

G

Projecten ter bevordering van de ambiance tijdens de maaltijden in Nederlandse verpleeghuizen: bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie

Kristel Nijs^a, Vincent Vanneste^b, Kees de Graaf^c, Wija van Staveren^d

Samenvatting

In veel verpleeghuizen worden de maaltijden niet in een huiselijke of gezellige sfeer uitgeserveerd. In dit onderzoek wordt nader onderzocht welke projectvormen er binnen de verpleeghuizen toegepast worden om de maaltijden in een gezellige sfeer te laten plaatsvinden en welke de bijhorende bevorderende en belemmerende factoren bij deze projectvormen zijn. Er werden zestien verpleeghuizen gevonden met drie verschillende ambianceprojectvormen: restaurant (n=6), koken op de afdeling (n=4) en huiskamerambiance (n=6). Deze drie ambianceprojectvormen beïnvloeden de maaltijdambiance positief. Ze werden door de bewoners, het management en het personeel als succesvol ervaren. Goede medewerking en motivatie van het personeel, voldoende ruimte en managementondersteuning werden aangeduid als bevorderende factoren. Daarentegen werden afwezigheid van motivatie en medewerking van het personeel, onvoldoende financiën en personeelstekort aangeduid als belemmerende factoren.

Bewoners hechten veel belang aan het sociale contact tijdens de maaltijd en aan de aankleding van de ruimte waarin zij de maaltijd gebruiken. Ook vinden zij keuzevrijheid over het menu belangrijk.

Summary: Project models to improve the ambiance during mealtimes. In many Dutch nursing homes, meals are not served in a cozy setting. This study makes an inventory of project models used in nursing homes to improve the ambiance during mealtimes and identifies the beneficial factors (incentives) and barriers of the meal ambiance models. Three different meal ambiance project models were found: restaurant, cooking on the nursing ward and bulkmeals. Each of the three models was experienced as a success by the nursing home inhabitants, the nursing home management and the staff. They pointed out that the cooperation and motivation of staff, sufficient space and management support were the most important beneficial factors of the project models. The most important barriers were absence of cooperation and motivation of the staff, insufficient finances and insufficient personnel.

Trefwoorden: ouderen, voeding, ambiance
Tijdschr Gerontol Geriatr 2003;24:246-53

Dit onderzoek is gesubsidieerd door ZonMW projectnummer 2420.0021

^a Drs. K. Nijs, Verplegingswetenschapper, Afdeling Humane Voeding, Wageningen Universiteit, Wageningen

^b Drs. V. Vanneste, Verpleeghuisarts, Zorgcentrum Tilburg Zuid, Tilburg

^c Dr. C. de Graaf, Universitair hoofddocent voedingsgedrag, Afdeling Humane Voeding, Wageningen Universiteit, Wageningen

^d Prof. W.A. van Staveren, hoogleraar voeding van de oudere mens, Afdeling Humane Voeding, Wageningen Universiteit, Wageningen

Correspondentie:

Drs. K. Nijs, Afdeling Humane Voeding, Wageningen Universiteit, Postbus 8129, 6700 EV Wageningen. E-mail Kristel.nijs@wur.nl

Achtergrond

De voeding en voedingstoestand van veel bewoners in Nederlandse verpleeghuizen zijn zorgelijk.^{1,2} Uit onderzoek blijkt dat meer dan 50% van de bewoners te weinig wateroplosbare vitaminen (vitaminen van het B-complex en vitaminen C) krijgt en dat zeker 30% van de mensen die opgenomen worden, ondervoed is.^{1,3} Een slechte voedingsstatus of ondervoeding leidt niet alleen tot ongewenst gewichtsverlies maar ook tot een hogere morbiditeit, een hogere mortaliteit en een lagere kwaliteit van leven.^{4-6,7} Onder ondervoeding wordt verstaan een lichamelijke toestand voortkomend uit een tekort aan voedingsstoffen, gepaard gaand met gewichtsverlies en verminderde biologische functie.⁸

Naast de biologische noodzaak heeft de maaltijd ook een sociale betekenis.⁹ Eten kan zeer aangenaam of zeer onaangenaam zijn. Zo kan het nuttigen van een maaltijd in ongunstige sociale omstandigheden de eetlust bederven, men kan er te weinig door gaan eten. Uit de resultaten van Amerikaanse en Nederlandse studies blijkt dat de voedselinneming tijdens een maaltijd stijgt naarmate er meer 'disgenoten' zijn en dat eenzelfde maaltijd beter smaakt in een gezellige omgeving dan in een ongezellige.¹⁰

Aangetoond is dat wanneer de maaltijd in een huiselijk sfeer plaatsvindt demente verpleeghuisbewoners een grotere betrokkenheid vertonen en dat ze meer communiceren tijdens de maaltijden.¹³ Tevens nemen agitatie en onrust bij deze bewoners af wanneer er tijdens de maaltijd ontspannende muziek te beluisteren valt.^{14,15} Hierdoor heerst er een aangenamere en rustigere sfeer tijdens de maaltijd.

