeën van medewerkers worden toegepast in de verandering
2	3	n.v.t.			
3	4	n.v.t.			
4	5	n.v.t.			
5	6	n.v.t.			
6	3	n.v.t.	Onderwijzen afdeling over project	Communicatie en educatie	Klinische les (zie bijlage 4)
	7	n.v.t.	Teambespreking: weerstand wordt geuit	Begeleiding/ ondersteuning en onderhandeling	Er wordt gezocht naar oplossingen die de weerstand kunnen verminderen, zoals het bieden van een extra medewerker tijdens de maaltijden
	7	n.v.t.	Faciliteren nieuwe beleid	Faciliteren	Een extra medewerker voor de voeding: overplaatsing vanuit de zorg
7	-	n.v.t.	Aankondiging start verandering	Communicatie en educatie/ Participatie en betrokkenheid	Verspreiding van flyers met aankondiging die oproepen tot gezamenlijke inzet (zie bijlage 5)
8	7	9	Start verandering		
	7	9	Onderwijzen afdeling over project	Communicatie en educatie	1 week lang coachen op de werkvloer
9	5	5	Weerstand tegen protocol	Begeleiding en ondersteuning	
10	4	4	Weigering werken volgens protocol	Manipulatie/dwang	Aansturen op positie van diegenen met weerstand
11	3	6	Faciliteren nieuwe beleid	Faciliteren	Toestemming tot de aanschaf van producten die het werken volgens het nieuwe beleid makkelijker maken
12	3	7	Meting effect nieuwe beleid op bewoners	Communicatie en educatie	Resultaten meten om te bespreken
13	2	7	Teambespreking: inlichten over effect nieuwe beleid	Communicatie en educatie	Resultaten en conclusies meting worden besproken
	2	7	Teambespreking: ervaringen met protocol worden besproken	Begeleiding/ ondersteuning en onderhandeling	Er wordt gezocht naar oplossingen die de weerstand kunnen verminderen.
13+	n.n.b. ^c	n.n.b.	Borging	Begeleiding en ondersteuning	Individueel en in teambesprekingen wordt ten minste maandelijks geëvalueerd tot de verandering vanzelfsprekend is
	n.n.b.	n.n.b.	Implementatie op grotere schaal	Communicatie en educatie	Medewerkers die de verandering beheersen kunnen het aanleren

^a gemiddelde geboden weerstand door alle medewerkers met 1 = geen en 10 = zeer hoog, subjectief beoordeeld

^b gemiddelde kwaliteit van de uitvoering van het ambiance verhogend voedingsbeleid met 1 = zeer slecht en 10 = uitstekend, subjectief beoordeeld

^c nog niet bekend, deze strategieën vinden plaats in de toekomst

Na de introductie van het project bij de projectgroep, is te zien dat de weerstand onder de medewerkers langzaam steeg naarmate de tijd vorderde (week 2-6). Na de implementatie van het nieuwe beleid was de verspreiding van het niveau van weerstand groter: sommige medewerkers zagen heil in de verandering, anderen saboteerden het nieuwe beleid. In reactie hierop werd gekozen voor andere managementmethoden: manipulatie en dwang.

De kwaliteit van de uitvoering van het ambiance verhogend voedingsbeleid werd in de looptijd van het logboek subjectief beoordeeld door de onderzoeker. In de tabel is te zien dat een hoge weerstand niet per se hoeft te betekenen dat er een lage kwaliteit werd geleverd. De mate van inspanning van het management/de change agent moest dan wel verhoogd zijn. Deze verhoogde inspanning is op lange termijn niet wenselijk in verband met de kosten die dit met zich meebrengt. Zoals in paragraaf 3.3.1 al duidelijk werd, passen niet alle medewerkers zich even snel aan. Een gemiddelde waarde van kwaliteit van de uitvoering zegt niet veel over de kwaliteit van uitvoering bij een individu. Waargenomen is dat sommige medewerkers snel hun werkwijze rondom de maaltijden aanpasten en dat anderen hiervoor meer tijd nodig hadden. Een langzame toename in de kwaliteit werd opgemerkt, evenredig met de tijd, vanaf week 10.

De toepassing van PDCA-cycli is ook op te maken uit dit logboek. Tijdens de teambespreking in week 6 werd weerstand geuit over de toepasbaarheid van het protocol met het aantal medewerkers dat betrokken was bij de dagelijkse maaltijden. In reactie hierop is er een permanente wijziging in het rooster gemaakt zodat er altijd iemand extra bij de maaltijden aanwezig kan zijn. In week 8 werden de medewerkers een week lang gecoacht en begeleid door de onderzoeker om volgens het protocol te gaan werken. Na die week is er minder weerstand. Door alle kleine PDCA-cycli die in die week voorbij zijn gekomen is er sprake van borging van veel veranderingen, die geen weerstand meer oproepen. Een grote PDCA-cyclus kan ook worden ontdekt: Plan van week 1-7; Do van week 8-11, Check in week 12 en 13; Act in week 13+.

3.7 Effect van het nieuwe voedingsbeleid

Na het opstellen en implementeren van het protocol voor het ambiance verhogend voedingsbeleid, wordt in dit hoofdstuk gekeken naar het effect van het voedingsbeleid op de bewoners. Er wordt gekeken naar de voedingstoestand van de bewoners, de hoeveelheid gegeten voeding tijdens het diner en het gedrag van de bewoners tijdens de maaltijd.

3.7.1 Hoeveelheid voeding en voedingstoestand

Van de 30 bewoners op de afdeling bij de start van het praktijkonderzoek zijn er 24 geïncludeerd. Twee personen waren verplaatst naar een andere afdeling of locatie, twee personen waren overleden, twee aten niet mee van de kant-en-klare maaltijden bij het diner. Bij de deelnemers werd bij aanvang de SNAQ^{RC}-score bepaald en de leeftijd en het geslacht genoteerd (zie tabel 4). De SNAQ^{RC}-scores geven aan 38% van de deelnemers een bevredigende voedingstoestand had (SNAQ^{RC}-

score 0), 29% risico liep op ondervoeding (SNAQ^{RC}-score 1-2) en dat 33% van de deelnemers in mindere of meerdere mate ondervoed was (SNAQ^{RC}-score ≥ 3).

Tabel 4. Kenmerken van de deelnemers bij de nulmeting

	Nulmeting
N	24
Aandeel vrouwen	22
Leeftijd (M $\pm$ SD)	85,1 (7,0)
SNAQ^{RC}-score = 0	38%
SNAQ^{RC}-score = 1-2	29%
SNAQ^{RC}-score ≥ 3	33%

Van de deelnemers werd vervolgens het lichaamsgewicht gemeten, als maat voor de verandering in voedingstoestand, en de hoeveelheid die gegeten werd tijdens het diner (zie tabel 5). Tijdens de eerste vier weken van de interventie is het gemiddelde lichaamsgewicht gelijk gebleven. De gegeten hoeveelheid tijdens het diner is echter significant gestegen met gemiddeld 12,5% ($P = 0,020$). Er werd geen verband gevonden tussen een toename van de hoeveelheid eten en een toename in gewicht, en vice versa: een gedaald of gestegen lichaamsgewicht correleert niet met een afname of toename van de hoeveelheid gegeten voeding tijdens het diner ($r = 0,003$).

