

De Genietende Groene Tafel

Een pilot-onderzoek naar wat goed eten en drinken binnen de zorgsector kan opleveren.



Phyllis den Brok – Phliss. Projectleider “De Genietende Groene Tafel”

Marchel Gorselink – Wageningen UR, Food and Biobased Research. Projectleider onderzoekspilot

“In de nabije toekomst zullen politici, ondernemers en managers binnen de non-profitsector zich steeds meer bewust worden van de essentiële en noodzakelijke relatie tussen eten, landbouw, milieu, gezondheid, cultuur, economie, diversiteit, een goede sociale structuur en menselijk geluk.” Vrij naar Carlo Petrini, stichter en president van SlowFood International.

Colofon



Ministerie van Landbouw, Natuur en
Voedselkwaliteit



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Titel	<i>De Genietende Groene Tafel</i>
Auteur(s)	<i>Phyllis den Brok, Marchel Gorselink</i>
Publicatiedatum	<i>4 oktober 2010</i>
Vertrouwelijkheid	Dit rapport beschrijft onderzoek dat is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedsel.

Contactpersonen:	
Phyllis den Brok	Marchel Gorselink
Phliss	Wageningen UR Food & Biobased Research
Busweg 54	Postbus 17
5632 PN Eindhoven	NL-6700 AA Wageningen
Tel: 06.22956623	Tel: 0317.485 852
E-mail: Phyllis@dse.nl	E-mail: Marchel.Gorselink@wur.nl
Internet: www.phliss.nl	Internet: www.fbr.wur.nl

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, hetzij mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. De uitgever aanvaardt geen aansprakelijkheid voor eventuele fouten of onvolkomenheden.

Voorwoord

Voor u hebt u de verslaglegging van de onderzoekspilot “De Genietende Groene Tafel”, welke in opdracht van de ministeries LNV en VWS is uitgevoerd door Phliss en Wageningen UR – Food and Biobased Research.

Het rapport omvat een overzicht van hoe het onderzoek is opgezet in de specifieke zorginstelling en wat de belangrijkste wetenschappelijke en praktische resultaten zijn uit dit onderzoek. Daarnaast omvat dit rapport ook handvatten voor verder wetenschappelijk onderzoek.

Deze korte rapportage is in eerste instantie geschreven voor raad van besturen, directie en managers van zorginstellingen. Een wetenschappelijke rapportage en een uitgebreide praktische handleiding volgen nog.

Phyllis den Brok – Phliss Projectleider “De Genietende Groene Tafel”.

Marchel Gorselink – Wageningen UR Food and Biobased Research, projectleider onderzoekspilot

Oktober 2010

Inhoudsopgave

1 Samenvatting	5
2 Aanleiding van het onderzoek	7
3 Wetenschappelijk onderzoek	10
3.1 Methoden	11
3.2 Resultaten & Discussie	11
4 Vertaling naar de praktijk	15
4.1 Beschrijving van het concept “De Genietende Groene Tafel”	15
4.2 Beschrijving van de praktische opzet van “De Genietende Groene Tafel”	17
4.3 Praktische vertaling van het concept naar de zorglocatie	20
5 Analyse praktijkresultaten	21
5.1 Analyse praktijkresultaten – ervaringsgegevens	21
5.2 Eerste vertaling naar de kosten.	23
6 Leerervaringen uit het onderzoek – wetenschap en praktijk	25

1 Samenvatting

De concrete aanleiding voor deze onderzoekspilot was de uitspraak van minister Verburg bij het uitreiken van de LNV Smaakprijs op het congres Gastvrijheidszorg met Sterren op 28 mei 2009: "*Waar ik geïnteresseerd in ben is hoeveel pillen door een goede maaltijd kunnen worden vervangen*". Het ministerie van LNV is in samenwerking met het ministerie van VWS kort daarna gestart met het initiëren van een verkennend onderzoek. Dit heeft in 2010 geresulteerd in een onderzoekspilot in de ouderen zorg, genaamd '*De mooie maaltijd in de zorg*'. In dit pilot onderzoek is primair de focus gelegd op voedselinname in relatie tot een duurzaam totaal concept, genaamd '*De Genietende Groene Tafel*'.

Het hier gepresenteerde pilot onderzoek heeft als doel het management in zorginstellingen te ondersteunen in wat goed eten en drinken kan opleveren voor de organisatie. Dit betekent dat resultaten in het pilot onderzoek enerzijds gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van leven van de cliënt, diens gezondheid en welbevinden (vertaalt in absolute voedselconsumptie en belevingsmetingen), maar dat deze resultaten tevens in toekomst nadrukkelijk financieel vertaald moeten worden, ondermeer in het gebruik van dieetproducten, mate van hulpvraag en de consequenties op het gebied van medicijngebruik.

De wetenschappelijk resultaten uit het pilot onderzoek laten zien dat het duurzame totaalconcept op het gebied van eten en drinken '*De Genietende Groene Tafel*' al binnen een korte periode van 8 weken een verbetering laat zien in de voedselinname van ouderen. Deze toename in voedselinname resulteert onder andere in een trend in de toename in gewicht vergeleken met de controle groep. Daarnaast zijn er een aantal praktische zaken geconstateerd waarmee rekening dient te worden gehouden, als binnen een zorginstelling gekozen wordt voor een duurzaam totaalconcept. Het gaat hierbij om de volgende constatering:

- Het invoeren van een duurzaam totaalconcept vraagt een goede, stapsgewijze voorbereiding om voldoende draagvlak te creëren bij bewoners, personeel en mantelzorg.
- De praktische vertaalslag van een concept naar de praktijk moet passen binnen de visie en werkwijze van de zorginstelling en aansluiten bij haar bewoners.
- Het gebruik van biologische producten is op zich duurder, maar vermindering in het gebruik van dieetproducten kan mogelijk deze extra kosten compenseren. In de controlegroep werd namelijk 50% meer dieetproducten gebruikt. Dit verschil in gebruik is niet direct toe te

schrijven aan dit onderzoek, omdat hiervoor het onderzoek te kort was. Wel is het een interessante constatering waarvoor in een mogelijk vervolgtraject aandacht aan gegeven zou moeten worden.

