

Kwaliteitsverbetering, grotere zelfredzaamheid cliënt én kostenbesparing zijn mogelijk bij het integraal inzetten van eten en drinken binnen zorginstellingen.

Analyse van observaties uit de praktijk van het onderzoek 'Genieten aan tafel'.

Resultaat:

Het resultaat van de analyse van praktijkervaringen binnen het onderzoek 'Genieten aan tafel' is dat, wanneer eten en drinken op een integrale manier wordt aangepakt binnen een zorginstelling:

- de kwaliteit van dienstverlening voor de cliënt verbetert
- de cliënt meer zelfredzaam is met meer eigen regie en eigen verantwoordelijkheden
- dat kosten kunnen worden bespaard
- de zorglast voor het personeel kan worden verlaagd

Voorwaarde is daarbij dat de cliënt optimaal bij dit proces betrokken wordt, zowel wat betreft overleg als fysieke participatie.

Gekeken naar de ontwikkelingen binnen de zorg (WMO) zijn deze werkwijze en analyses goed vertaalbaar naar de uitvoering van de zorg door gemeenten.

Inleiding

Recentelijk is een twee jaar durend onderzoek afgerond in zorginstellingen om te onderzoeken wat investeren in eten en drinken kan opleveren wat betreft kwaliteit van leven en verlaging van zorgkosten. Dit onderzoek is uitgevoerd door Wageningen UR Food & Biobased Research en Phliss.

In deze bijlage volgt een weergave van de analyse van observaties uit de praktijk, gedaan door Phyllis den Brok (Phliss) als praktijkexpert binnen het onderzoek en verantwoordelijk voor de uitvoer van het onderzoek op de werkvloer in de zorginstellingen. Tevens vindt in deze bijlage een toelichting plaats over de gehanteerde werkwijze in de praktijk met daarbij randvoorwaarden om e.e.a. te kunnen laten slagen.

Gekeken naar de nieuwe financiering, zijn veel van onderstaande praktijkresultaten en aandachtspunten ook te gebruiken voor de diverse doelgroepen, zoals kwetsbare burgers die vanaf heden langer thuis blijven wonen (in het kader van de WMO).

Opzet van het onderzoek ‘Genieten aan tafel’

Het doel van dit onderzoek was te bestuderen wat investeren in eten en drinken oplevert binnen de zorginstelling qua gezondheidswinst, welbevinden en zorgkosten.

Hierbij werden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

1. Door het optimaliseren van de maaltijdbeleving en het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie van de bewoner, kan het welzijn en de gezondheid van de cliënt bevorderd worden, waarbij ongewenst gewichtsverlies tegen wordt gegaan. Daarbij wordt een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven nagestreefd.
2. Door te investeren in eten en drinken kan mogelijk op andere terreinen in de zorginstelling kosten worden bespaard, bijvoorbeeld een afname in het gebruik van medicijnen, dieetproducten, de gevraagde zorg en minder voedselverliezen. Het onderzoek heeft als doel om deze kosten in kaart te brengen, waardoor een financiële vertaalslag mogelijk is.

De uitgevoerde veranderingen tijdens het onderzoek hebben betrekking op vier terreinen:

1. Product: Een kwalitatief goed en lekker product, optimale variatie en hoeveelheden, een duurzame aanpak en aantrekkelijke presentatie, met daarbij als inzet om voor 50% van de producten biologische producten te gebruiken;
2. Omgeving: Een aantrekkelijke presentatie zowel van wat er op het bord ligt als de eetomgeving: hoe is de uitstraling van de tafel, oogt het eten aantrekkelijk, de setting waarin gegeten wordt, het tijdstip alsook de tijdsduur;
3. Personeel: Ondersteuning door het personeel op een wijze die recht doet aan het belang van eten en drinken, en die ondersteunend, vraaggericht en stimulerend is voor de cliënt;
4. Cliënt: De cliënt wordt zoveel mogelijk betrokken bij het gehele proces van eten en drinken en geeft mee invulling aan dit proces (optimale participatie naar mogelijkheden). Aandachtspunten hierbij zijn: keuze voor de cliënt, inrichting, tempo en uitvoering van het gehele proces van eten en drinken.