Tabel 5. Lichaamsgewicht en hoeveelheid eten gemeten bij de nulmeting en tijdens de interventie (na 4 weken)

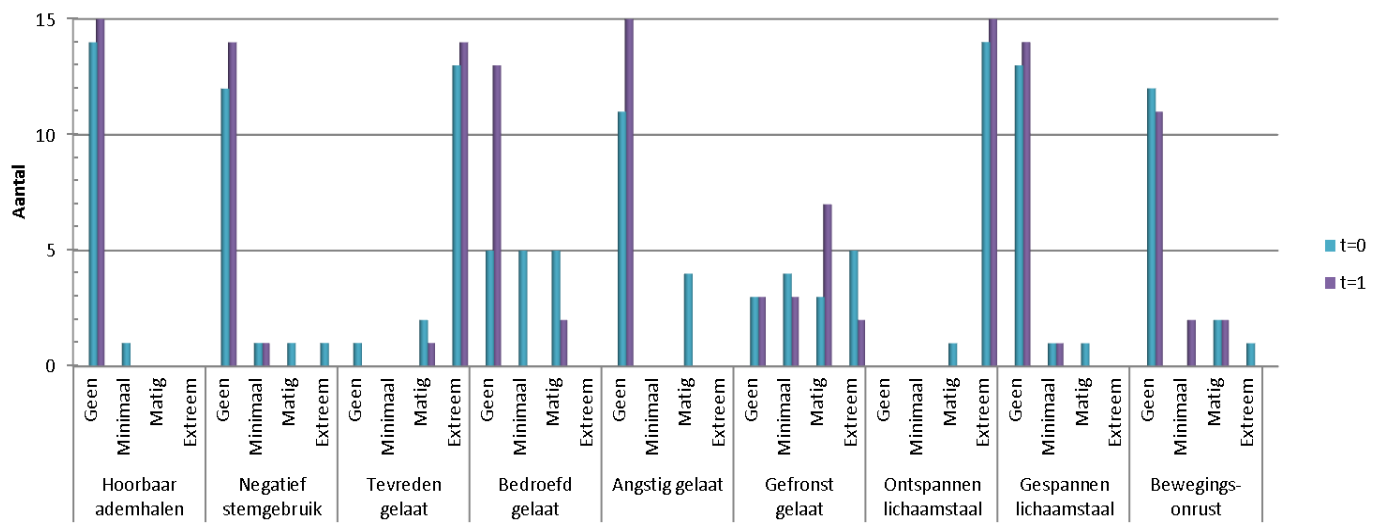
	Nulmeting (n = 24)	Interventie (n = 24)	Verskil	P-waarde
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	
Lichaamsgewicht (kg)	62,0 (11,7)	61,8 (10,9)	-0,2 (2,4)	0,746
Hoeveelheid eten (g)	271 (88)	305 (99)	+34 (68)	0,020*

* Significant verschil tussen nulmeting en interventiemeting ($P \leq 0,05$)

3.7.2 Gedrag en kwaliteit van leven

De resultaten van het observeren van het gedrag van een steekproef van 5 bewoners met de Discomfort Scale- Dementia of Alzheimer Type zijn weergegeven in figuur 5. Uit de grafiek valt op te maken dat er milde verschillen tussen $t = 0$ (nulmeting) en $t = 1$ (interventiemeting) zijn geobserveerd. De gedragingen van de steekproef op $t = 1$ suggereren een iets verhoogde kwaliteit van leven, vergeleken met $t = 0$. De grootste verschillen waren die bij de gelaatstrekken: een bedroefd gelaat, gefronst gelaat en angstig gelaat kwamen op $t = 1$ minder voor dan op $t = 0$. Het verschil in gedrag werd ook door een aantal medewerkers gerapporteerd. Zij gaven aan dat de bewoners zich iets rustiger en minder geagiteerd gedroegen tijdens de maaltijdmomenten, sinds er werd gewerkt volgens het protocol maaltijdambiance.

Gedrag bewoners tijdens maaltijd, voor en tijdens het nieuwe voedingsbeleid



Figuur 5. Het gedrag van de bewoners tijdens de maaltijd, in kaart gebracht met de DS-DAT de nulmeting (t = 0) en na vier weken (t = 1)

4. Discussie

In dit hoofdstuk worden in de eerste paragraaf de methoden en resultaten van het onderzoek aan een kritische reflectie onderworpen. Dan worden in paragraaf 2 aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

4.1 Kritische reflectie

Een interventie die meerdere aspecten van de maaltijdambiance bevordert op psychogeriatrische verpleegafdelingen is in de beschikbare literatuur niet gevonden, wat doet geloven dat dit onderzoek de eerste is in zijn soort. Wel zijn er interventies gevonden waarbij een onderdeel van de maaltijdambiance verbeterd werd bij een demente populatie, door achtergrondmuziek af te spelen, de voeding op een andere manier te verstrekken of door verbale aanmoediging bij het eten (Altus, Engelman & Mathews, 2002; Goddaer & Abraham, 1994; Ragneskog et al., 1996; Shatenstein & Ferland, 2000). Al deze studies lieten een positief resultaat zien in de voedingsinname of kwaliteit van leven van de participanten. Opvallend is dat ook in de studie (interventieperiode van 10 weken) van Shatenstein en Ferland (2000) een toename wordt gevonden in de hoeveelheid die werd gegeten en geen overeenkomstige toename in het gemiddelde lichaamsgewicht van de participanten. Op te merken is dat in dit onderzoek de hoeveelheid voeding in energetische waarden wordt gegeven. De energie-inname nam toe met 369 kcal per dag. Men kan zich afvragen of een toegenomen hoeveelheid eten van 34 gram bij het diner zich vertaalt naar een toename in dagelijkse energie-inname. Wanneer de toename in grammen bij het diner evenredig is met de toename in energie per dag, zou er op basis van de gemiddelde energie-inname bij demente ouderen een toename verwacht worden van ongeveer 200 kcal (Machado, Caram, Frank, Soares Ede & Laks, 2009; Statenstein & Ferland, 2000). Op basis van dit getal zou er na vier weken bij de interventiemeting een gemiddelde gewichtstoename van 0,8 kg verwacht mogen worden. Indien er meer vetten worden genuttigd zal er een flinke toename in energie-inname zijn, maar wanneer vetten juist plaats moeten maken voor laag-energetische voeding zoals groenten, is een hoge toename in energie-inname minder vanzelfsprekend.

Uitgebreide interventies in de maaltijdambiance voor somatische verpleegafdelingen waren wel beschikbaar (Nijs, 2006; Mathey et al., 2001). De onderzoeken die deze interventies beschrijven laten na een langere periode van een jaar een grote toename in het gewicht van de interventiegroep zien, deze toename gaat gepaard met een verbetering van de voedingstoestand. Klaarblijkelijk is een gewichtstoename pas na een langere interventieperiode te verwachten. Allison (1997) stelt dat de handhaving van de voedselinname over een langere periode van tijd kan zorgen voor een stabiel lichaamsgewicht bij ouderen in verzorgingshuizen. Een andere verklaring van de uitgebleven toename in lichaamsgewicht bij de onderzoekspopulaties van demente ouderen kan wellicht in de toekomst komen, wanneer er meer kennis is over de problematiek omtrent de voedingstoestand bij het dementieel syndroom (Poehlman & Dvorak, 2000).

Het aantal bewoners met (risico op) ondervoeding op de afdeling is hoger dan verwacht werd op basis van de meldingen in de literatuur (Halfens et al., 2012; Suominen et al., 2005). Kanttekening is dat de SNAQ^{RC} een punt toekent aan niet zelf kunnen eten. Hierdoor loopt meteen een groot deel van de bewoners risico op ondervoeding, terwijl de praktijk in Steenvoorde uitwijst dat het personeel

dit goed ondervangt. Ook Lin, Watson en Wu (2010) vinden in hun review dat afhankelijkheid tijdens eten geen slechte voedingstoestand hoeft te betekenen.

De implementatie van het protocol is volgens de literatuur goed te noemen omdat er een hoge mate van participatie mogelijk was. De vorming van een projectgroep stond toe dat medewerkers inbreng hadden in de invulling van het nieuwe beleid. Ook lijkt het dat op het juiste moment de technieken manipulatie en dwang zijn toegepast omdat de weerstand na toepassing iets afnam en de kwaliteit van de uitvoering van het ambiance verhogend voedingsbeleid toenam. Hier moet als kanttekening geplaatst worden dat de gerapporteerde cijfers over de gemiddelde kwaliteit van protocolhandhaving en gemiddelde geboden weerstand moeten worden opgevat als een indicatie. De subjectieve beoordeling van deze cijfers van een persoon levert onvoldoende feitelijke informatie op. Om de kwaliteit en de afname van weerstand ten goede te komen had wellicht de communicatie naar de medewerkers beter gekund. De projectgroep leek zich niet altijd bewust van hun functie in de implementatie omdat zij niet expliciet zijn aangemoedigd om de overige medewerkers te stimuleren in het werken volgens het protocol. Ook had eerdere facilitatie van het nieuwe beleid de implementatie wellicht kunnen versoepelen. Echter, door het gebruik van de PDCA-cyclus werd na de start van de verandering duidelijk dat er tijdens de maaltijdmomenten extra medewerkers in de eetruimte aanwezig moesten zijn en dat er extra materiaal benodigd was. Extra weerstand heeft zich mogelijk gemanifesteerd doordat er op korte termijn meerdere veranderingen werden doorgevoerd op de afdeling (Lippitt, Watson & Westley, 1958). Medewerkers lieten doorschemeren dat ze niet blij waren met het extra werk dat ze moesten verrichten door de invoering van het ambiance verhogend voedingsbeleid. Opvallend is dat Nijs (2006) in haar proefschrift noemt dat het soortgelijke voedingsbeleid dat geïntroduceerd werd aan de participerende somatische verpleegafdelingen geen extra werklust met zich meebrengt en dat de medewerkers grotendeels positief staan tegenover het voedingsbeleid. Wellicht is na een korte periode van adaptatie eenzelfde houding tegenover het voedingsbeleid op de psychogeriatrische afdeling van Steenvoorde mogelijk. De forse daling in weerstand in de eerste weken na introductie van het protocol, doet hierin vertrouwen.