2 Aanleiding van het onderzoek

Momenteel zijn er in Nederland bijna 2.4 miljoen ouderen boven de 65 jaar (13.6 % van de totale bevolking), en de verwachte groei voor 2030 laat een toename zien tot 3.8 miljoen ouderen van 65 jaar of ouder (21.5% van de totale bevolking). Van de bijna 2,4 miljoen Nederlanders van 65 jaar en ouder wonen er momenteel rond 100.000 (4.5%) in een verzorgingshuis en 50.000 (2.2%) in een verpleeghuis. Uit het rapport landelijke prevalentie meting zorgproblemen 2009 volgt dat 27.8% van deze ouderen in zorginstellingen in Nederland lijdt aan ondervoeding en nog eens 51.7% een risico loopt op ondervoeding¹. Cijfers van de prevalentie en risico's op ondervoeding voor de thuiswonende ouderen en de ouderen in de ziekenhuiszorg zijn vergelijkbaar. Prevalentie cijfers van ondervoeding zijn overigens opmerkelijk hoog in alle sectoren van de gezondheidszorg (10-60%), met als gevolg hoge overheidsuitgaven en collectieve kosten^{2,3}. Deze cijfers hebben ertoe geleid dat VWS in 2009 advies heeft gevraagd aan de Gezondheidsraad over de ondervoedingsproblematiek in de zorg en daarbuiten. Medio 2011 zal dit advies gereed zijn.

Het consumentenplatform van het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV) wil dat de overheid meer doet aan de bewustwording van gezond eten door ouderen. Dat is het resultaat van de consumentenplatform bijeenkomst van 12 maart 2010; deze keer mede georganiseerd door het ministerie van VWS. Voor ouderen in zorginstellingen moet de maaltijd en de sfeer waarin wordt gegeten, worden verbeterd. Ook roept het de overheid op om meer sturend op te treden als het gaat om inkoop van gezond en duurzaam voedsel. Daarnaast adviseert het consumentenplatform te investeren in preventie, zodat ouderen zolang mogelijk gezond blijven.

Het ministerie van LNV hecht veel belang aan gezond leven. Gezond en duurzaam voedsel staan al enkele jaren extra in de aandacht. LNV richt zich daarbij zowel op het vergroten van het aanbod van duurzame en gezonde voedselproducten als het stimuleren van duurzaam en gezond eetgedrag van Nederlanders (nota Duurzaam Voedsel, 2009). LNV hecht daarbij extra belang aan een gezond en duurzaam voedselaanbod op plaatsen als scholen, zorginstellingen en ziekenhuizen, en trekt hierin

¹ Landelijke prevalentie meting zorgproblemen 2009

² Statton et al, 2003, Meijers et al, 2008

³ Russel 2001; Humphreys et al, 2002; Correia, Waitzberg, 2003

samen op met VWS. Het gaat dan niet alleen om mensen bewust te laten kiezen, maar ook door ze met een uitstekende productkwaliteit en de juiste omgeving te verleiden tot een duurzamer en gezonder eetpatroon. Een andere beleving en meer sociale binding zijn eveneens aandachtspunten. Waarbij er dus niet alleen aandacht is voor het voedselproduct zelf, maar ook de aandacht voor eten en de beleving van het eten. Juist deze combinatie van aspecten komt terug bij ondervoeding in zorginstellingen.

De ministeries van LNV en VWS zijn beiden van mening dat duurzaam en gezond prima samen gaan als we het hebben over voeding. Binnen de ouderenzorg is dat overigens geen eenvoudig vraagstuk. Om het goed aan te kunnen pakken zijn vernieuwende inzichten nodig, waarbij onderzoek en praktijk zoveel mogelijk samen moeten optrekken.

In de Voedingsnota (2007) van VWS en LNV is ingegaan op de koppeling tussen preventie en zorg. Hoe voeding onderdeel kan zijn van de behandeling van aandoeningen en hoe een gezond voedingspatroon in en buiten de zorg het proces van ziek worden uitstelt of vertraagd. Goede voeding binnen de zorg zou het medicijngebruik kunnen terugdringen of in ieder geval niet laten stijgen. De concrete aanleiding voor de onderzoekspilot, beschreven in dit rapport, was de uitspraak van minister Verburg bij het uitreiken van de LNV Smaakprijs op het congres Gastvrijheidszorg met Sterren op 28 mei 2009: *'Waar ik geïnteresseerd in ben is hoeveel pillen door een goede maaltijd kunnen worden vervangen'*. Dat investeren in de ambiance van eerlijk eten en drinken leidt tot minder zorgvraag en een verbetering van de kwaliteit van leven van de cliënt, is de overtuiging van de organisatoren van het congres, de cliëntenorganisatie LOC en het Koksgilde.