De maaltijden in de Nederlandse verpleeghuizen zijn in het algemeen geen sociaal gebeuren, omdat de huiselijkheid en gezelligheid tijdens het eten dikwijls ontbreken.¹⁷ In 80% van de instellingen wordt de maaltijd gepreportioneerd opgediend.¹⁷ Dit houdt in dat de volledige maaltijd op één dienblad aangeboden wordt en dat de warme maaltijd uitgeserveerd wordt op een drievakbord. De bewoner kan meestal kiezen of hij op zijn kamer eet of in de gemeenschappelijke zitkamer van de verpleegafdeling. Deze wijze van opdienen gecombineerd met een ongezellige omgeving werkt niet stimulerend op de eetlust en het eetgenot van de oudere en doet afbreuk aan de sociale functies van de maaltijd. In de Nederlandse vakliteratuur verschijnen, zij het sporadisch, beschrijvingen van verpleeghuizen die werken aan eetlustbevorderende projecten.¹⁸ Voedingsassistenten krijgen een belangrijke rol toebedeeld in de voedingsorganisatie, waardoor zij de schakel vormen tussen de cliënt, de eerstverantwoordelijke verzorgende en de keuken.¹⁸ Er zijn verpleeghuizen die een mobiele keuken hebben aangeschaft om zo de smaak en geurbeleving te optimaliseren.²⁰ Op deze wijze trachten deze huizen het nuttigen van de warme maaltijd weer tot een gezellig moment te maken. Het is echter nog niet duidelijk onder welke voorwaarden dergelijke projecten succesvol zijn. In een gecontroleerde interventiestudie van Mathey et al. werden door middel van verschillende maatregelen de brood- en de warme maaltijden in een Bredaas verpleeghuis gezelliger gemaakt.²¹ Dit leidde tot een gewichtstoename van gemiddeld 3,3 kg en het op peil blijven van het welzijn van de cliënten gedurende een periode van twaalf maanden. De bevindingen uit het rapport van de gezondheidsinspectie, de signalen uit de Nederlandse vakliteratuur en de veelbelovende resultaten van Mathey et al. zijn aanleiding geweest voor de onderhavige studie. Deze studie heeft zich tot doel gesteld bestaande maaltijdambianceprojecten in de Nederlandse verpleeghuizen te inventariseren en tevens de bijhorende bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie ervan te identificeren.

Methode en materialen

Voor de beschrijving van de projectvormen en het identificeren van de bevorderende en de belemmerende factoren werd in dit onderzoek gebruik gemaakt van het 'process or implementation analysis design'. Dit is voornamelijk gericht op het beschrijven van de interventie en de invoering ervan.²² Op basis van deze methode werd er een gestructureerde vragenlijst ontwikkeld voor het interview. Onder een maaltijdambianceproject werd verstaan: projecten die verandering van de maaltijd omgeving en -sfeer of veranderingen in de opdienwijze van de maaltijd of veranderingen in de personeelsinzet inhouden, met als doel de maaltijd gezelliger te maken.

Werving instellingen en contactpersonen

De volgende strategieën werden gebruikt om de verpleeghuizen op te sporen: het doorzoeken van de databanken 'Zorgvernieuwing' en 'Bejegening' van Prismant, de databank van de multidisciplinaire werkgroep 'vocht- en voedingvoorziening in verpleeghuizen' van Arcares (Arcares, 2002), het plaatsen van een oproep in het tijdschrift Prismant Magazine (nr. 4 jan 2001 pp23) en doorverwijzingen van collegae en verpleeghuisdeskundigen.

Met deze methode werden dertig adressen geïdentificeerd met een eventueel maaltijdambianceproject. Vervolgens werd nagegaan welke instellingen voor het onderzoek in aanmerking kwamen aan de hand van de volgende inclusiecriteria: het project was gestart na 1995, het was nog steeds van toepassing en de verandering was in de vorm van een project ingevoerd en niet geleidelijk aan door de jaren heen, wat schriftelijk moest worden aangetoond. Voorts werd nagegaan of de instelling bereid was om mee te werken aan het onderzoek. Alle instellingen werden door één onderzoeker (KN) bezocht. Tijdens het bezoek aan de instelling werd van het management, de verzorging, de facilitaire dienst en de cliëntenraad één persoon geïnterviewd, waaronder de projectleider. Tevens werd getracht om per verpleeghuis drie bewoners, die rechtstreeks betrokken waren bij het project, te interviewen. Onder het management worden in deze studie de leden van de algemene directie of de kaderleden verstaan.