De kwaliteit van de uitvoering van het ambiance verhogend voedingsbeleid in de testweken is van groot belang voor de interventiemetingen en daarmee de resultaten van het praktijkonderzoek. De toename in de gegeten hoeveelheid laat zien dat de interventie een positieve invloed heeft op het eetgedrag van de bewoners. Echter, er is geen toename in lichaamsgewicht gevonden. Tijdens de interventiemetingen werd het diner redelijk goed volgens het protocol uitgevoerd (kwaliteit = 7). Het resultaat hiervan was dat er meer werd gegeten. De weken ervoor was de kwaliteit iets lager, met als uitzondering de eerste week waarin gewerkt werd volgens het protocol. Misschien is er een verband tussen enerzijds de kwaliteit van protocolhandhaving en anderzijds de hoeveelheid gegeten voeding en is dit de reden voor de stagnatie van het lichaamsgewicht van de participanten. De gerapporteerde gewichtsafname bij dementiepatiënten na opname op de verpleegafdeling en naarmate de ziekte verder vordert geeft aanleiding voor een andere beschouwing: wellicht moet de stilstand in het gemiddelde gewicht van de participanten niet worden gezien als betreurenswaardig maar juist als succes (Poehlman & Dvorak, 2000). Het gewicht is immers niet gedaald.

Een toename in de hoeveelheid gegeten voeding impliceert een toename in hoeveelheid energie. De hoeveelheid energie is niet gemeten en daarom kan niet met zekerheid gezegd worden dat de deelnemers tijdens de interventiemeting energierijker hebben gegeten. Wel is er aangetoond dat er

meer gegeten is door het wege van het bord, voor en na het eten. De inname is secuur bijgehouden gedurende vijf meetmomenten voor de interventie en vijf meetmomenten na vier weken.

De omstandigheden op de afdeling zijn veranderd, ten opzichte van de nulmeting. Tijdens de nulmeting werd er verbouwd en het kan zijn dat door mogelijke onrust minder gegeten werd dan normaal. Ook was de afdeling tijdens de nulmeting herstellende van ziekte in een quarantaine-situatie. Praktisch gezien betekende deze quarantaine dat medewerkers een mondkapje op hadden en zij daardoor een andere indruk op de bewoners zouden kunnen maken. Een aantal deelnemers was ziek geweest in de dagen voorafgaand aan de nulmeting. Dit zou kunnen betekenen dat zij tijdelijk een afwijkende hoeveelheid aten.

Voor het meten van de kwaliteit van leven is de DS-DAT gebruikt. Deze observatielijst is geschikt voor het in kaart brengen van het welbevinden van de ernstig demente patiënt, verblijvende op een verpleegafdeling. Er is gekozen voor het gebruik van deze lijst omdat er door middel van een korte observatie een beeld geschetst kan worden van het welbevinden van de patiënt. Tevens is deze methode gevoelig voor interventies en gevalideerd in het Nederlands (Schölzel-Dorenbos et al., 2007). Al deze aspecten maakten deze lijst de beste keuze. Helaas wordt er door het gebruik van de DS-DAT geen rekening gehouden met de mate van dementie. Niet alle participanten zijn ernstig dement, dus de lijst is mogelijk niet voor alle participanten valide. In het onderzoeksdesign is niet gekozen voor een blinde opstelling. Het gebruikte design kan zorgen voor vertekening van de resultaten. Verder kan worden opgemerkt dat de steekproef te klein is voor statistische toetsing. Ook is de steekproefgrootte niet representatief voor de populatie. Hierdoor kan er geen concrete uitspraak gedaan worden over de invloed van de interventie op de kwaliteit van leven. Sterke aspecten aan deze meting zijn de herhaling van de observaties, de aselecte benoeming van de steekproef en het scoren van de lijst zonder inzicht te hebben op de eerder gescoorde lijsten.

4.2 Implicaties voor vervolgonderzoek

De metingen van het huidige onderzoek zijn gegeneraliseerd voor alle maaltijden. Inderdaad is door medewerkers gerapporteerd dat het verschil in inname ook groter lijkt bij de broodmaaltijden. Om een eventuele bias uit te sluiten is een uitgebreider onderzoek aan te bevelen, niet alleen wat betreft meetmomenten maar ook qua gemeten waarden, zoals de energie-inname tijdens alle eetmomenten en meerdere antropometrische waarden, bijvoorbeeld de bovenarmomtrek.

Er lijkt een positief verband te zijn tussen een verhoogde voedingsambiance en de voedingstoestand bij demente ouderen. Om daadwerkelijke veranderingen in het gewichtsverloop en voedingstoestand te kunnen bewijzen zal een studie op grotere schaal met een langere interventieperiode uitgevoerd moeten worden in een gerandomiseerde gecontroleerde studie-opzet. Ook een cross-sectionele studie kan verheldering geven over de invloed van een verhoogde maaltijdambiance op de voedingstoestand en kwaliteit van leven demente ouderen. Het grote verloop van bewoners van een psychogeriatrische afdeling brengt in deze opzet geen beperkingen met zich mee. Het gebrek aan fysiologische kennis over gewichtsverlies en energieverbruik bij demente ouderen zorgt voor onbegrip. Toekomstig onderzoek naar de energiestofwisseling bij deze specifieke categorie ouderen wordt aangeraden. Inzicht hierin kan betekenen dat de voedingstoestand meer gecontroleerd kan worden.

5. Conclusie

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen, opgesteld in de inleiding, achtereenvolgens beantwoord op basis van de resultaten van het onderzoek. In de tweede paragraaf wordt de algemene conclusie gegeven.

5.1 Beantwoording deelvragen

De voedingstoestand bij demente ouderen is bijzonder slecht te noemen. Het ziektebeeld dementie gaat samen met een hoger percentage ondervoeding dan bij andere ziektebeelden het geval is in verzorgingshuizen. Symptomen van het ziektebeeld dragen bij aan een verminderde voedselinname en daarmee aan ondervoeding. Experimenten bij somatische bewoners van verpleeghuizen hebben laten zien dat een verbetering in maaltijdambiance een grote invloed kan hebben op de voedingstoestand en kwaliteit van leven bij deze ouderen. Een toename in kwaliteit van leven is ook een veel gevonden uitkomst in ambiance studies bij demente ouderen. In de dementiezorg is de kwaliteit van leven een belangrijke uitkomstmaat.

Om op de verpleegafdeling van Florence Steenvoorde een betere ambiance te creëren tijdens de maaltijden kunnen de maaltijden in *family style* plaatsvinden. Hiermee zijn weinig extra kosten gemoeid en deze setting heeft zich in andere verzorgingshuizen als succesvol bewezen. Om dit te bereiken moet er aandacht zijn voor een rustige en bewonersgerichte sfeer. De literatuur en de medewerkers en het management van Steenvoorde zijn het in grote mate eens over de noodzakelijke veranderingen. Deze staan opgenomen in het opgestelde protocol maaltijdambiance. Bij de implementatie van het protocol moet rekening gehouden worden met de weerstand die zich zal manifesteren. De oorzaken van weerstand kunnen voortkomen uit persoonlijke factoren maar ook op groepsniveau en organisatieniveau kunnen er aanwijsbare factoren zijn. Het is belangrijk dat de weerstand serieus wordt genomen en dat er goed wordt gecommuniceerd over de verandering. Ook is het belangrijk dat de verandering vanaf het begin gefaciliteerd wordt. Achtereenvolgens kunnen de volgende technieken worden gebruikt: participatie, begeleiding, onderhandeling, manipulatie en dwang. Het doel van alle technieken is om medewerkers te laten inzien dat de verandering noodzakelijk is, dat de medewerker zich goed kan voelen bij het nieuwe beleid en dat de medewerker het nieuwe beleid zal moeten accepteren. Om de kwaliteit van een verandering te borgen is de PDCA-cirkel een goed hulpmiddel. Door continu te streven naar verbetering, op kleine of grotere aspecten, kan een steeds hogere kwaliteit worden bereikt en geborgd.