Er was behoefte aan meer wetenschappelijke onderbouwing van de praktijkwaarnemingen. Het ministerie van LNV heeft vervolgens bij Wageningen UR laten verkennen of er meer informatie te vinden is over mogelijke besparing van kosten in zorginstellingen (in het bijzonder medicijn gebruik) door een gezondere voedingssituatie te creëren. Er bleek opmerkelijk weinig onderzoek naar gedaan te zijn, maar de weinige publicaties gaven wel een positief beeld. Om een goed onderbouwd antwoord te kunnen geven (evidence based) is echter een grootschalig onderzoek noodzakelijk. De ministeries van LNV en VWS besloten om eerst te starten met een verkennend onderzoek. Dat heeft in 2010 geresulteerd in een door LNV gefinancierde onderzoekspilot in de ouderenzorg. In deze pilot is primair de focus gelegd op voedselinname in relatie tot een duurzaam totaal concept, genaamd *'De Genietende Groene Tafel'*. Bovendien werd in de pilot verkend welke meetmethoden er mogelijk

zijn in een zorgomgeving zonder daarbij de ouderen of het betrokken personeel te belasten of te beïnvloeden.

Het hier gepresenteerde pilot onderzoek heeft als doel het management in zorginstellingen te ondersteunen in wat goed eten en drinken kan opleveren voor de organisatie (zowel wat betreft de beleving, gezondheid als op financieel vlak). Dit betekent dat resultaten in het pilot onderzoek enerzijds gericht zijn op verbetering van de kwaliteit van leven van de cliënt, diens gezondheid en welbevinden (vertaalt in absolute voedselconsumptie en belevingsmetingen), maar dat deze resultaten tevens in toekomst nadrukkelijk financieel vertaald moeten worden, ondermeer in het gebruik van dieetproducten, mate van hulpvraag en de consequenties op het gebied van medicijngebruik. Deze aspecten worden meegenomen in een vervolgonderzoek in opdracht van VWS en LNV waarvan de voorbereidingen reeds gestart zijn.

3 Wetenschappelijk onderzoek

Uit het rapport landelijke prevalentie meting zorgproblemen 2009 volgt dat meer dan kwart van ouderen in zorginstellingen in Nederland lijdt aan ondervoeding en nog eens de helft van deze kwetsbare groep een risico loopt op ondervoeding. Eén van de mogelijke oorzaken hiervoor is dat bij het ouder worden de balans tussen interne signalen (verzadiging, honger) en externe signalen (sociale omgeving) lijkt te verschuiven naar de externe factoren. Dit blijkt onder andere ook uit het onderzoek van K. Nijs (2006) waar de kwaliteit van leven en voedselinname van cliënten toeneemt wanneer *'family style'* maaltijden worden aangeboden. Dit onderstreept de gevoeligheid van ouderen voor externe factoren. Naast de omgeving speelt natuurlijk ook mee dat het product zelf invloed kan hebben op de smaak beleving.

In deze onderzoekspilot is de mogelijke invloed van een duurzaam totaalconcept op het gebied van eten en drinken (in dit geval het concept "De Genietende Groene Tafel") op de voedingsinname van cliënten in de zorg onderzocht. Het onderzochte concept bestond uit een aanpak op drie niveaus, namelijk:

- Product niveau (bv. maaltijden bereid met minst 60% biologische producten aangevuld met producten zonder synthetische geur-, kleur-, smaak- en conserveringsmiddelen)
- Persoon niveau (bv. verbeterde ondersteuning en sociale interactie tussen cliënt en personeel, cliënten worden gemotiveerd om actief te participeren)
- Presentatie niveau (bv wijze van presenteren van de maaltijd, aankleding van de tafel en de ruimte waarin gegeten wordt)

Het wetenschappelijke doel van het onderzoek was:

1. Het onderzoeken van het effect van het concept "De Genietende Groene Tafel" op de voedselinname en de tevredenheid van ouderen in verpleeghuizen.
2. Het verkennen van het effect van het concept "De Genietende Groene Tafel" op de kwaliteit van leven (lichamelijk en geestelijk welzijn) van ouderen in verpleeghuizen.

3.1 Methoden

In totaal hebben 68 cliënten met een lichamelijke beperking (klassiek somatisch) meegedaan aan het onderzoek. De controlegroep waren 40 cliënten die wonen in het verpleeghuis Vita Nova in Oss (BrabantZorg). De experimentele groep waren 28 cliënten die wonen in het verpleegcentrum De Watersteeg (BrabantZorg). Het onderzoek heeft in totaal 12 weken geduurd (3 x een menucyclus van 4 weken). Beide groepen (controle groep en experimentele groep) kregen eerst hun normale hoofdmaaltijden in hun gebruikelijke eetomgeving (eerste menucyclus, 4 weken; controle fase). De controlegroep in Oss heeft voor de vervolperiode (8 weken) deze normale cyclus in de hoofdmaaltijden voortgezet. Bij de experimentele groep in Veghel is het concept "De Genietende Groene Tafel" toegepast in de vervolgeweken.

Wat met name gemeten werd was de voedselinname tijdens de hoofdmaaltijd. Andere metingen die plaatsvonden waren het lichaamsgewicht, de voedingsstatus van de ouderen, de kwaliteit van leven, de mentale toestand van de ouderen en de beleving van hun maaltijd. De voedselinname tijdens de maaltijden is bepaald aan de hand van in totaal 26 camera's, die in de zorginstellingen geplaatst zijn, zodat de waarnemingen de omgevingsambiance niet verstoorden. Deze aanpak in het onderzoek is positief beoordeeld door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van Wageningen Universiteit.