De cliënt-groep waarbij het onderzoek is uitgevoerd zijn somatische cliënten, intramuraal, met indicatie ZZP6-8 binnen de ouderenzorg, verdeeld over acht locaties van vier verschillende zorgorganisaties. Vier van deze locaties van elke zorgorganisatie waren controle-locaties en vier locaties van elke zorgorganisatie waren interventie-locaties. Op laatstgenoemde plaatsen werd actief gestuurd om veranderingen, vanuit de gedachte en opzet van het onderzoek, door te voeren. Dit gebeurde onder verantwoordelijkheid van de praktijkexpert Phyllis den Brok.

Concept

In dit onderzoek is hetzelfde concept gebruikt als in het succesvolle pilot-onderzoek “De Genietende Groene Tafel” is toegepast. Dit concept kent de volgende uitgangspunten:

- Participatie van de cliënt is noodzaak, zowel gezien de nieuwe financieringsvorm als om de zorg betaalbaar te houden. Uitgangspunt in dit concept zijn de mogelijkheden van de cliënt en niet wat eventuele beperkingen zijn. Daarnaast draagt zelfredzaamheid bij aan het zoveel mogelijk behouden van de eigen regie.
- Eten en drinken is een integraal onderdeel van de zorginstelling. Dit betekent dat het proces van eten en drinken niet losgeknipt wordt van andere processen, maar juist bekeken en uitgewerkt wordt in onderlinge samenhang met alle andere activiteiten en diensten die plaatsvinden binnen de zorgorganisatie. Op deze manier komen naast kosten ook nadrukkelijk de opbrengsten van eten en drinken aan bod (zowel financieel als in kwaliteit van leven) om zoveel mogelijk meerwaarde uit eten en drinken te halen.
- De maaltijd is voor de cliënt één van de hoogtepunten van de dag.
- Eten en drinken is bij uitstek een middel om bij te dragen aan aspecten als sociale contacten, behoud van vaardigheden, behoud van eigen verantwoordelijkheden, dagstructuur, verminderen van ondervoeding, bewegen, genieten en behoud van eigen regie.
- Voor de bereiding van de maaltijden wordt gewerkt met een kwalitatief goed en smaakvol product, dat past bij de cliënt en de organisatie.
- Er is aandacht voor een goede en passende presentatie van de maaltijd én de omgeving waarin gegeten wordt.
- Werkwijze, houding en uitstraling van personen die participeren in het proces van eten en drinken, zijn een wezenlijk onderdeel van het tot een succes maken van eten en drinken binnen de zorginstelling.
- Meer aandacht voor een betere maaltijd (in brede zin des woord) is voor de zorginstelling financieel interessant omdat dit op andere terreinen binnen de zorginstelling besparingen kan opleveren (bijvoorbeeld door het verminderen van de zorgvraag en een lager gebruik van dieetproducten).
- Duurzaamheid is een must, ook binnen zorginstellingen. Eten en drinken en duurzaamheid lenen zich voor een zorginstelling bij uitstek om zich te profileren.
- De praktische uitwerking van het concept moet op maat gebeuren voor een zorginstelling, passend bij diens kernwaarden, cliëntgroep, visie op eten en drinken en fysieke omgeving.

In dit concept wordt als uitgangspunt genomen dat eten en drinken een essentiële basisactiviteit is. Het zelf, al is het maar beperkt, kunnen bijdragen aan het tot stand komen van de eigen levensbehoeften, draagt bij aan een positief gevoel van eigenwaarde bij de cliënt. Doordat de cliënt verkeert in een omgeving waar beperkingen aanleiding geven tot het doen van concessies ten aanzien van de mate van zelfstandigheid, kan het bevorderen c.q. behouden van de eigen zelfredzaamheid bijdragen aan een gevoel van zinvolheid en behoud

van eigen regie. Vanuit deze gedachte liggen op het gebied van eten en drinken vele mogelijkheden.