De voedingstoestand van de participanten is slechts voor een klein deel bevredigend. Meer dan de helft van hen loopt risico op ondervoeding of is in mindere of meerdere mate ondervoed. De interventie uitgevoerd op de psychogeriatrische afdeling van Florence Steenvoorde aan de hand van het opgestelde protocol laat zien dat de verhoogde ambiance een statistisch significant positief effect heeft op de voedingsinname van de populatie. Het gewicht van de deelnemers is gelijk gebleven na 4 weken en het gedrag van de deelnemers is niet significant veranderd, maar impliceert een toename van kwaliteit van leven tijdens de maaltijden.

5.2 Algemeen besluit

Het aanpassen van de maaltijdambiance op de psychogeriatrische verpleegafdeling heeft een positief effect op de voedingsinname van de demente ouderen. Hoewel een toename in lichaamsgewicht

niet is gemeten, is te verwachten dat een hogere voedingsinname op langere termijn een positief effect heeft op het lichaamsgewicht en daarmee de voedingstoestand. Een correcte en complete uitvoering van het opgestelde protocol maaltijdambiance is voordeliger voor de hogere voedingsinname. Hoewel met de huidige inzichten in de energiestofwisseling bij demente ouderen nog geen gouden standaard ontwikkeld kan worden voor de verbetering van hun voedingstoestand, is de invoering van een verhoogde maaltijdambiance zeker een belangrijke bijdrage aan preventieve zorg voor ondervoeding. De opzet is onschadelijk voor zowel bewoners als medewerkers, en brengt weinig kosten met zich mee. De mogelijke bevordering van de kwaliteit van leven en voedingstoestand is een goed argument voor de borging van het ambiance verhogend voedingsbeleid.

6. Aanbevelingen voor de praktijk

In dit laatste hoofdstuk zullen op basis van de onderzoeksbevindingen een aantal korte aanbevelingen voor de praktijk worden gedaan. In de inleiding (paragraaf 1.2) werd al geopperd dat het – toen nog te ontwikkelen – ambiance verhogend voedingsbeleid verspreid kon worden over andere verpleegafdelingen binnen Florence. Het werken met een protocol maaltijdambiance bleek erg goed te gaan op de afdeling waar het experiment plaatsvond. Deze aanpak standaardiseert de handelingen van de medewerkers, waardoor een ieder weet wat er moet gebeuren en hoe. Bij de ontwikkeling van het protocol is uitgegaan van een maaltijdsetting in *family style*. Deze setting is erg succesvol voor afdelingen van gemiddelde grootte, maar mogelijk is voor kleinschalige afdelingen met minder dan acht bewoners een additionele alteratie in de maaltijdvoorziening succesvol en goed te implementeren, namelijk koken op de afdeling. Hoewel het protocol algemeen bruikbaar is voor verpleegafdelingen kunnen er dus nog aanpassingen gedaan worden naar de wensen van de afdeling. Kanttekening hierbij is dat deze aanpassingen geen afbreuk mogen doen aan de maaltijdambiance.

Tijdens de implementatie van het protocol is gebleken dat het faciliteren van het beleid van groot belang is. Hierbij moet worden gedacht aan voldoende materiaal, zoals borden en dienbladen, maar minstens zo belangrijk is de personele bezetting. Er wordt aanbevolen dat bij de totstandbrenging van werken volgens het protocol maaltijdambiance een goede inschatting gemaakt wordt van het benodigd aantal medewerkers. De inzet van medewerkers hoeft niet ten koste te gaan van een aanzienlijk deel van het budget van de afdeling; vrijwilligers en mantelzorgers kunnen deels een oplossing bieden, maar er kan ook gekeken worden naar verschuiving van de werkzaamheden van een deel van het zorgpersoneel, rond etenstijd.

Voorts is het belangrijk op te merken dat de invoering van een ambiance verhogend voedingsbeleid kan worden ingezet als aanvullende preventie van ondervoeding. De huidige gangbare voedingszorg kan hierdoor niet vervangen worden.

Een laatste aanbeveling voor de praktijk die een expliciete vermelding verdient is de verspreiding van het protocol over alle verpleegafdelingen in Nederland. Soortgelijke werkwijzen op somatische afdelingen lieten goede resultaten zien en daarom kan er worden gegeneraliseerd voor alle verpleegafdelingen. Een wijdverbreide complementaire aanpak ter preventie van ondervoeding bij ouderen kan een besparing betekenen op de zorgkosten die gepaard gaan bij de huidige omvang van dit zorgprobleem.

Literatuur

- Allison, S. (1997). Weight as an outcome measure in hospital patients and role of catering services. *Nutrition*, 583-584.
- Altus, D. E., Engelman, K.K., & Mathews, R.M. (2002). Using family-style meals to increase participation and communication in persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 47-53.
- Alzheimer Nederland. (2012). *Cijfers en feiten over dementie*. Bunnik: Auteur.
- Van Asselt, D.B.Z, Van Bokhorst-de van der Schueren, M.A.E., & Olde Rikkert, M.G.M. (2010). *Leidraad ondervoeding bij de geriatrische patient*. Utrecht: Academic Pharmaceutical Productions bv.
- Beerens, H.C., Zwakhalen, S.M.G., Verbeek, H., Ruwaard, D., & Hamers, J.P.H. (ter perse). *Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review*. *International Journal of Nursing Studies*.
- Boonstra, J. (2000). *Lopen op water. Over dynamiek van organiseren, vernieuwen en leren*. Amsterdam: Vossiuspers AUP.
- Brummer, R.J.M. (2008). Niveaus van evidence. In Van Duinen, J.J., & Former-Boon, M. *Evidence-based dietetiek* (p. 85). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Campen, C., & Kerkstra, A. (1998). Perceived quality of life of elderly somatic nursing-home patients. Construction of a measuring instrument. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 11-18.
- Van Campen, C., & Kerkstra, A. (1996). Experienced quality of life of somatic nursing home patients: a review of measuring instruments. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 20-28.
- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E.B. (2012). Behavioral and psychological symptoms in dementia. *Frontiers in Neurology*, 1-21.
- Cozijnsen, A.J. & Vrakking, W.J. (2003). *Handboek Verandermanagement*. Deventer: Kluwer.
- Delacorte, R.R., Moriguti, J.C., Matos, F.D., Pfrimer, K., Marchini, J.S., & Ferriolli, E. (2004). Mini-nutritional assessment score and the risk for undernutrition in free-living older persons. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 531-534.
- Denney, A. (1997). Quiet music. An intervention for mealtime agitation? *Journal for Gerontological Nursing*, 16-23.
- Ettema, T.P, Dröes, R-M., De Lange, J., Ooms, M.E., Mellenbergh, G.J., & Ribbe, M.W. (2005). The concept of quality of life in dementia in the different stages of the disease. *International psychogeriatrics*, 353-370.