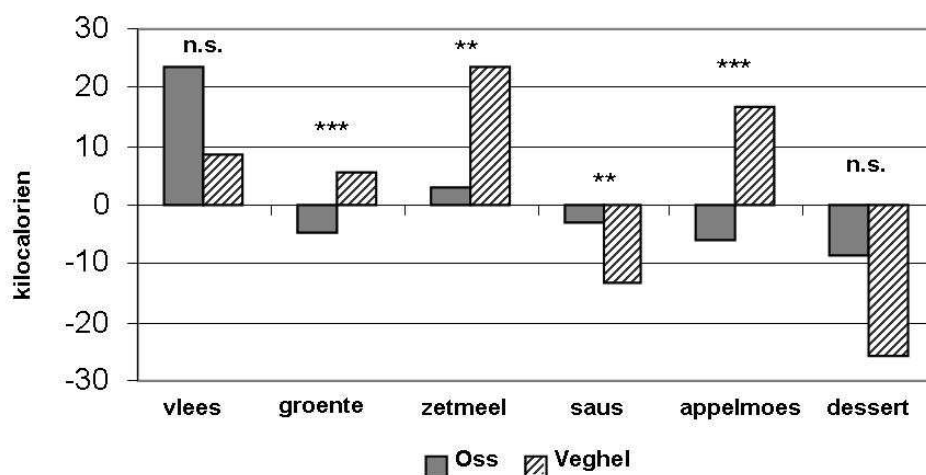
3.2 Resultaten & Discussie

Zoals in **Tabel 1** te zien is, waren de twee groepen in Veghel en Oss bij de start van de pilot vergelijkbaar wat opbouw betreft.

Tabel 1 . Achtergrond informatie over cliënten per locatie

		Oss (n=40)	Veghel (n=28)
Leeftijd		50-96 (gemiddeld = 79.1)	49-97 (gemiddeld=77.9)
Geslacht	<i>Man</i>	10	5
	<i>Vrouw</i>	30	23
ZZP		5-9(M=6.35)	5-9(M=6.39)
Diagnose	<i>CVA</i>	26 (65%)	18(64%)
	<i>Letsels/kwetsures</i>	4(10%)	1(4%)
	<i>Neurologisch</i>	3(7.5%)	3(11%)
	<i>Gezwellen</i>	2(5%)	2(7%)
	<i>Anders</i>	5(12.5%)	4(14%)
Ondervoed	<i>Ja</i>	3(7.5%)	1(4%)
	<i>Kans op</i>	27(67.5%)	15(54%)
	<i>Nee</i>	10(25%)	12(43%)
Dementia	<i>Geen</i>	1(2.5%)	8(29%)
	<i>Licht</i>	4(10%)	2(7%)
	<i>Medium</i>	15(37.5%)	8(29%)
	<i>Zwaar</i>	12(30%)	2(7%)
	<i>Geen meting</i>	8(20%)	8(29%)

In grafiek 1 is te zien wat het verschil is in de gemiddelde inname per persoon tussen de controleperiode en interventiefase. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de belangrijkste productgroepen in de hoofdmaaltijd (vlees, groente, zetmeel, saus, appelmoes, dessert).



Figuur 1 Verschil in gemiddelde energie inname per persoon tussen [menucyclus 3] en [menucyclus 1]

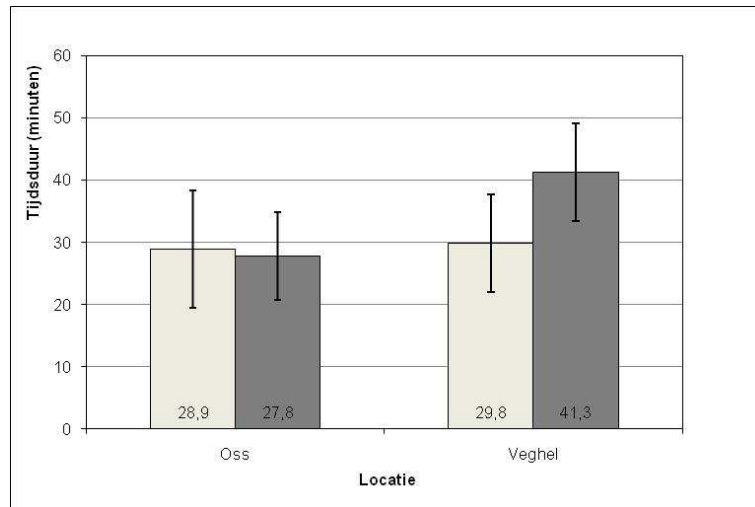
Van alle producten die op de tafel in schalen zijn neergezet, wordt in Veghel gemiddeld meer gegeten (ten opzicht van controle fase). Het gaat hierbij om groenten (+32%), zetmeel component

(aardappelen, pasta's) (+29%) en appelmoes (+76%). Verder is opvallend dat er in beide groepen een afname in saus en dessert inname is. Bij het dessert valt deze sterke afname in Veghel te verklaren door verandering in de calorische waarde van het dessert in menucycclus 3. In plaats van vla of yoghurt met een gemiddelde energiewaarde van 200 kcal per portie was er toen ook de mogelijkheid om een fruitdessert te eten (met een lagere gemiddelde energiewaarde van 100 kcal).

Het totaal resulteert in de volgende trends. Er is een trend zichtbaar in de afname van lichaamsgewicht (-0.4 kg) in de controle groep Oss, terwijl de experimentele groep in Veghel een gemiddelde toename van +0.6 kg laat zien. Dit komt overeen met de trend van een toename van de totale energie-inname van 3% in Veghel. In Oss (de controle groep) neemt de energie-inname in dezelfde periode met 2% af. Dit is opvallend, omdat deze veranderingen in een relatief korte tijdsperiode behaald zijn.