Het interview

Het uitgangspunt van het interviewen van deze vijf verschillende groepen was, dat de bewoner/cliënt (micro-), het personeel (meso-) en het management (macroniveau) van de instelling bij de voedingszorg betrokken zijn.²³ Het interview bestond uit een mondeling afgenomen vragenlijst met gesloten en open vragen. Deze waren grotendeels opgesteld op basis van de literatuur.²⁵⁻²⁷

De vragenlijst werd door de onderzoeksgroep in verschillende opeenvolgende rondes voorgelegd aan elf experts die actief betrokken zijn bij onderzoek en beleid in Nederlandse verpleeghuizen. Tijdens de overlegondes werd gecontroleerd of er essentiële onderdelen ontbraken en werd elke vraag beoordeeld op inhoud. De vragenlijst werd vooraf naar de instellingen verzonden en op basis van deze vragenlijst werd het interview afgenomen. De vijf verschillende groepen hebben alleen het deel van de vragenlijst beantwoord dat direct op hun werk- of leefsituatie van toepassing was. De algemene beschrijving en het gedeelte over de infrastructuur, de financiën en personeelsbeleid werden beantwoord door het management. De vragen over veranderingen op de verpleegafdeling tijdens de maaltijd werden beantwoord door de verzorgenden. De projectevaluatie, de bevorderende en belemmerende factoren en de adviezen werden door alle groepen beantwoord, met uitzondering van de bewoners. De bewonersevaluatie, bestaande uit tien open vragen, werd beantwoord door de bewoners zelf. Hierin werd o.a. nagegaan of zij de maaltijden gezellig(er) vonden en waarom. Er werd hen ook gevraagd een cijfer tussen 0 en 10 te geven voor de sfeer tijdens de maaltijd.

Verwerking resultaten

De data werden zoveel mogelijk in frequentietabellen verwerkt. De open vragen, die de geïnterviewden de ruimte gaven om aanvullingen of opmerkingen te geven, leidden tot kwalitatieve data. Deze werden gebruikt om de kwantitatieve resultaten te verduidelijken.

Resultaten

Deelnemende instellingen

Van de dertig instellingen met een maaltijdambianceproject vielen er na toepassing van de inclusievoorwaarden veertien af. Acht huizen voldeden niet aan de inclusiecriteria; bij drie van deze bestond het project niet meer en bij de vijf andere was de verandering geleidelijk aan ingevoerd en dus niet in de vorm van een project. Van de overige zes huizen werd geen toestemming tot medewerking verkregen. Inhoudelijk verschilden de projecten niet van de bezochte projectvormen.

Projecten

De zestien projectvormen konden ingedeeld worden in drie vormen:

- De maaltijd werd verstrekt als in een restaurant (n=6). De bewoners aten niet op de verpleegafdeling maar gingen voor de warme maaltijd naar het restaurant. De aankleding en de bediening waren vergelijkbaar met een commercieel restaurant.
- De maaltijden werden samen met de bewoners op de afdeling gekookt (n=4). De bewoners voerden kleine huishoudelijke taken, zoals het dekken van de tafels, zelf uit.
- De maaltijden werden in een gemeenschappelijke huiskamer geserveerd in dekschalen (n=6). Meestal werd deze manier van maaltijdvoorziening uitgebreid met een aangepaste aankleding van de omgeving. Zo lag er een tafellaken op de tafel, waren er servetten, stond er een bloemetje op tafel en speelde op de achtergrond een zacht muziekje. De broodmaaltijden werden in buffetvorm aangeboden. Deze vorm van maaltijdambiance wordt in het artikel huiskamerambiance genoemd.

In de laatste twee vormen gingen de aanpassingen meestal samen met een herschikking van dagindeling en het creëren van een huiselijke sfeer.

In tabel 1 staan de karakteristieken van de bezochte huizen en wordt weergegeven hoeveel mensen er per discipline per projectvorm geïnterviewd zijn. Er zijn drie zorgcentra meegenomen in de studie omdat te weinig verpleeghuizen met de projectvorm 'restaurant' wilden meewerken aan de studie.

Doelstellingen

De gemeenschappelijke doelstellingen van de projecten kunnen ingedeeld worden in drie categorieën:

Tabel 1. Karakteristieken van de bezochte verpleeghuizen en het aantal geïnterviewde personen per interviewgroep en per projectvorm van een kwalitatief onderzoek naar succesvolle maaltijdambianceprojecten in Nederlandse verpleeghuizen.
(Nursing homes characteristics, and response per party involved and project category in a study looking at successful mealtime-ambiance projects in Dutch nursing homes.)

Restaurant n=6 Koken op de afdeling n=4 Huiskamer n=6

Karakteristieken

Gemiddelde grootte van het verpleeghuis in bedden	±125	±200	±200
Aantal afdelingen	Alle	1	1
Somatisch / psychogeriatric	4/2	0/4	2/4
Verpleeghuizen / zorgcentra	3/3	4/0	6/0
Interviewgroepen			
Management	6	4	5
Verzorgenden	5	4	6
Facilitaire dienst	4	4	5
Cliëntenraad	2	2	5
Bewoners	10	0*	11

*Bij de projectvorm Koken op de afdeling door de bewoners werden er geen bewoners geïnterviewd. Dit kwam omdat alle verpleegafdelingen met deze projectvorm psychogeriatric verpleegafdelingen zijn.