Daarnaast draagt goed eten en drinken bij aan de fysieke en mentale weerbaarheid van de betreffende persoon. Hierdoor kan dit ook positieve effecten hebben op de zorgkosten.

In dit concept is eten en drinken nadrukkelijk een middel om andere doelen te bereiken zoals participatie, behoud van vaardigheden, sociale contacten, bewegen, dagritme, verminderen ondervoeding, genieten, behoud van eigen regie etc.

In de werkwijze wordt daarbij uitgegaan van een integrale benadering. Door te kijken naar eten en drinken als middel, wordt zij een volwaardig onderdeel van de gehele dienstverlening die plaatsvindt binnen de betreffende zorginstelling c.q. afdeling. De vier eerder genoemde elementen waarop gestuurd wordt tijdens het onderzoek (product, omgeving, cliënt en personeel) worden daarbij als even belangrijk gezien. Wanneer één element niet klopt, is dit van invloed op het gehele resultaat.

De concrete uitvoering van dit concept op een specifieke afdeling van een zorginstelling is altijd maatwerk. Bij de uitvoering van dit concept in een specifieke zorginstelling moet altijd aansluiting gezocht worden op de volgende punten:

- de kernwaarden van de betreffende zorgorganisatie
- de werkwijze en visie binnen de organisatie op het gebied van ‘eten en drinken’ en ‘wonen en zorg’
- de uitgangspunten, werkwijze en fysieke mogelijkheden van de betreffende afdeling
- de aanwezige cliënten en diens individuele mogelijkheden

Het toepassen van dit concept is bedoeld voor alle eetmomenten van de dag, dus zowel voor broodmaaltijden, de warme maaltijd, alsook voor tussendoortjes.

Werkwijze en resultaten

Het juist toepassen van dit concept binnen een zorginstelling kan tot de volgende resultaten leiden:

- Een bewustwordingsproces en cultuurverandering bij cliënt, personeel, familie en zorgorganisatie (een veranderende tijd vraagt een andere manier van werken en participeren);
- Verbetering van de kwaliteit van de maaltijden (zowel in beleving als wat betreft smaak);
- Meer eigen regie en eigen verantwoordelijkheden voor cliënt; de cliënt blijft zelf doen wat hij zelf kan (in eigen tempo, op zijn eigen manier), waardoor diens zelfredzaamheid zo groot mogelijk blijft;
- De dienstverlening is gericht op het behoud van de zelfredzaamheid en het voorkomen van een grotere zorgvraag i.p.v. probleemgevallen extra aandacht geven;
- Door deze integrale benadering worden kosten bespaard:
 - De cliënt blijft zoveel mogelijk zelf doen;
 - Eén manier van (samen)werken in de gehele organisatie;
 - Er wordt gekeken naar wat het totaal oplevert i.p.v. wat de kosten zijn van de individuele onderdelen;
 - Deze andere manier van werken vraagt niet meer inzet in tijd door het personeel; daar waar de cliënt delen van het proces zelf blijft doen, vermindert het de zorgvraag.

Werkwijze

In het onderzoek 'Genieten aan tafel' werd, bij de toepassing van bovenstaand concept, de volgende werkwijze op de zorglocaties gehanteerd:

- Er wordt gedacht en gehandeld vanuit het belang van de cliënt;
- Er wordt gedacht en gehandeld vanuit de mogelijkheden van de cliënt;
- De begeleiding en zorg is gericht op optimalisatie van de zelfredzaamheid van de cliënt;
- Alle dienstverlening is gericht op het voorkomen van meer zorgvraag, een goede onderlinge samenwerking tussen de verschillende diensten is hierbij essentieel;
- Er is concrete begeleiding voor het personeel (om hen te ondersteunen in het op een andere wijze gaan werken);
- Onderling uitwisselen van ervaringen tussen personeel, zowel binnen de eigen afdeling als tussen verschillende diensten, wordt actief gestimuleerd;