Er zijn overigens geen significante veranderingen vastgesteld in de kwaliteit van leven en in de mentale toestand van de ouderen. Echter van de 68 cliënten die meededen met het onderzoek konden er 26 niet geïnterviewd worden, doordat de cliënten of te grote fysieke of geestelijke beperkingen hadden, niet meer konden praten of gewoon niet wilden vanwege de hoge impact die sommige vragen hadden op de proefpersonen. Hierdoor is het lastig om deze resultaten op juistheid te evalueren.

De maaltijden worden in de controle fase op allebei de locaties als goed beleefd wat betreft de smaak, het uiterlijk, de temperatuur, de sfeer van de eetomgeving en de aankleding van de eettafels. Er vond geen verandering in de maaltijd beleving plaats in de controle groep in Oss, terwijl er een significante toename was in de beleving in de experimentele groep in Veghel. Dit effect op beleving was ook zichtbaar in de toegenomen duur van de maaltijd (figuur 2)



Figuur 2 Gemiddelde maaltijdduur van de controle locatie (Oss) en experimentele locatie (Veghel) - controle fase (licht grijs), interventie fase (donker grijs)

4 Vertaling naar de praktijk

In dit hoofdstuk wordt het concept “De Genietende Groene Tafel” kort toegelicht en wordt een beschrijving gegeven van hoe het onderzoek in de praktijk is voorbereid en uitgevoerd.

4.1 Beschrijving van het concept “De Genietende Groene Tafel”

In het pilotonderzoek is onderzocht wat goed eten en drinken kan opleveren voor een zorginstelling op de gebieden beleving, gezondheid en kostenbesparing. De resultaten uit dit onderzoek zijn verkregen door het toepassen van het duurzame totaalconcept “De Genietende Groene Tafel” .

Dit concept kent de volgende uitgangspunten:

- Eten en drinken zijn een integraal onderdeel van de zorginstelling.
- De maaltijd is voor de cliënt vaak het hoogtepunt van de dag.
- Voor de bereiding van de maaltijden is het belangrijk om te werken 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 en de omgeving (ambiance) waarin gegeten wordt.
- Werkwijze en houding van iedereen die participeert in het proces van eten en drinken zijn een wezenlijk onderdeel van het tot een succes maken van eten en drinken binnen een zorginstelling.
- Participatie van de cliënt is belangrijk, waarbij wordt uitgegaan van de mogelijkheden van de cliënt en niet de mogelijke beperkingen.
- Meer aandacht voor een betere maaltijd kan voor de zorginstelling financieel interessant zijn omdat het mogelijk op andere terreinen binnen de zorginstelling besparingen oplevert.

In het concept “De Genietende Groene Tafel” wordt als uitgangspunt genomen dat eten en drinken een essentiële basisactiviteit is. Door bewoners een duidelijke rol te geven bij die basisactiviteit, ook al is het maar beperkt, kan dat positief bijdragen aan het gevoel van eigenwaarde bij de bewoners. Tevens draagt goed eten en drinken bij aan de fysieke en mentale weerbaarheid van de betreffende persoon. Hierdoor zijn positieve effecten op de kosten op medicinaal vlak te verwachten. Kanttekening bij de pilot is dat het concept “De Genietende Groene Tafel” in afgeslankte vorm is toegepast. Redenen hiervoor waren met name de korte duur van het onderzoek, het opbouwen van

ervaring met real-life onderzoek en dat vanuit kostenogpunt alleen de warme maaltijd meegenomen kon worden.

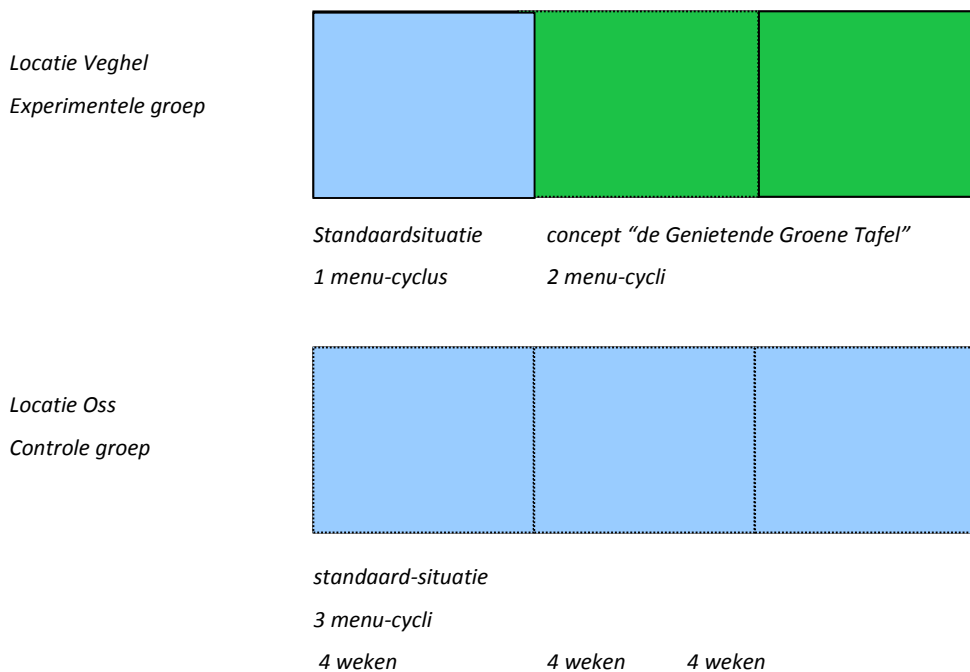


De tafelaankleding in De Watersteeg voor (boven) en na (onder) het onderzoek.
Fotografie: Aida Jaber, redactie Gastvrije Zorg, B + B Vakmedianet