Tabel 2. Overzicht van de investeringen per projectvorm ter bevordering van de maaltijdambiance in Nederlandse verpleeghuizen. (Investments to promote mealtime-ambiance in Dutch nursing homes.)

	Restaurant	Koken op de afdeling	Huiskamer
Nieuwbouw	X		
Verbouwingen	X	X	
Inkomstenderving	X		
Aanschaf kookapparatuur	X	X	
Ander materiaal	X	X	X
Extra personeel	X	X	
Extra vrijwilligers	X	X	X
Herverdeling van personeel	X	X	
Taakverschuiving	X	X	X

1) het bevorderen van het welzijn van cliënten, 2) het verminderen van het instellingskarakter van een verpleeghuis en 3) het optimaliseren van de ingestelde zorg en behandeling. De vooropgestelde doelen werden behaald door drie huizen met een restaurant, drie met een huiskamerambiance en een huis dat kookt op de afdeling. Twee huizen met een restaurant hebben hun doelen voor het grootste gedeelte behaald. Deze huizen werken de aankleding van het restaurant verder uit en leiden nog personeel op dat verantwoordelijk is voor de bediening. Ook twee projecten met een huiskamerambiance hebben hun doelen voor het grootste gedeelte bereikt. Bij hen moet het personeel nog steeds gestimuleerd worden om het welzijn van de bewoners voorop te stellen en niet wat het makkelijkst is voor hen zelf. Het grootste gedeelte van de doelen werd ook behaald door twee huizen met 'koken op de afdeling'. Zij moeten nog een alternatief creëren voor de dagen waarop het geplande menu vanwege omstandigheden niet kan doorgaan. Binnen deze groep projecten meldde één verpleeghuis dat het nog maar de helft van de vooropgestelde doelen bereikt had, dit vanwege de negatieve houding van het personeel t.o.v. van het vernieuwde takenpakket. Het instellingsmanagement gaat nu eerst in op de aanmerkingen van het personeel en wanneer deze verwerkt zijn, wordt het project in volledige vorm ingevoerd. In één huis met huiskamerambiance en één huis met een restaurant was de vooropgestelde tijdsplanning om een evaluatie uit te voeren nog niet bereikt.

Investeringen

Het invoeren van maaltijdambianceprojecten bracht een aantal investeringen in de infrastructuur, de financiën en het personeelsbeleid met zich mee (zie tabel 2). Voor het openen van een restaurant in een verpleeghuis moest geïnvesteerd worden in een voldoende grote ruimte om alle bewoners te ontvangen en in een aangepaste keuken om een á la carte systeem mogelijk te maken. Afhankelijk van de bestaande infrastructuur en het aanwezige materiaal kunnen deze kosten hoog oplopen wanneer nieuwbouw of verbouwing nodig is. Tevens moet geïnvesteerd worden in extra personeel (gemiddeld 1.5 FTE per instelling) voor de keuken, extra vrijwilligers (gemiddeld 1.8 per dag) voor de bediening in het restaurant, herverdeling van het personeel en taakverschuivingen binnen het gehele verpleeghuis-personeel. Men zal ook rekening moeten houden met een eventuele inkomstenderving uit een al dan niet tijdelijke stopzetting van tafeltje-dek-je. Wanneer gekookt wordt op de

verpleegafdeling zelf, zullen er aangepaste keuken- en kookblokken nodig zijn op de verpleegafdeling. Er moet dus rekening gehouden worden met de aanschafkosten van keuken- en kookblokken, de kosten verbonden aan de verbouwing om deze te installeren en de aanschaf van het benodigde keukengerei. Voor de begeleiding bij het koken hebben twee huizen allebei 1 FTE extra personeel aangetrokken en twee huizen hebben taakverschuivingen binnen het verzorgend team doorgevoerd.

Huiskamerambianceprojecten vragen extra aandacht voor de gezellige aankleding van de eetkamer. Bij deze projectvorm zal er rekening gehouden moeten worden met de aanschafkosten van tafellakens, dekschalen, servies en ander materiaal. Er werd geen extra personeel geworven. Het volstond bij deze projecten taakverschuivingen of verschuiving in de pauzetijden van het zorgteam in te voeren zodat er voldoende personeel is tijdens de maaltijden om de bewoners aan tafel te begeleiden bij het uitscheppen van het eten. Onder taakverschuivingen van de drie projecten wordt verstaan dat de taakinhoud van medewerkers aangepast wordt. Voorbeelden van taakverschuivingen zijn: restauratieve medewerkers nemen de voedingstaken over van het verzorgend personeel en de afdelingsassistent helpt mee tijdens de maaltijden.