- Ettema, T., De Lange, J., Dröes, R-M., Mellenbergh, D., & Ribbe, M. (2005). *Handleiding Qualidem Een meetinstrument Kwaliteit van Leven bij mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, versie 1*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Genuchten, S. (2003). *Voeding bij dementie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Goddaer, J., & Abraham, I.L. (1994). Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment. *Archives of Psychiatric Nursing*, 150-158.
- Halfens, R.J.G., Meijers, J.M.M., Meesterberends, E., Van Nie, N.C., Neyens, J.C.L., Rondas, A.L.M., & Schols, J.M.G.A. (2012). *Landelijke Prevalentiemetingen Zorgproblemen*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Kleijn, H., & Rorink, F. (2005). *Verandermanagement*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Kruizenga, H.M. (2010). Screening op ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen: het stoplichtsysteem van de SNAQRC. Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 102-105.
- De Lange, J., & Poos, M.J.J.C. (2007, september 25). *Neemt het aantal mensen met dementie toe of af?* Opgeroepen op maart 21, 2013, van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/dementie/trend/>
- Lin, L-C., Watson, R., & Wu, S-C. (2010). What is associated with low food intake in older people with dementia? *Journal of Clinical Nursing*, 53-59.
- Lippitt, R., Watson, J., & Westley, B. (1958). *The Dynamics of Planned Change, a comparative study of principles and techniques*. New York: Harcourt, Brace & Co.
- Machado, J., Caram, C.L., Frank, A.A., Soares Ede, A., & Laks, J. (2009). Nutritional status in Alzheimer's disease. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 188-191.
- Mathey, M-F.A.M., Vanneste, V.G.G., De Graaf, C., De Groot, L.C.P.G.M., & Van Staveren, W.A. (2001). Health effect of improved meal ambiance in a Dutch nursing home: a 1-year intervention study. *Preventive Medicine*, 416-423.
- Nieuwenhuizen, W.F., Weenen, H., Rigby, P., & Hetherington, M.M. (2010). Older adults and patients in need of nutritional support: Review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clinical Nutrition*, 160-169.
- Nijs, K.A. (2006). *Optimizing the ambiance during mealtimes in Dutch nursing homes* (Proefschrift). Wageningen: Wageningen Universiteit.
- Nijs, K.A., De Graaf, C., Kok, F.J., & Van Staveren, W.A. (2006). Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 1180-1184

- Nijs, K.A., De Graaf, C., Siebelink, E., Blauw, Y.H., Vanneste, V., Kok, F.J., & Van Staveren, W.A. (2006). Effect of family style meals on energy intake and risk of malnutrition in Dutch nursing home residents: a randomized controlled trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 935-942.
- Poehlman, E.T., & Dvorak, R.V. (2000). Energy expenditure, energy intake, and weight loss in Alzheimer disease. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 650S-655S.
- Ragneskog, H., Bråne, G., Karlsson, I., & Kihlgren, M. (1996). Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 11-17.
- Rasheed, S., & Woods, R.T. (2013). Malnutrition and quality of life in older people: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 561-566.
- Robbins, S.P., & Judge, T.A. (2011). *Gedrag in organisaties*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- De Roos, N.M., & Weijs, P.J.M. (2008). Implementatie van evidence-based dietetiek in de praktijk. In Former-Boon, M. & Van Duinen, J.J. *Evidence-based dietetiek* (pp. 106-110). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rother, M. (2013). *Verbeter Kata Handboek*. Lean Management Teachers: Apeldoorn.
- Schölzel-Dorenbos, C.J.M., Ettema, T.P., Bos, J., Boelens-van der Knoop, E., Gerritsen, D.L., Hoogeveen, F., . . . Dröes, R-M. (2007). Evaluating the outcome of interventions on quality of life in dementia: Selection of the appropriate scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 511-519.
- Shatenstein, B., & Ferland, G. (2000). Absence of nutritional or clinical consequences of decentralized bulk food portioning in elderly nursing home residents with dementia in Montreal. *Journal of the American Dietetic Association*, 1354-1360
- Sokovic, M., Pavletic, D., & Kern Pipan, K. (2010). Quality improvement methodologies - PDCA cycle, RADAR matrix, DMAIC and DFSS. *Journal of Achievements in Materials and Manufacturing Engineering*, 476-483.
- Stuurgroep Ondervoeding. (2010). *Richtlijn Screening en behandeling van ondervoeding*. Amsterdam: Auteur.
- Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A., . . . Pitkala, K.H. (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition*, 578-583.
- Tan, S.S., & Koopmanschap, M. (2008). *De kosten van ziekte gerelateerde ondervoeding in Nederland*. Rotterdam: Institute for Medical Technology Assessment.
- The World Health Organisation Quality of Life Group. (1995). The World Health Organisation Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. *Social science & medicine*, 1403-1409.

- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2012, juni 13). *Richtlijnen en protocollen*.
Opgeroepen op mei 8, 2013, van
<http://www.venvn.nl/Dossiers/Richtlijnenenprotocolen/tabid/4946/Articleid/7009/mid/14593/Default.aspx>
- Vilans. (2013). *E-learning: verbeteren van de maaltijdambiance*. Opgeroepen op maart 29, 2013, van
Maaltijd ambiance:
http://leren.vilans.nl/pluginfile.php/154/mod_resource/content/5/Content/index.html
- Voedingscentrum. (2011). *Richtlijnen Voedselkeuze*. Den Haag: Stichting Voedingscentrum Nederland.
- Van Zuylen, C. (2011, juni). Ondervoeding serieus aangepakt. *Stroomlijn*, 8-9.

Bijlagen

1. Observatielijst kwaliteit van leven
2. Protocol maaltijdambiance
3. Het nieuwe voedingsbeleid versus het oude beleid
4. Klinische les relatie ondervoeding en voedingsambiance
5. Aankondiging start ambiance verhogend voedingsbeleid

1. Observatielijst kwaliteit van leven

Discomfort Scale - Dementia of Alzheimer Type (DS-DAT)

Nederlandse versie

© EMGO Instituut, VU medisch centrum, 1997. Aangepaste versie 2008.

Tijdstip begin observatieperiode:.....

Positie: liggend / zittend / staand / lopend /

Beperking: (bv. onrustband, houding waarin de patiënt niet kan bewegen)

Waarnemingen tijdens de 5 minuten observatietijd:

Item met criteria	Score (zet een kruisje in de kolom die van toepassing is) ¹				
	Geen	Minimaal	Matig	Extreem	Nvt
a. Hoorbaar/luidruchtig ademen ² Niet goed klinkende bijgeluiden bij in- of uitademing; de ademhaling lijkt inspannend, moeizaam of afmattend; de ademhaling klinkt luid, krassend of hijgend; moeite met ademen of krachtig pogen een goede gasuitwisseling te bereiken; episodische uitbarstingen van snel ademen of hyperventilatie.					
b. Negatief stemgebruik ² Geluiden of spraak met een negatief of afkeurend karakter; gedempte laagtonige geluiden zoals constant met een keelklank mompelen; monotoon of getemperd geluid of geluid van variërende toonhoogte met een duidelijk onplezierige klank; geluid met een hogere snelheid dan een gesprek, of aanhoudend geluid als bij steunen of kreunen; steeds dezelfde woorden op een treurige toon herhalen; gekwetstheid of pijn uitdrukken.					
c. Tevreden gelaatsuitdrukking Gezicht ziet er aangenaam, kalm uit; rustig, op zijn/haar gemak of sereen; ontspannen gezichtsuitdrukking met ontspannen, niet op elkaar geklemde kaken; over het geheel genomen een vredige uitdrukking.					
d. Bedroefde gelaatsuitdrukking Gekweld kijkend gezicht; ziet er gepijnigd, zorgelijk/bedrukt, verloren of eenzaam uit; bedroefd voorkomen; schuldige blik met diepliggende, glanzende ogen; tranen; huilen.					
e. Angstige gelaatsuitdrukking Bang, bezorgd kijkend gezicht; gehinderde, angstige, of ongeruste uitdrukking; verschrikt uiterlijk met open ogen en een smekend gezicht.					
f. Gefronst gelaat Gezicht ziet er gespannen uit; strenge of norse blikken; ontstemde blik met gefronste wenkbrauwen en plooiën in het voorhoofd; mondhoeken naar beneden.					
g. Ontspannen lichaamstaal Gemakkelijke, open houding; ligt er rustig bij, eventueel "genesteld" of uitgestrekt; spieren lijken normaal gespannen en gewrichten staan niet onder spanning; inactieve, luie of "relaxte" uitdrukking; aanblik van "lekker niks doen"; nonchalant.					
h. Gespannen lichaamstaal Extremiteten vertonen spanning; wringen van de handen, gebalde vuisten, of strak opgetrokken knieën; lichaamshouding ziet er gespannen en inflexibel uit.					
i. Zenuwachtige bewegingen/bewegingsonrust Rusteloze, ongeduldige bewegingen; wriemelen, nerveus handelen; lijkt weg te willen van een pijnlijk gebied; krachtig aanraken van, trekken aan, of wrijven over lichaamsdelen.					

¹Zie instructieblad voor scoringsmethode

²Wanneer u er niet zeker van bent of een geluid respiratoir of vocaal van oorsprong is, maak dan een keuze uit beide items. Scoor dus maar één van beide.