4.2 Beschrijving van de praktische opzet van “De Genietende Groene Tafel”

Het uitgevoerde onderzoek heeft plaats gevonden onder klassiek somatische cliënten. Daarnaast is gebruik gemaakt van een controlegroep, bestaande uit een vergelijkbare groep somatische cliënten (zie tabel 1). De opzet van het onderzoek was als volgt:

- Voor beide groepen vond een nulmeting plaats voor de duur van 4 weken. Op het einde van de 0-meting werden interviews gedaan met de bewoners en het personeel, en werden de bewoners gewogen. Bovendien werd het aantal dieetproducten geïnventariseerd.
- Hierna werd voor de duur van 8 weken op de test-locatie het concept “De Genietende Groene Tafel” toegepast, voor de controle-groep veranderde er niets. Aan het einde van het onderzoek vonden nogmaals dezelfde interviews en metingen plaats voor beide groepen, zoals deze aan het begin van het onderzoek al een keer waren uitgevoerd.



Het onderzoek spitste zich toe op de warme maaltijd. Deze bestaat voor beide locaties uit de volgende maaltijdcomponenten: vlees/vis, groente, zetmeel, appelmoes en een dessert. Het concept “De Genietende Groene Tafel” heeft zich gericht op drie onderdelen:

- **Productkeuze.** Uitgangspunt voor de productkeuze waarmee de warme maaltijd werd bereid waren smaak, beleving en duurzaamheid. Op basis van deze uitgangspunten is zoveel mogelijk gekozen voor producten vanuit de biologische teelt en streekproducten. In dit pilot-onderzoek

is de keuze gemaakt om minimaal 60% biologische producten te gebruiken als maaltijdcomponenten voor de warme maaltijd. Dit werd zoveel mogelijk aangevuld met producten zonder synthetische geur-, kleur- of smaakstoffen en zonder synthetische conserveringsmiddelen.

- Presentatie van de maaltijd. Er is extra aandacht gegeven aan de aankleding van de tafel en de eetruimte, en hoe de maaltijd werd gepresenteerd. Voor alle bewoners werden zowel tijdens de 0-meting als tijdens de testfase de borden opgeschept met eenzelfde hoeveelheid eten. In de testfase werden daarnaast op de testlocatie extra groente, zetmeel en appelmoes in schaaltes op tafel gezet, zodat de bewoners van deze onderdelen naar wens nog extra konden opscheppen. Tevens werd het tijdstip van eten en de duur van de maaltijd aangepast en zijn er aanpassingen gemaakt in de wijze waarop het eten wordt gepresenteerd (garnering etc.) Op de testlocatie aten de bewoners zowel in het restaurant als in de huiskamer van de woning. In de controlegroep werd door iedereen in de gezamenlijke huiskamers gegeten.
- Ondersteuning door het personeel. Er waren aanpassingen in de werkwijze en ondersteuning door het personeel bij de maaltijd. Het betrof hier kleding, verbale en non-verbale communicatie, tijd en aandacht die aan de maaltijd gegeven werd en het laten participeren van de bewoners bij de maaltijd of in de aanloop daarvan.



Foto op de informatiefolder speciaal gemaakt voor de bewoners

Primair doel vanuit onderzoeksoogpunt was om de absolute voedselinname van de cliënt te verhogen. Secundaire doelen vanuit het onderzoek waren: meten van de (maaltijd)beleving door de cliënt, wat invoering van dit concept in relatie tot het gebruik van dieetproducten en de mate van zorgvraag betekende en wat invoering van het concept in financieel opzicht betekende voor de zorginstelling. Bij aanvang van het onderzoek was overigens al duidelijk dat voor de secundaire doelstellingen nog geen concrete resultaten konden worden verwacht, mede door de korte duur

van het onderzoek. Wel was het de bedoeling om hiermee ervaringen op te doen in een real-life setting om in te kunnen zetten in een mogelijk vervolgonderzoek.

Voor de registratie van de gegeten hoeveelheden door de bewoners is gebruik gemaakt van camera's die boven de eettafels hingen. Zij registreerden hoeveel er gegeten werd en of er verder nog extra werd opgescheept door de bewoners vanuit de schalen. Door middel van het wegen van zowel datgene wat werd opgescheept aan het begin van de maaltijd, als datgene wat naderhand op de borden en in de schalen achterbleef, vond hiervoor een dubbel-check plaats. Deze metingen gebeurden op twee vaste dagen per week gedurende de hele periode van het onderzoek.



Foto's van het labelen en wegen van de restanten op de borden na afloop van de maaltijd.

Tijdens het onderzoek is hetzelfde aantal FTE aan personeel ingezet in zowel de keuken, het restaurant als de zorg, als voorafgaand aan het onderzoek. Wel zijn er soms aanpassingen gedaan in de pauze-tijden, de wijze van werken en zijn processen soms anders ingericht. Het personeel is hierin ondersteund door middel van video-interactie.