Bevorderende en belemmerende factoren

Bij de opsporing van de bevorderende en belemmerende factoren werden veelal dezelfde items genoemd als bevorderend of belemmerend. Medewerking en motivatie van het personeel, voldoende ruimte en ondersteuning van het management werden bij alle drie projectvormen als algemene bevorderende factoren genoemd. Voor elke projectvorm werden daarbij ook andere factoren genoemd.

Voor elke projectvorm werden daarbij ook andere factoren genoemd. Bij de restaurantvorm was dit voldoende personeel en voldoende materiaal, voor de projectvorm 'koken op de afdeling' was dit voldoende financiën en voor de projectvorm huiskamerambiance voldoende personeel en geschikt materiaal. Bij de drie projectvormen werden de volgende factoren als meest belemmerend ervaren: personeelstekort, de afwezigheid van medewerking en motivatie van het personeel en tekort aan financiën. Bij de projectvorm 'koken op de afdeling' werden voorts materiaaltekort en ruimtegebrek genoemd en bij de huiskamerambiance was dit ruimtegebrek. In tabel 3 zijn de belemmerende en de bevorderende factoren die specifiek zijn voor de geïnterviewde groepen, nl. management, de verzorging, de facilitaire dienst en de cliëntenraad, naast elkaar gezet. Bij elke factor wordt het aantal keren gemeld dat deze 'zeer belangrijk' genoemd werd. Alle vier groepen hebben medewerking en motivatie van het personeel, voldoende ruimte en voldoende ondersteuning vanuit het management aangeduid als de drie belangrijkste bevorderende factoren. De belangrijkste belemmerende factoren verschilden enigszins in de vier groepen zowel voor het aantal benoemde factoren als in volgorde van belang.

Tabel 3. Het aantal respondenten per disciplinegroep dat een factor noemt als meest bevorderend en als meest belemmerend voor de uitvoering van een maaltijdambianceproject. (Facilitating factors and barriers in mealtime-ambiance projects according to different involved disciplines.)

	Management N=12	Verzorging N=12	Facilitaire dienst N=11	Cliëntenraad N=4
Bevorderende factoren				
Medewerking en motivatie	11	11	11	4
Voldoende ruimte	9	11	11	4
Management ondersteuning	9	11	8	4
Voldoende financiën	9	7	8	4
Omgang bewoners	9	11	6	2
Voldoende personeel	6	11	9	3
Voldoende materiaal	9	11	7	2
Gezellige ruimte	7	10	9	4
Voldoende vrijwilligers	5	3	11	3
Belemmerende factoren				
Ruimtegebrek	2	4	2	2
Tekort aan personeel	-	3	2	2
Tekort aan materiaal	1	2	1	-
Onvoldoende financiën	-	2	1	1
HACCP-richtlijnen	1	2	1	-
Tekort aan vrijwilligers	-	1	-	2
Gebrek aan management-ondersteuning	-	2	-	-
Ongeschikt materiaal	-	-	2	-

Evaluatie van de projecten

Van de zestien instellingen werd er door dertien instellingen aangegeven dat er een projectevaluatie uitgevoerd was. Slechts vijf beschikten over een schriftelijke projectevaluatie die de onderzoeker (KN) kon inkijken. De dertien evaluaties gebeurden op het niveau van het personeel (12/13), bewoners (7/13), instelling (6/13) en de familie van de bewoners (5/13). Eén verpleeghuis heeft de effecten op de gezondheid van de bewoners nagegaan.²¹ Uit de evaluatie van dit onderzoek blijkt dat de reacties van de geïnterviewden in het algemeen positief waren. Gevraagd werd het project een cijfer van 0 tot 10 geven. De gemiddelde scores voor het restaurant, huiskamerambiance en koken op de afdeling waren respectievelijk 8, 7,8 en 7,8. De geïnterviewden waren van mening dat hun bewoners meer waren gaan eten en dat hun levenskwaliteit toegenomen was. Daar er geen metingen werden uitgevoerd van het welzijn of voedingsstatus van hun bewoners konden deze positieve effecten niet worden onderbouwd, met uitzondering van één verpleeghuis.

Evaluatie door de bewoners

In elke deelnemende instelling werd getracht om drie bewoners, die deelnamen aan het maaltijdambianceproject, te interviewen. Dit lukte niet voor de projectvorm 'koken op de afdeling'. Deze vorm kwam enkel voor op psychogeriatrische afdelingen, waar bewoners niet geïnterviewd konden worden. Alle geïnterviewde bewoners vonden het na de veranderingen gezelliger dan voorheen. Vooral het toegenomen sociale contact, de mooie aankleding, de keuzevrijheid, het aardige en hulpvaardige personeel en de rust tijdens de maaltijden maakten deze gezelliger dan in de periode ervoor. In tabel 4 staan de verschillende opmerkingen in