- In kleine stapjes denken en handelen is de basis. Zowel personeel als cliënten denken heel groot wanneer er gepraat wordt over participatie: alsof het zou gaan om deelnemen aan processen rondom eten en drinken op een zelfde manier zoals een cliënt dat deed voordat er sprake was van fysieke of mentale beperkingen, of toen bepaalde ziektebeelden zich nog niet gemanifesteerd hadden bij de betreffende cliënt. Dit is niet de participatie die hier (en in het onderzoek) wordt bedoeld: hier wordt met participatie bedoeld datgene doen, blijven doen of weer opnieuw leren (al dan niet met hulpmiddelen) wat binnen de individuele mogelijkheden ligt van de betreffende cliënt op dat moment. Daarbij kan b.v. gedacht worden aan zelf als cliënt de tafel afnemen met een doekje dat wordt aangegeven door een personeelslid, het zelf oppakken van een gevallen zakdoek door de cliënt met een ‘grijper’, het zelf aan elkaar ‘doorgeven’ van schalen met eten door dienbladen op wieltes te maken voor op tafel, het zelf naar de aanrecht brengen van een kopje door de cliënt op de rollator etc.;
- Flexibiliteit is noodzaak, de processen moeten aangepast kunnen worden aan het tempo en de mogelijkheden van de cliënt. Om dit te kunnen realiseren, is het van belang dat de verantwoordelijkheid laag in de organisatie wordt gelegd;
- Het sturen van het verwachtingspatroon (zowel bij personeel, cliënt als mantelzorg);
- Het is belangrijk dat alle stakeholders een realistisch en juist beeld hebben van de werkwijze en de mogelijkheden binnen de zorginstelling en wat de eigen bijdrage hierin is zowel wat betreft tijd als kosten. Onder stakeholders wordt hier, naast de cliënt zelf en diens familie en mantelzorg, ook verstaan de aanwezige vrijwilligers en het personeel;
- Een voortdurend stimuleren van een open communicatie (over de wijze van werken, de te nemen besluiten, waar men tegenaan loopt, dilemma’s, kosten etc.);
- Duurzaamheid is tijdens dit onderzoek vertaald in het gebruik van biologische producten en verminderen van voedselverspilling.

Bij het toepassen van dit concept is het van belang deze werkwijze in alle processen terug te laten komen, waarbij eten en drinken een goed startpunt kan zijn om de veranderingen in te zetten (eten en drinken raakt vrijwel alle diensten en afdelingen binnen een organisatie, het staat hoog op de agenda bij cliënten en mantelzorg en ‘iedereen moet tenslotte eten!’).

Praktijkresultaten

Praktijkresultaten

Vanuit haar functie als praktijkexpert heeft Phyllis den Brok veel observaties gedaan tijdens de uitvoering van het onderzoek op de verschillende zorglocaties. De volgende positieve praktijkresultaten zijn uit haar analyse van deze observaties naar voren gekomen:

- De maaltijdbeleving is verbeterd en de cliënten zijn positiever over de maaltijden, de aankleding en de smaak. Daarnaast zijn de cliënten ook positiever over het aanbod; men is tevredener over de keuzemogelijkheden. Analyse van de in de praktijk gedane veranderingen geeft daarbij aan dat het niet zozeer gaat om een ander aanbod of werkwijze, maar veel meer om het betrekken van de cliënt bij de inrichting van het proces, dat uitleg gegeven wordt waarom bepaalde werkwijzen worden gehanteerd en aangegeven wordt waar de mogelijkheden van de organisatie beperkt zijn waardoor er keuzes gemaakt moeten worden. Het gevoel ‘mee te tellen in het proces’ waarbij ‘niet over hun hoofden geregeerd wordt’, is daarbij voor cliënten veel belangrijker dan het concrete aanbod of de wijze van werken zelf.
- De fysieke participatie in het proces is aanmerkelijk vergroot; cliënten doen meer zelf b.v. smeren van brood, afruimen van de tafel, schillen van aardappelen, doorgeven van vleeswaren en zelf opscheppen. Ofschoon de mogelijkheden van participatie tussen de individuele cliënten uiteraard verschillen, blijkt in de praktijk dat veel meer mogelijk is dan zowel door personeel als cliënten zelf wordt gedacht. Bij personeel is de aanname dat cliënten zelf dingen laten doen tijd kost; dit blijkt in de praktijk niet het geval. De cliënt gaat vooral uit van vroegere mogelijkheden, en is niet gewend te kijken naar de huidige mogelijkheden op een mogelijk andere manier, in een ander tempo, eventueel met hulpmiddelen. Om de fysieke participatie te vergroten, is een mindset-verandering nodig bij alle partijen. Op locaties waar dit daadwerkelijk werd ingezet, bleek de fysieke participatie de werkdruk bij het personeel te verminderen en gaf het meer eigen regie en verantwoordelijkheid bij de cliënt.
- De participatie wat betreft inspraak is vergroot; de cliënten ervaren meer keuze door ze te betrekken bij de menusamenstelling, wijze van bereiding, hoeveelheden etc. Cliënten begrijpen heel goed dat niet alles mogelijk is in een zorginstelling. Echter, wanneer men daar onvoldoende duidelijk over is, schept dit verwachtingen die het personeel niet waar kan maken, waardoor onvrede bij de cliënt ontstaat. Door uitleg te geven over het proces, kosten duidelijk te maken, te vragen naar voorkeuren en consequenties uit te leggen van bepaalde keuzes, zijn cliënten uitstekend in staat om te maken keuzes te ondersteunen en verder uit te dragen. Belangrijk daarbij is wel dat zij serieus genomen worden en dat hen verantwoordelijkheid wordt gegeven in het proces. De praktijk liet duidelijk zien dat wanneer cliënten geen verantwoordelijkheid hierin kregen, zij zich ook ‘onverantwoordelijk’ gingen gedragen (“als je iemand als

een kind behandelt, moet je er niet van staan te kijken dat diegene zich ook als een kind gaat gedragen”).

- De sfeer is verbeterd door meer participatie van cliënten; door meer zelf te doen ontstaat een situatie van cliënten die elkaar waar mogelijk helpen, waardoor er beter onderling contact komt, men meer begrip heeft voor elkaar en de sfeer verbetert. Mensen spreken elkaar ook gemakkelijker op dingen aan. Dit resultaat uit de praktijk was met name voor het personeel een grote verrassing: men realiseert zich vaak niet dat groepsprocessen ook ten positieve kunnen werken.
- In de praktijk was goed zichtbaar dat op plekken waar cliënten zelf de warme maaltijd konden opscheppen (b.v. doordat het eten in schalen op tafel stond), zij beter aten omdat zij vaak nog een keer bij schepten. Vanuit deze observatie is de verwachting dat op termijn de mate van ondervoeding zal afnemen omdat cliënten beter eten. Wanneer door personeel wordt opgeschept of in een centrale keuken, kan de portiegrootte al weerstand bieden om te gaan eten voor een cliënt. Het zelf kunnen opscheppen naar de behoefte van dat moment kan deze belemmering opheffen. De aanblik van het eten maar nadrukkelijk ook voldoende tijd voor de maaltijd waren hier belangrijke factoren in.
- Het gebruik van medicijnen is, daar waar actief ingegrepen is, verminderd. Dit is een mogelijkheid tot kostenbesparing. Duidelijk werd tijdens het onderzoek dat medicijnen onvoldoende regelmatig geëvalueerd worden, waardoor eenmaal voorgeschreven medicijnen regelmatig blijvend werden verstrekt terwijl daar niet altijd de noodzaak voor was. Gekeken naar bijwerkingen die bekend zijn van medicijnen op de eetlust, kan dit naast kostenbesparing ook nog een positief effect hebben op de inname.
- Dieetproducten worden nauwelijks tot niet geëvalueerd. Dit betekent dat dure dieetproducten, eenmaal voorgeschreven, vrijwel altijd in lengte van dagen verstrekt blijven. Dit een ongewenste werkwijze gezien de beperkte keuze en smaak van deze producten en de hoge kosten ervan, waarbij ze veelal niet bijdragen aan de kwaliteit van leven voor de cliënt.
- De voedselverspilling is, daar waar actief ingegrepen is, duidelijk verminderd. Ook dit is een mogelijkheid tot kostenbesparing. Wel is de mate en snelheid waarmee voedselverspilling kan worden verminderd erg afhankelijk van de situatie op de zorginstelling. In dit geval betrof het een productiekeuken, waar, louter gekeken naar het kookproces, al een groot aantal winsten te behalen waren. Op andere locaties binnen het onderzoek is ook gekeken naar voedselverspilling, echter hier betrof het trajecten waar zowel keuken als zorg bij betrokken waren (het hele proces van bestellen, bereiden, uitserveren, het nuttigen van de maaltijd, restverwerking en afvalverwerking). Op deze plekken is tijdens het onderzoek veel minder resultaat geboekt omdat dit een veel ingrijpender en ingewikkelder proces is om te sturen,