4.3 Praktische vertaling van het concept naar de zorglocatie

Toepassen van het concept “De Genietende Groene Tafel” kan worden onderverdeeld in voorbereiding en uitvoering. De volgende stappen en onderdelen zijn daarbij te onderscheiden:

Vorbereiding

- a. Informeren / verkrijgen van toestemming / creëren van draagvlak bij management, cliëntenraden en bewoners.
- b. Uitwerken van het concept met het management en vertalen naar de concrete locatie
- c. Overleg met cliënten, personeel, vrijwilligers en mantelzorg over hun huidige ervaringen met eten en drinken en hun wensen daarin.
- d. Het in kaart brengen en afwegen van risico's bij invoering van de mogelijke veranderingen.
- e. Besluiten welke veranderingen concreet worden doorgevoerd.
- f. Vorbereiden van de veranderingen door het informeren van het personeel, cliënten, mantelzorg en vrijwilligers.

Uitvoering:

- a. Minimaal gebruik van 60% biologische producten bij de warme maaltijd, aangevuld met producten zonder synthetische geur-, kleur-, smaak- en conserveringsmiddelen.
- b. Extra aandacht voor de presentatie van zowel de maaltijd als de ruimte waarin gegeten wordt.
- c. Coaching en ondersteuning over de rol van cliënten, personeel, vrijwilligers en mantelzorg bij de inrichting en uitvoering van de maaltijd.
- d. Scholen van personeel om beter aan te sluiten qua vaardigheden bij de gewenste werkzaamheden.
- e. Begeleiding op de werkvloer gedurende het gehele onderzoek.

5 Analyse praktijkresultaten

5.1 Analyse praktijkresultaten – ervaringsgegevens

In het onderzoek zijn naast de primaire onderzoeksvraag, de voedselinname, ook de secundaire onderzoeksitems geanalyseerd, namelijk: het gebruik van dieetproducten, mate van zorgvraag en kwaliteit van leven van de cliënt. De wetenschappelijke resultaten hiervan zijn weergegeven in hoofdstuk 4. In deze paragraaf worden de resultaten vermeld die voortgekomen zijn uit de analyse van praktijkervaringen en gesprekken met personeel en cliënten.

– *Resultaten ten aanzien van de voedselinname*

Gedurende de korte periode van onderzoek werd er op de testlocatie meer gegeten en dit resulteerde in de trend van een gewenste gewichtstoename van gemiddeld 0,6 kg. Dit in tegenstelling tot de controle-groep waar gedurende dezelfde periode een ongewenste trend van gewichtsafname is geconstateerd van gemiddeld 0,4 kg. Opvallend hierbij is wel dat de gewichtstoename op de testlocatie vooral behaald werd in het restaurant en nauwelijks bij de mensen die aten op de huiskamers.

Daarnaast bleek dat mensen die bewust voor het beroep van gastvrouw hadden gekozen, beter in staat waren om een goede ambiance te realiseren bij de maaltijd dan het zorgpersoneel.

– *Resultaten ten aanzien van het gebruik van dieet-producten:*

Vanuit beide locaties wordt dezelfde werkwijze gehanteerd omtrent het verstrekken van deze dieet-producten: het verstrekken van een dieetproduct is doorgaans gekoppeld aan het gewicht van de bewoner en diens gewichtsverleden (is hij binnen korte tijd veel afgevallen). In de controlegroep werd 50% meer dieetproducten gebruikt (ook wel 'extra verstrekkingen' genoemd). Dit verschil in gebruik is niet direct toe te schrijven aan dit specifieke onderzoek, omdat hiervoor het onderzoek te kort was. Wel is het een interessante constatering waarvoor in een mogelijk vervolgtraject aandacht aan gegeven zou moeten worden.

– *Resultaten ten aanzien van de kwaliteit van leven.*

In de experimentele groep bleven bewoners langer aan tafel zitten. Ondanks dat hebben de bewoners de tijdsduur als korter ervaren. Bovendien staan ze positief tegenover de aangeboden hoeveelheid eten. Opmerkelijke aspecten hierbij:

- In het begin van de testfase hadden de medewerkers nog moeite met het anders uitvoeren van de werkzaamheden onder andere omdat ze nog niet voldoende vertrouwd waren met de nieuwe werkwijzen. Hierdoor ontstond in eerste instantie extra ontevredenheid bij de bewoners.
- Uit gesprekken met bewoners kwam naar voren dat men het lastig vond om met veranderingen om te gaan. Hierdoor werden de veranderingen in eerste instantie als negatief bestempeld. Uiteindelijk bleek men juist heel tevreden met de ingezette wijzigingen.
- Uit gesprekken met het personeel bleek dat ook een aantal personeelsleden en mantelzorgers moeite hadden met de veranderingen, en dit ook uitten in hun dagelijkse communicatie met de bewoners. Hierdoor ontstond op sommige plekken in groepsverband een versterking van negatieve gevoelens over de gemaakte veranderingen.

– *Resultaten op gebied van zorgvraag.*

Ofschoon beide zorglocaties een zorg-alarmeringssysteem hebben, zijn de gegevens hiervan voor dit pilot niet bruikbaar gebleken omdat het niet mogelijk bleek om op betrouwbare wijze de gewenste gegevens uit de systemen te halen. Dit betekent dat er geen inzicht is in het aantal keren dat op de verschillende locaties gealarmeerd wordt door de bewoners en hoe dit staat in verhouding tot elkaar. Uit gesprekken met het personeel op beide locaties leek er wel een verschil in hun beleving van hoe vaak er gebeld werd door de cliënten (namelijk meer zorgvraag op de controle locatie), maar dit is in deze pilot helaas niet met gegevens te onderbouwen.