Bewustzijnsniveau: (omcirkel wat van toepassing is)

wakker en alert / wakker / wakker maar slaperig / in slaap vallend / in een lichte slaap / in een diepe slaap

Tegengekomen moeilijkheden/omstandigheden:

.....

.....

Standaardprocedure voor het afnemen en invullen van de DS-DAT

De DS-DAT is een meetschaal voor het meten van het welbevinden van patiënten. Het is belangrijk dat de schaal op een gestandaardiseerde manier wordt afgenomen. De hier beschreven standaardprocedure is gebaseerd op de standaardprocedure die werd gebruikt door de ontwikkelaars van de schaal, en hun mondelinge toelichting daarop.

Voor u begint...

- Neem de DS-DAT bij één en dezelfde patiënt bij voorkeur steeds op ongeveer dezelfde tijdstippen van de dag af (bijvoorbeeld steeds aan het einde van de middag).
- Als eventueel zojuist een gebeurtenis plaatsvond die ongemak kan veroorzaken (zoals omleggen, fysiotherapie etc.), wacht dan vijftien tot dertig minuten voor met de observatie te beginnen. Het gaat erom het 'eigen' (on)welbevinden te bepalen, geen reactie op een interventie of situatie.

Aanwijzingen

- Volg deze standaardprocedure. Het is belangrijk dat de afname van de DS-DAT steeds op dezelfde wijze gebeurt. Als namelijk de observatie zelf het gedrag zou beïnvloeden, gebeurt dit tenminste telkens op dezelfde wijze.
- Observeer de patiënt waar u hem/haar aantreft (woonkamer, in bed, etc.). Maak een slapende patiënt niet wakker; pas de DS-DAT dan toe bij de slapende patiënt. Wanneer de patiënt rondloopt, verplaats u dan geleidelijk met de patiënt mee.
- Verander het gedragspatroon van de patiënt niet en reageer neutraal op eventuele verbalisaties. Doe niets dat een reactie van de patiënt kan uitlokken.
- Als een patiënt verandert van gedrag en negatief op uw aanwezigheid reageert, verlaat dan de ruimte en probeer het vijftien minuten later nog eens. Eventueel observeert u de patiënt nu van een afstand. Vermeld dit dan bij het onderdeel "tegengekomen moeilijkheden/omstandigheden".
- Registreer objectief voor elk item slechts volgens de bij dat item genoemde criteria; interpreteer dus niet, omdat de betekenis van gedrag van demente personen anders kan zijn dan bij niet demente personen. Het gaat erom zo objectief mogelijk de score te bepalen aan de hand van de criteria.

Voorbereiding en uitvoering

Lees eerst de gedragsitems goed door, en neem ze in u op.

Glimlach en introduceer uzelf. Zeg op een vriendelijke manier zoiets als: "Dag mevrouw (meneer)...., ik ben, en ik kom even bij u zitten". De intonatie, niet wát u zegt, is belangrijk.

Ga op een stoel bij de patiënt zitten. Verplaats de stoel geleidelijk naar de patiënt, zo, dat u de gezichtsuitdrukkingen, extremiteiten en geluiden van de patiënt goed kunt observeren.

Kijk op uw horloge en noteer het begin van de observatieperiode op het formulier.

Observeer 5 minuten.

Omcirkel wat van toepassing is bij positie (liggend, zittend, staand, lopend, of anderszins) en bij beperking (bv. onrustband, houding waarin de patiënt niet kan bewegen).

Zeg: "Ik zal enkele minuten bij u blijven, en een paar dingen op dit papier schrijven".

Scoringswijze items

Kruis per item aan wat van toepassing is. Maak voor de keuze van de juiste kolom gebruik van de tabel op de volgende pagina.

Met aankruisen begint u gedurende de observatieperiode; eventueel kunt u een itemscore herzien door het eerder aangekruiste door te strepen, en alsnog een kruisje in de juiste kolom te zetten.

Alle items moeten gescoord worden. Een onvolledige lijst is van weinig nut.

Alle items zijn onafhankelijk; laat u bij het invullen van een bepaald item niet leiden door de score op een ander item.

Aan het einde van de observatieperiode controleert u of u alle items hebt gescoord.

Op basis van uw observaties van de patiënt, omcirkelt u nu het bewustzijnsniveau dat van toepassing is.

Scoringsmethode van items:

Geen: deze categorie wordt aangekruist wanneer geen van de bij dit gedragsitem beschreven termen

betrekking hebben op de patiënt.

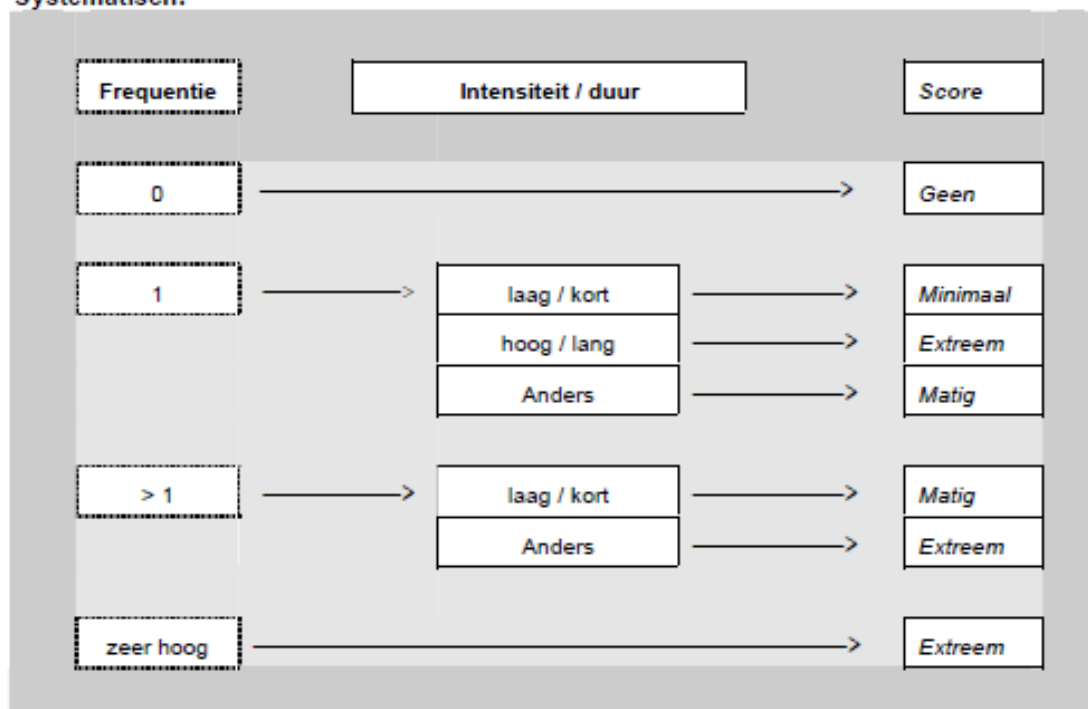
Minimaal: minimaal betekent dat tenminste één van de omschrijvingen van het item is waargenomen (frequentie=1) en dat het een zeer lage intensiteit had en dat het slechts voor zeer korte tijd aanwezig was.

Matig: wanneer een gedragskenmerk aanwezig is, maar in sterkere mate dan omschreven bij "minimaal", en in geringere mate dan "extreem".

Extreem: wanneer één van de beschreven gedragskenmerken aanwezig is met grote intensiteit gedurende de gehele observatieperiode. "Extreem" is ook van toepassing als meerdere beschrijvingen van toepassing zijn, die of van lage intensiteit, of van korte duur mogen zijn. Verder wordt "extreem" gebruikt als bijna de gehele beschrijving van het gedrag van toepassing is.

Nvt: alleen wanneer een item niet gescoord kan worden (bv. droevige gezichtsuitdrukking bij een patiënt die slaapt, of luidruchtig ademen bij een patiënt die beademd wordt), kruis dan de kolom "nvt" aan, en vermeld de omstandigheden onderaan de pagina.

Systematisch:



2. Protocol maaltijdambiance

I. Ruimte prepareren voor de maaltijd

Reinig de tafelbladen en zorg voor een rustige en sfeervolle achtergrondmuziek. Kies niet altijd dezelfde cd.