categorieën en geïllustreerd met voorbeelden. Het meest genoemde antwoord op de vraag: 'Waarom is het gezellig?' was voor de bewoners die nu eten in een huiskamerambiance de aankleding (7/11) en voor de bewoners die nu eten in het restaurant het sociaal contact (10/10). Het gemiddelde cijfer voor huiskamerambiance was 8,5 en voor restaurant was dit 8,3. De bewoners gaven zelf ook een aantal handreikingen voor gezelligere maaltijden. Voorbeelden hiervan zijn: laat het personeel de conversatie op gang houden en stimuleer bewoners vriendelijker voor elkaar te zijn. Ook kleinere eetgroepjes en zachte muziek, die de bewoners mooi vinden, werden door hen gesuggereerd. De keuzevrijheid en de mooie aankleding zouden van de bewoners niet meer veranderd mogen worden. De keuzevrijheid geeft hun een gevoel van zelfstandigheid, en de mooie aankleding en bediening maken het gezelliger.

Tabel 4. Het aantal keren dat bepaalde gezelligheidsfactoren genoemd worden door de bewoners (n=21) van huizen met een maaltijdambianceproject, met voorbeelden. (Positive factors of implemented mealtime-ambiance projects according to nursing home residents).

Sociaal contact (N=14)

Gesprekje met de tafelgenoten

Eventjes andere mensen zien

Gezellig bij elkaar zitten

Afleiding: we zijn er twee uurtjes uit, zo gebeurt er nog wat

Aanspraak met andere mensen

In groep eten is gezelliger dan alleen

Je maakt vrienden

Aankleding (N=9)

Tafellakens

Mooie aankleding en een gezellig woonkamer

Gezellige opdienwijze

Mooie manier van serveren

Alles is mooi afgewerkt

Net een echt restaurant

Muziek

Keuzevrijheid (N=9)

Bestellen wat je wil

Zelf kiezen wat je wil eten

Je kan pakken wat je wil

De uitgebreidheid aan keuze

Personeel (N=7)

De zusters doen alles om het gezellig te maken

Hulp van het personeel

Personeel is aardig

Contacten met het personeel

Heel fijn personeel

Ze zijn erg vriendelijk en willen altijd helpen

Rust (N=3)

De rust tijdens het eten

Het is nu veel rustiger tijdens het eten.

Discussie

De opsporing van verpleeghuizen met een maaltijdambianceproject leverde uiteindelijk zestien huizen op met drie verschillende projectvormen: restaurant, koken op de afdeling en huiskamerambiance.

Deze werden door de bewoners, het management en het personeel als succesvol ervaren. De belangrijkste bevorderende factoren waren: goede medewerking en motivatie van het personeel, voldoende ruimte en managementondersteuning. Afwezigheid van motivatie en medewerking van het personeel, onvoldoende financiën en personeelstekort werden aangeduid als belangrijkste belemmerende factoren. Slechts vijf van de zestien instellingen hadden een formele evaluatie van de projectimplementatie uitgevoerd.