waardoor het meer tijd kost. Hier liggen voor alle deelnemende zorginstellingen nog volop mogelijkheden, niet alleen t.a.v. de warme maaltijd maar ook t.a.v. de broodmaaltijd.

- Voor het onderzoek 'Genieten aan tafel' is, net als voor de pilot 'De Genietende Groene Tafel', gekozen om zoveel mogelijk biologische producten te gebruiken voor de maaltijden (uitgangspunt was minimaal 50%). Binnen het onderzoek werd gewerkt met de reguliere leverancier van de betreffende zorginstelling wat betreft inzet van producten voor de maaltijd (en daarmee ook de gewenste inzet van biologische producten). In de praktijk bleek een groot verschil te zitten tussen de verschillende leveranciers in de mate waarin zij levering van biologische producten konden waarmaken, zowel wat betreft assortiment als prijs. Daarbij bleek regelmatig dat wat mondeling aan mogelijkheden werd toegezegd, in de praktijk regelmatig niet waargemaakt kon worden. In het onderzoek deden kleinere leveranciers het daarbij veelal beter dan de grote leveranciers, zowel wat betreft assortiment als wat betreft prijs.

Aandachtspunten

Uit de praktijk van het onderzoek zijn een aantal aandachtspunten naar voren gekomen die bij de toepassing van dit concept en deze werkwijze belangrijk zijn om mee te nemen, om dit concept succesvol te kunnen uitvoeren:

- Een andere manier van werken vraagt andere kennis bij het personeel, hier zal het personeel in geschoold moeten worden;
- De eilandencultuur in zorginstellingen werkt belemmerend; er is meer samenwerking en uitwisseling tussen de verschillende diensten nodig. Vraaggericht werken vanuit de waarden van de organisatie zal daarbij leidend moeten zijn;
- Uitgewerkte visies op het gebied van 'eten en drinken' en 'wonen en zorg' geven het personeel meer handvatten in hoe te handelen en te communiceren;
- Te nemen beslissingen moeten continu gespiegeld worden aan de bestaande visie en de gekozen werkwijze (ook wanneer het b.v. over hygiëne gaat, is eigen regie en zelfredzaamheid een factor die de wijze van uitvoering mede bepaalt);
- Meer concrete ondersteuning en voorbeeldgedrag is nodig vanuit het management; dit vraagt op dat niveau concrete kennis van het werkproces en een andere invulling van de functie van de manager;
- Extra aandacht voor de fysieke omgeving. Het personeel ervaart beperkingen in participatie doordat de fysieke inrichting van het gebouw niet bijdraagt aan het zoveel mogelijk zelf laten doen door de cliënten. Dit maakt de zorglast voor het personeel groter (denk daarbij aan te hoge koelkast, kastjes niet handig, deurknop of lichtknop onbereikbaar, tafel te breed etc.);
- De input van cliënten zal met dit concept en deze werkwijze continu meer serieus genomen moeten worden en kan meer gebruikt worden om de inrichting van de processen verder te verbeteren. Alleen op deze manier krijgt de cliënt ook daadwerkelijk verantwoordelijkheid voor de uitvoering en de te maken keuzes. Uit het onderzoek blijkt dat de wijze waarop het personeel een situatie inschat t.o.v. een cliënt, regelmatig afwijkt van hoe de cliënt er zelf over denkt. Voorbeelden hiervan zijn de mate van eetlust, hoe de kwaliteit van leven wordt ervaren en de inschatting van de fysieke mogelijkheden van de cliënt. Het blijven communiceren met de cliënten is dan ook essentieel;
- Meer inhoudelijke communicatie binnen de teams en afdelingen is nodig om meer uitwisseling te realiseren over ieders werkwijze en ervaringen. Naast dat het leerzaam is, maakt het het gemakkelijker alle neuzen dezelfde kant op te krijgen. Nu zijn overleggen veelal praktisch ingericht; overleg over de visie en hoe dit vertaald wordt naar de praktijk komt nauwelijks aan bod;