II. Tafel dekken

Dek altijd, voordat het eten opgediend wordt, de tafels waaraan bewoners komen te zitten. De volgende items worden netjes neergelegd:

Item	Plaats
Tafellaken/ placemat	Over gehele tafel/ recht voor de bewoner
Volledig bestek	Rechts van het bord, met van buiten naar binnen: lepel (indien nodig)-mes-vork
Servet	Onder het bestek
Drinkglas	Boven het bestek
Tafelplant	Midden op de tafel

III. Ontvangen van bewoner

Bewoners worden naar hun vermeende wens aan een tafel geplaatst. Bewoners die graag kletsen bij elkaar, stille bewoners bij elkaar en hulpbehoevende bewoners bij elkaar, etc. Bewoners zitten NOOIT alleen aan tafel, tenzij zichzelf (of mantelzorgers) aangeven dit te willen. Rollators worden buiten de ruimte geplaatst.

IV. Gedrag medewerkers/ vrijwilligers tijdens de maaltijd

De ambiance in de ruimte is voor een groot deel afhankelijk van de personen die zich erin begeven. Daarom is het van belang dat bezoekers van de ruimte (medewerkers, vrijwilligers, mantelzorgers) allemaal hun steentje bijdragen aan een rustige, sfeervolle maaltijd. In acht genomen moet worden:

1. Tijdens de maaltijd wordt de ruimte alleen gebruikt voor maaltijd-gerelateerde activiteiten.
2. Medicatie wordt op voorhand uitgedeeld en de medicijnkar is niet welkom tijdens de maaltijd. Indien een bewoner zijn/haar medicatie nog moet ontvangen, gaat dit op discrete wijze.
3. Plastic schorten worden niet gedragen tijdens de maaltijd.
4. De rust wordt gehandhaafd: overleg tussen medewerkers is discreet en de stem wordt nooit verheven. Een bewoner die de rust van anderen verstoort dient verder te eten in een (andere) huiskamer.
5. Er worden geen karren gebruikt tijdens de maaltijd in de ruimte waarin gegeten wordt.
6. Er wordt met rustige pas gelopen tijdens de maaltijd.
7. In- en uitloop van personen wordt niet op prijs gesteld tijdens de maaltijd.
8. Er wordt een praatje gemaakt met de bewoners.
9. Er wordt niet negatief gepraat over het eten dat de bewoners nuttigen.
10. Bewoners worden niet onderbroken tijdens het eten.

V. Gedrag bezoekers tijdens de maaltijd

1. Bezoekers worden geacht de rust te respecteren, zie ook IV-4.
2. Mee-eten kan, maar wordt van tevoren besproken.
3. Bezoekers wordt verzocht mee te helpen tijdens de maaltijd.
4. Bezoekers krijgen wat te drinken aangeboden.

VI. Bewoners voorzien van eten

Op een grote afdeling is het niet mogelijk om met iedere bewoner tegelijkertijd bezig te zijn. Probeer dit ook niet en werk per tafel. Indien een bewoner vraagt wanneer hij/zij aan de beurt is, verontschuldig je en vertel dat diegene straks lekker eten krijgt. Probeer zoveel mogelijk collega's te betrekken bij de maaltijd en verdeel de taken vooraf met elkaar.

Van

Bij de broodmaaltijd



1. De maaltijd begint wanneer iedereen aan tafel zit.
2. Er wordt gestart met een minuut stilte voor de maaltijd.
3. Neem het plateau met broodmand en beleg mee en een bord voor elke bewoner.
4. Ga bij de bewoners aan tafel zitten.

Tot



5. Vraag aan een ieder wat hij/zij wil eten en drinken.
6. Schenk het drinken in voor de bewoners.
7. Maak de bestelling en zet het bord rustig neer voor de bewoner en wens hem/haar eet smakelijk OF

&

Vanaf



6. Laat een meer zelfstandige bewoner voor zijn/haar eigen broodmaaltijd zorgen en wens hem/haar eet smakelijk.
7. Neem het plateau met brood en beleg weer mee en ga verder naar de volgende tafel.
8. Ga zo alle tafels langs.
9. Bied bij alle tafels nog wat te eten en drinken aan.
10. Indien een ieder genoeg heeft gehad, ruim de tafel af.
11. De huiskamers staan na 10 uur niet meer in het teken van het ontbijt. Een bewoner die nog moet ontbijten, doet dit in de eigen kamer of in de huiskamer waar een plek ingericht wordt met placemat en ontbijtbestek en -servies.



Bij de soep

1. Schenk de soep in kommen (houd rekening met slikklachten).
2. Plaats de kommen op een plateau.
3. Serveer de kommen uit per tafel.
4. Breng bij elke tafel soep en continueer dan met het brood.



Bij de warme maaltijd

1. Verzorg het drinken van de bewoners.
2. Bespreek met je collega's wie voor welke tafel zorgt.
3. Er wordt gestart met een minuut stilte voor de maaltijd.
4. Prepareer de borden: schenk de saus over het eten en maak de salade eet klaar.
5. Breng de borden per tafel aan de bewoners. De kar is gesorteerd op alfabetische volgorde. De borden worden rustig neergezet en de bewoner wordt eet smakelijk gewenst.
6. Alleen de borden worden gebracht, niet het plateau, het deksel of de sausbakjes.
7. Bewoners die even moeten wachten op hulp bij het eten krijgen hun bord op tafel met deksel.
8. Ruim de borden af.
9. Bied een dessert aan.
10. Ruim de tafels af: de maaltijd is afgelopen.



Bij de koffie

1. Bied per tafel koffie en thee aan.
2. Schenk de bestelling in per tafel en plaats deze op een plateau.
3. Serveer de koffie uit: zet het kopje rustig neer met het oortje aan de rechterkant.
4. Bied melk en suiker aan: zelfstandige bewoners kunnen zelf hun koffie op smaak brengen.
5. Bied een koekje aan.
6. Herhaal voor een tweede ronde.



3. Het nieuwe voedingsbeleid versus het oude beleid

Nieuw beleid	Oud beleid
Een bewoner die de rust van anderen verstoort dient verder te eten in een (andere) huiskamer.	Een bewoner die de rust van anderen verstoort dient verder te eten in een (andere) huiskamer.
Er wordt een praatje gemaakt met de bewoners.	Er wordt een praatje gemaakt met de bewoners.
Bewoners worden niet onderbroken tijdens het eten.	Bewoners worden niet onderbroken tijdens het eten.
De tafels zijn gedekt met een kleed/placemats, volledig bestek, drinkglas, tafelplant en servet.	Sommige tafels zijn meestal gedekt met een kleed/placemats, mes en vork, drinkglas en servet en op een aantal tafels staat een tafelplant. Het verschilt van dag tot dag.
Er wordt rustige achtergrondmuziek afgespeeld.	Af en toe staat er muziek op, meestal niet.
Rollators worden buiten de eetruimte geplaatst.	Rollators worden buiten de eetruimte geplaatst als ze in de weg staan.
Tijdens de maaltijd wordt de ruimte alleen gebruikt voor maaltijd-gerelateerde activiteiten.	Tijdens de maaltijd wordt de ruimte meestal alleen gebruikt voor maaltijd-gerelateerde activiteiten.
Plastic schorten en gele hesjes worden niet gedragen tijdens de maaltijd.	Plastic schorten worden niet gedragen tijdens de maaltijd, gele hesjes worden gedragen indien er nog medicijnen gedeeld worden tijdens de maaltijd.
Bezoekers zijn welkom, mits zij van het begin tot het eind van de maaltijd in de ruimte zijn.	Bezoekers zijn welkom.
Mee-eten kan, maar wordt van tevoren besproken.	Medewerkers zijn onzeker over wat het bezoek wel en niet mag.
Bezoekers worden aangemoedigd mee te helpen tijdens de maaltijd.	Bezoekers worden aangemoedigd mee te helpen tijdens de maaltijd indien de medewerker de bezoeker kent.
Bezoekers krijgen wat te drinken aangeboden.	Medewerkers zijn onzeker over wat het bezoek wel en niet mag.
Bewoners ontvangen bij de warme maaltijd een bord met eten.	Bewoners ontvangen bij de warme maaltijd een bord met eten en soms ook een plateau, een schriftelijke beschrijving van het eten, een sausbakje en een deksel.
Bij de koffie en thee wordt altijd een koekje aangeboden.	Bij de koffie en thee wordt meestal een koekje aangeboden.
Er wordt een tweede ronde aangeboden bij drankjes en broodmaaltijden.	Er wordt soms een tweede ronde aangeboden bij drankjes en broodmaaltijden.