Volgens onze literatuurstudie werd er niet eerder gepubliceerd over aantal en vorm van maaltijdambianceprojecten in Nederland of elders. De drie projectvormen kunnen niet uitgebreid worden met andere projectvormen uit de literatuur. Ook de veertien geëxcludeerde instellingen leverden geen andere projectvormen op. Wel worden er in de literatuur en verpleeghuisprotocollen individuele acties gemeld, zoals zachte muziek, beperken van geluid en afleiding tijdens de maaltijden en het gebruik van aanmoedigingen, die de maaltijden rustiger maken en eetlustbevorderend werken.^{13-16;28-30} Deze zijn veelal al verwerkt in de drie projectvormen. De individuele acties kunnen ook buiten de projectvormen gehanteerd worden. In tegenstelling tot wat de meest genoemde doelstelling (welzijn van de bewoners bevorderen) doet verwachten, vonden de meeste (12/13) evaluaties plaats op het niveau van het personeel. Maar zeven instellingen hadden een bewonersevaluatie en zo was maar in één verpleeghuis gecontroleerd op de voedselinneming en levenskwaliteit. In de dertien instellingen hadden er maar vijf een schriftelijke evaluatie uitgevoerd. Uit de interviews bleek niettemin dat de managementleden erg positief waren over de mate waarin de doelstellingen bereikt zijn. Enige voorzichtigheid met betrekking tot dit zelf gerapporteerde positieve beeld lijkt hier wel op zijn plaats. De verpleeghuizen werden opgespoord via databanken van Prismant en Arcares. Dit zijn twee instellingen die zeer bekend zijn met zorgorganisaties enerzijds en beleidsmakers anderzijds; daardoor zijn ze de aangewezen instellingen om verpleeghuizen met maaltijdambianceprojecten te helpen opsporen. Daarnaast werd een oproep geplaatst in Prismant Magazine dat gratis onder alle Nederlandse zorginstellingen verspreid wordt. Wij vonden dertig instellingen met een project. Dit geeft aan dat in Nederland het belang van de ambiance van de maaltijden in de voedingszorg in enige mate erkend wordt. Er zijn in Nederland 330 verpleeghuizen waarvan volgens het rapport van de inspectie van volksgezondheid 20% van de maaltijden niet geproportioneerd verstrekt worden. Een aantal doet dit vanuit de historie van de instelling of van zijn bewoners (geestelijken) en nog andere hebben deze veranderingen geleidelijk ingevoerd en niet projectmatig, waardoor zij niet opgenomen zijn in onze studie. De opgevraagde schriftelijk informatie werd gebruikt als bewijs voor de projectmatige invoering van de verandering. Door de aanwezigheid van een duidelijk beginpunt zijn de invoering van de verandering, de reacties en gevolgen van de invoering voor de medewerkers en de bewoners beter zichtbaar en communiceerbaar. Er is een 'voor- en nabeleving' aanwezig. De schriftelijk informatie hoefde slechts aan te geven welke doelen nagestreefd werden, welke veranderingen daartoe zijn ingevoerd en de samenstelling van een projectgroep. Informele documenten zoals notulen waren hiervoor voldoende. Vijf van de gevonden verpleeghuizen konden dit niet omdat de maaltijdambiance zich in kleine veranderingen over een lange periode had ontwikkeld, zonder dat er een groter geheel werd nagestreefd. Hierdoor konden de nodige veranderingen en gevolgen niet geïnventariseerd worden. Alle projecten waren succesvol. Dit kan het gevolg zijn van één van onze inclusiecriteria: het project moest nog van toepassing zijn. Waren er niet-succesvolle projecten aanwezig geweest dan hadden deze de belemmerende factoren van de invoering van een project beter kunnen onderbouwen. Bij de opsporing waren er drie instellingen die hun project stopgezet hadden. Zij voldeden niet aan het inclusie criterium. De redenen voor de stopzetting waren: te hoge kosten, geen animo meer bij de verzorging en in loop der tijd verwaterd. Deze redenen komen overeen met de gevonden belemmerende factoren: afwezigheid van medewerking en motivatie door personeel, tekort aan financiën en personeelstekort. In het algemeen kunnen we concluderen dat er drie projectvormen zijn die de ambiance tijdens de maaltijd positief beïnvloeden en dat ze alledrie als succesvol ervaren worden. Er kan geen uitspraak gedaan worden welke projectvorm de beste is; naar onze mening is dat van de verpleeghuissituatie en bewonerspopulatie afhankelijk. Gezien de financiële en infrastructurele voorwaarden die nodig zijn bij een restaurant en 'koken op de afdeling' lijkt

de huiskamerambiance het meest haalbare voor het gemiddelde Nederlandse verpleeghuis. Toch raden we aan om bij invoering van een ambianceproject eerst na te gaan welke specifieke wensen en noden bewoners hebben. Dit onderzoek geeft belangrijke aanwijzingen om de maaltijden gezelliger te maken en zo eventueel de eetlust van verpleeghuisbewoners te stimuleren. Zo hechten bewoners veel belang aan het sociale contact tijdens de maaltijd en aan de aankleding van de ruimte waarin ze eten. Ook vinden zij de keuzevrijheid in wat ze eten belangrijk. Veel instellingen hebben menulijsten waar de bewoners tussen verschillende menucomponenten kunnen kiezen, maar veelal worden die lijsten ingevuld door familie of voedingsassistenten en moet dit twee tot drie weken op voorhand gebeuren. Veel bewoners zijn tegen die tijd vergeten wat ze besteld hebben of hebben die dag geen zin in wat ze besteld hebben. Het aanbieden van een keuze op de dag zelf voorkomt dit. Daarnaast laat deze studie de bevorderende en belemmerende factoren zien, wat de kans op welslagen van een maaltijdambianceproject kan verhogen. Medewerking en motivatie van het personeel is een zeer belangrijke bevorderende factor. Het is niet voldoende om hen slechts te informeren over wat er gaat veranderen en hoe. Het personeel moet de mogelijkheid krijgen om eigen ideeën over de invulling van het project te geven, om samen tot een besluit te komen. Belangrijk hierbij is dat er binnen elk project een aantal projecttrekkers vanuit het personeel zijn, die zo de andere personeelsleden enthousiast kunnen maken. Ook na de invoering van het project moeten steeds tussen de betrokken disciplines ervaringen worden uitgewisseld. Het is wenselijk om de onderzochte projectvormen via een interventiestudie op effectiviteit te controleren, opdat het beleid zulke initiatieven zou kunnen stimuleren. Eindpunten hierin kunnen zijn: voedselinname, lichaamsgewicht en kwaliteit van leven van de bewoners.