- Regelmatige evaluatie van het gebruik van medicijnen, gebruik van dieetproducten en mate van voedselverspilling is belangrijk om de kosten te blijven beheersen. Medische noodzaak versus eigen regie en kwaliteit van leven zijn daarbij belangrijke aandachtspunten;
- Om een goede maaltijd te kunnen serveren, ook voor de toekomst, is blijvende aandacht voor de kwaliteit van de warme maaltijden noodzakelijk. Denk hierbij aan een bereiding die meer op maat en smaak is voor de cliënt, de kwaliteit van het product zelf en het meer aandacht geven aan de wijze van verhitte van de maaltijd en wat dit voor invloed heeft op de smaak ervan;
- T.a.v. het wegen van cliënten moet duidelijk zijn voor het personeel wat de meerwaarde hiervan is en op welke wijze het wegen van cliënten betrouwbare informatie geeft. Het door iedereen hanteren van een juist weegprotocol is daarbij belangrijk, zodat verschillende weegresultaten ook daadwerkelijk met elkaar vergeleken kunnen worden. Tijdstip van wegen (voor / na de maaltijd, voor / na toiletgang), aan te houden kleding, schoon incontinentie materiaal, goede weegapparatuur, juiste gewicht rolstoel en een goede notering zijn daarbij belangrijke aspecten. Binnen het onderzoek werd in zijn algemeenheid de uitvoering van het wegen onvoldoende nauwkeurig gedaan, waardoor uit deze gegevens geen conclusies getrokken konden worden;
- De fysieke participatie van cliënten wordt niet optimaal benut, omdat er vooral naar medische hulpmiddelen gekeken wordt (huishoudelijke hulpmiddelen worden dus veelal niet meegenomen in de werkwijze zoals b.v. bepaalde openers, pakhouders, handknijpers, dienbladen op wieltjes etc.). Hierin is nog veel winst te behalen t.a.v. zelfredzaamheid en verlichting van de zorglast bij het personeel.

Tot slot

Alle resultaten vanuit de praktijk van dit onderzoek hebben als voorwaarde dat er een cultuurverandering plaatsvindt; een bewustwording die duidelijk maakt dat er op een andere manier ‘zorg’ verleend moet gaan worden (regie bij de cliënt met behoud van verantwoordelijkheden, zelf blijven doen als cliënt wat je zelf kunt etc.).

Deze cultuurverandering heeft tijd nodig; het is een langdurig proces en moet plaatsvinden binnen alle lagen en afdelingen van de organisatie, waarbij het onderwerp continu op de agenda moet blijven staan om succesvol te kunnen zijn.

Het onderzoek had een beperkte tijdsduur, waardoor een aantal resultaten mogelijk (nog) niet zichtbaar werden. Gekeken naar de analyses uit de praktijkobservaties is de conclusie gerechtvaardigd dat, bij het langer doorvoeren van het concept, meer resultaten behaald zullen worden die ook meetbaar zijn binnen de bestaande onderzoeksmethoden.

Auteur:

Phyllis den Brok - Praktijkexpert onderzoek ‘Genieten aan tafel’.

www.phliss.nl

phyllis@phliss.nl

06-22956623