[Tabel gaat verder op volgende pagina]

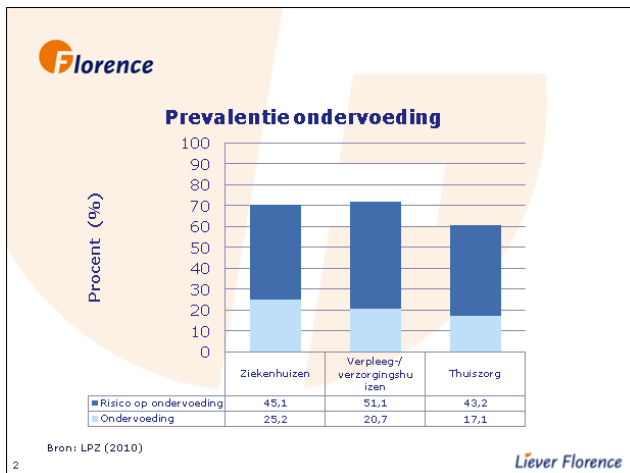
Nieuw beleid	Oud beleid
De maaltijd begint wanneer een tafel compleet is.	De maaltijd begint voor iedere bewoner wanneer hij/zij het eten heeft ontvangen.
Het brood wordt aan tafel bereid.	Het brood wordt aan het aanrecht bereid.
Zelfstandige bewoners doen zo veel mogelijk zelf.	De medewerker zorgt voor iedereen.
Het drinken wordt ingeschonken voordat de bewoner de maaltijd ontvangt.	Bewoners krijgen soms na het eten te drinken.
Eten en drinken wordt met beleid en gebruiksklaar neergezet.	Eten en drinken wordt soms met veel geluid op tafel gezet en bewoners moeten moeite doen om een kopje om te draaien om het oortje te pakken.
Elke tafel eet gezamenlijk.	Ieder aan tafel eet voor zich; maaltijden worden niet verstrekt aan een hele tafel maar een ieder moet op zijn beurt wachten.
De warme maaltijden in de kar zijn gesorteerd op alfabetische volgorde.	De warme maaltijden in de kar zijn niet gesorteerd op alfabetische volgorde.
Koffie en thee wordt uitgeserveerd vanaf een plateau, per tafel.	Koffie en thee wordt ingeschonken op een koffiekar, per persoon.
De tafels zijn schoon bij aanvang van de maaltijd.	De tafels worden niet speciaal schoongemaakt voor de maaltijd.
Er wordt nagedacht over de tafelschikking vanuit de bewoner: bewoners die graag kletsen zitten bij elkaar, bewoners die hulp nodig hebben zitten bij elkaar, etc.	Bewoners worden geplaatst daar waar plek is en waar de rolstoel niet in de weg staat. Enkele bewoners naar hun persoonlijke voorkeur. Het komt vaak voor dat bewoners alleen zitten of niet met personen aan tafel waarmee ze kunnen praten.
Er worden geen karren gebruikt tijdens de maaltijd, er wordt gewerkt met plateaus.	Er worden karren gebruikt tijdens de maaltijd: voor de soep, koffie, afruimen en toetjes.
Medicatie wordt op voorhand uitgedeeld en de medicijnkar is niet welkom tijdens de maaltijd. Indien een bewoner zijn/haar medicatie nog moet ontvangen, gaat dit op discrete wijze.	Medicatie wordt deels op voorhand uitgedeeld en tijdens de broodmaaltijd is de medicijnkar wel eens te vinden in de eetruimte. Indien een bewoner zijn/haar medicatie nog moet ontvangen, gaat dit niet op erg discrete wijze.
De rust wordt gehandhaafd door de medewerkers: overleg tussen medewerkers is discreet en de stem wordt nooit verheven.	Medewerkers zorgen voor onrust. Overleg vindt plaats door naar een collega te schreeuwen en zaken die discretie behoeven worden hardop en in het bijzijn van medewerkers lopen hoorbaar en snel.
Er wordt met rustige pas gelopen door de medewerkers.	Medewerkers lopen hoorbaar en snel.
Er wordt niet negatief gepraat over het eten dat de bewoners nuttigen.	Er wordt vaak negatief gepraat over het eten dat de bewoners nuttigen, in het bijzijn van de bewoners.

Groen: het nieuwe en oude beleid zijn gelijk aan elkaar, verandering is niet nodig.

Oranje: het nieuwe en oude beleid verschillen licht tot matig van elkaar, verandering is nodig.

Rood: het nieuwe en oude beleid verschillen sterk van elkaar, verandering is nodig.

4. Klinische les relatie ondervoeding en voedingsambiance



Florence

Onderwerpen

- Wat is ondervoeding?
- Wat zijn de gevolgen van ondervoeding?
- Wat is de reguliere aanpak van ondervoeding?
- Verdere professionalisering van de voedingszorg

Liever Florence

Florence

Wat is ondervoeding?

- Een te laag gewicht voor de lengte EN/OF
- Een **ongewenste** substantiele afname van gewicht in korte tijd OF
- Een **ongewenste** langzame en voortdurende afname van gewicht:
- *Het lichaam verkeert in een afbraakfase. Indien niet terminaal is dit ongewenst!*

Liever Florence

Florence

Gevolgen van ondervoeding (1)

Medisch:

- Daling van de weerstand;
- Daling van het lichaamsgewicht en spiermassa;
- Verhoogde kans op complicaties;
- Hogere zorgcomplexiteit;
- Verhoogd medicijngebruik;
- Langzamer herstel;
- Onafhankelijke risicofactor voor overlijden!!!

Liever Florence

Florence

Gevolgen van ondervoeding (2)

Anders:

- De kosten: 300 miljoen – 1,7 miljard euro per jaar
- Afname van kwaliteit van leven!!!

Liever Florence

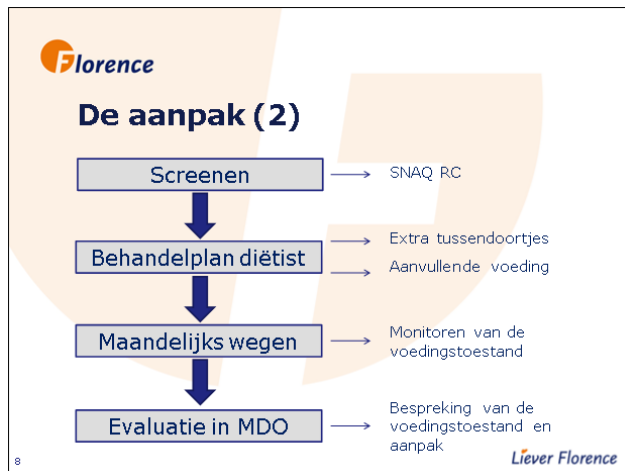
Florence

De aanpak (1)

Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding in verpleeg- en verzorgingshuizen

www.stuurgroepondervoeding.nl

Liever Florence



Florence

De aanpak (3)

- Bewoner is afhankelijk van het voedingsbeleid;
- Voel je verantwoordelijk;
- METEN = WETEN
- Vul bij vermoeden van afwijkende inname vocht- en voedingslijsten in!

9 **Liever Florence**

Florence

Verdere professionalisering van de voedingszorg (1)

Associaties:

- Lekker eten
- Gezelligheid
- Gevoel van eigenwaarde
-

10 **Liever Florence**

Florence

(2)

Wat blijkt:

- Voedingsinname ↑
- Ondervoeding ↓
- Kwaliteit van leven neemt niet verder af (verschil van 10%!!);
- Somatische bewoners verkiezen een betere ambiance boven een oud voedingsbeleid

Bron: Proefschrift Nijs (2006)

11 **Liever Florence**

Florence

(3)

Specifiek voor demente ouderen:

- Agitatie ↓
- Participatie ↑
- Relevante communicatie ↑
- Voedingsinname ↑
- Dus: **ook deze groep reageert goed op een andere omgeving**

12 **Liever Florence**



Vanaf maandag 22 april gaan we op de afdeling van start met de nieuwe

maaltijdambiance



Met de steun van alle medewerkers willen we de bewoners vanaf dan bewust voorzien van een gezellige en rustige sfeer tijdens de maaltijdmomenten.

Help jij ook mee?



Liever Florence