Literatuur

1. Wielen RP van der, Wild GM de, Groot LC de, Hoefnagels WH, Staveren WA van. Dietary intakes of energy and watersoluble vitamins in different categories of aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996; 51:B100-B107.
2. Staveren WA van, Groot CPGM de. Veranderingen in de energiebehoefte van ouderen: een veelvoorkomende oorzaak van voedingstekorten en fragiliteit. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142:2400-4.
3. Berkhout AM, van Houten P. Voedingsproblemen bij verpleeghuispatiënten door beperkingen in het functioneren. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139:209-11.
4. Berkhout AM, Houwelingen JC van, Cools HJ. Verpleeghuispatiënten met een lager gewicht grotere kans op overlijden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141:2184-8.
5. Berkhout AM, Cools HJ, Mulder JD. Het lichaamsgewicht van ouderen bij opname in het verpleeghuis. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1994; 25:49-53.
6. Abbasi AA, Rudman D. Undernutrition in the nursing home: prevalence, consequences, causes and prevention. *Nutr Rev* 1994; 52:113-22.
7. Mowe M, Bohmer T. The prevalence of undiagnosed proteincalorie undernutrition in a population of hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:1089-92.
8. Roubenoff R. Sarcopenia and its implications for the elderly. *Eur J Clin Nutr* 2000; 54 Suppl 3:S40-S47.
9. Graaf C de, Groot CPGM de, Seidell JC, Staveren WA van. Determinanten van voedselkeuze. In: Graaf C de, ed. *Voeding in Nederland: Gezondheid, groei en ontwikkeling*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten: 1993: 212-24.
10. Feunekes GI, Graaf C de, Staveren WA van. Social facilitation of food intake is mediated by meal duration.

- Physiol Behav 1995; 58:551-8.
11. Castro JM de, Brewer EM.
The amount eaten in meals by humans is a power function of the number of people present.
Physiol Behav 1992; 51:121-5.
 12. Meiselman HL, Johnson JL, Reeve W, Crouch JE.
Demonstrations of the influence of the eating environment on food acceptance.
Appetite 2000; 35:231-7.
 13. Altus DE, Engelman KK, Mathews RM. Using family-style meals to increase participation and communication in persons with dementia.
J Gerontol Nurs 2002; 28:47-53.
 14. Denney A. Quiet music. An intervention for mealtime agitation?
J Gerontol Nurs 1997; 23:16-23.
 15. Ragneskog H, Brane G, Karlsson I, Kihlgren M. Influence of dinner music on food intake and symptoms common in dementia.
Scand J Caring Sci 1996; 10:11-7.
 16. Goddaer J, Abraham IL. Effects of relaxing music on agitation during meals among nursing home residents with severe cognitive impairment.
Arch Psychiatr Nurs 1994; 8:150-8.
 17. Staatstoezicht op de volksgezondheid. Vocht- en voedselvoorziening in de Nederlandse verpleeghuizen: beleid en praktijk.
1-65. 1999.
 18. Maseland A. Wat eten we vandaag?
Tijdschrift voor verzorgenden 2002; 12-5.
 19. Neggers H. Spil tussen keuken en consument.
Grootkeuken 2002; 7-8:12-5.
 20. Grootenhuis A. Gezelligheid, rust en sfeer.
Grootkeuken 2002; 34-5.
 21. Mathey MF, Vanneste VG, Graaf C de, Groot LC de, Staveren WA van.
Health effect of improved meal ambiance in a Dutch nursing home: a 1-year intervention study.
Prev Med 2001; 32:416-23.
 22. Polit DF, Hungler BP. Additional types of research. In: J.B.Lippencott Company, ed. Nursing research principles and methods.
Washington: 1995: 187-208.
 23. Arcares. Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden.
Arcares 1-74. Utrecht, 2001.
 24. Schols JM, Staveren WA van. De multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden, 2001. Een toelichting.
Tijdschr Gerontol Geriatr 2002; 33:166-74.
 25. Bonnel WB. Managing mealtime in the independent group dining room: an educational program for nurse's aides.
Geriatr Nurs 1995; 16:28-32.
 26. Gilmore S, Russell CM. Factors affecting meal service in nursing facilities: Employees' perceptions.
J Nutr Elder 11, 3-14. 1991.
 27. Goeminne L, De Dobbeleer G, Bayens JP. Strategieën in het bezorgen van eten.
Proceedings 14th Winter Meeting Oostende, 114-122. 1991. Leuven, Garant. 1991.
 28. Lange-Alberts ME, Shott S. Nutritional intake. Use of touch and verbal cuing.
J Gerontol Nurs 1994; 20:36-40.
 29. Eaton M, Mitchell-Bonair IL, Friedmann E. The effect of touch on nutritional intake of chronic organic brain syndrome patients.
J Gerontol 1986; 41:611-6.

30. Simmons SF, Osterweil D, Schnelle JF. Improving food intake in nursing home residents with feeding assistance: a staffing analysis.
J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56:M790-M794.

Aanvaard: oktober 2003