– *Bevindingen op organisatie niveau.*

Het invoeren van een totaalconcept rondom eten en drinken doet een beroep op en heeft consequenties voor alle afdelingen en personeelsgroepen binnen de zorginstelling. Samenwerking en een goede communicatie tussen de verschillende afdelingen is dan erg belangrijk voor het succesvol neerzetten van een dergelijk totaalconcept. Aandachtspunten hierbij zijn het overbruggen van verschillen en het creëren van begrip en waardering voor elkaars werk. De verandering in de

wijze van werken zoals heeft plaatsgevonden bij de invoering van dit concept vraagt bovendien om extra aandacht voor scholing en coaching van het personeel.

De kennis en leverbaarheid van biologische c.q. duurzame producten bij zowel zorginstelling als leverancier (met name de distributeur) is op dit moment nog onvoldoende. Er is onvoldoende kennis aanwezig over de betekenis van logo's en waar producten aan moeten voldoen om een bepaalde certificering te mogen voeren. Daarnaast sluiten vraag en aanbod nog onvoldoende op elkaar aan: er is een onvoldoende breed aanbod en de verpakkingsgroottes sluiten niet goed aan bij de werkwijze in de instellingskeukens.

5.2 Eerste vertaling naar de kosten.

Voor het maken van een reëel financieel overzicht van wat het invoeren van het duurzame totaalconcept "De Genietende Groene Tafel" de zorg aan kosten oplevert of juist bespaart is de tijdsduur van deze onderzoekspilot te kort geweest. Wel zijn een aantal gebieden aan te wijzen waar, gekeken naar de resultaten en praktijkervaringen uit dit onderzoek, er mogelijkheden lijken te liggen voor besparingen in de toekomst.

- *Kosten van de maaltijdcomponenten van een maaltijd met minimaal 60% biologische producten.*

Bij het pilot-onderzoek waren de kosten van de maaltijdcomponenten ongeveer 30% hoger. Op een maaltijdcomponentenprijs van ongeveer € 3,00 is dat € 1,00 per persoon. Aspecten die dit prijsverschil kunnen verlagen zijn:

- De Watersteeg – BrabantZorg heeft er voor gekozen dit onderzoek te doen met de huidige leverancier. Omdat voor deze partij het verstrekken van biologische producten relatief nieuw was, vergeleken met sommige gespecialiseerde leveranciers, was de prijs hoger.
- Tijdens het onderzoek is op verzoek van de instelling de originele menu-cyclus aangehouden. Omdat deze menucyclus geen rekening houdt met seizoensproducten, betekent dit dat er in het menu een aantal extra dure biologische producten zaten en zijn de financiële voordelen van relatief goedkopere seizoensproducten niet benut.

- In het onderzoek is alleen de warme maaltijd meegenomen. Om tot minimaal 60% biologische producten te komen zijn ook producten gebruikt die momenteel binnen de biologische markt onevenredig duurder zijn dan de reguliere producten (een voorbeeld is kipfilet).
- Het verdient aanbeveling om op productgebied naar duurzaamheid in meer brede zin te kijken omdat op die manier, binnen randvoorwaarden van verduurzaming, de financieel meest gunstige producten kunnen worden gebruikt.

- *Mogelijke kostenbesparingen op andere terreinen dan maaltijdcomponenten.*

Naast het beperken van extra kosten bij het gebruik van biologische producten, zijn ook gebieden te benoemen waar de invoering van dit concept mogelijke besparingen zou kunnen opleveren. Hierbij kan aan de volgende mogelijkheden worden gedacht:

- Het concept “De Genietende Groene Tafel” heeft geleid tot een grotere inname van voedsel. De gevonden trend dat cliënten op een gewenste manier aankomen in gewicht in plaats van afvallen vermindert de behoefte om dieetproducten te gebruiken. Het verschil in gebruik van het aantal dieetproducten tussen de controle-groep en de test-locatie was ruim voldoende om de extra kosten veroorzaakt door het gebruik van biologische producten te financieren.
- Het gebruik van dieet-producten is in een aantal gevallen noodzakelijk. Door meer te kijken of dieetproducten vervangen kunnen worden door 'normale' producten met een hoog energiegehalte kan dit een reductie opleveren van de kosten (dieet-producten zijn doorgaans aanmerkelijk duurder).
- Het feit dat de gewichtstoename van bewoners in het restaurant hoger was dan in de huiskamers, roept de vraag op of het inzetten van gastvrouwen naast c.q. in plaats van zorgpersoneel gedurende de dag voordelen kan opleveren. Het onderzoek geeft aan dat door het concept de bewoners meer genoten van de maaltijd, waarbij ze langer aan tafel zaten. Gedurende deze tijd aan tafel wordt er minder beroep gedaan op de zorg (eenvoudigweg omdat deze nauwelijks hierbij aanwezig is) en omdat er blijkbaar minder behoefte is aan zorg wanneer men in een prettige omgeving verkeert. In het kostenplaatje moet worden meegenomen dat gastvrouwen vaak goedkoper zijn dan zorgpersoneel.
- Meten is weten. Binnen een zorginstelling zijn veel digitale systemen waarbij vooraf gaand aan de aanschaf onvoldoende wordt afgevraagd welke managementinformatie deze kunnen leveren. De gegevens uit deze systemen zouden positief kunnen bijdragen aan het beter kunnen onderbouwen van beleidskeuzes en het efficiënter inzetten van middelen.

6 Leerervaringen uit het onderzoek – wetenschap en praktijk

Het huidige hoofdstuk geeft een aantal leerervaringen die handvatten geven in mogelijke vervolgtrajecten rondom toegepast onderzoek op het gebied van eten en drinken in de zorg. De leerervaringen zoals hier geformuleerd komen voort uit het neerzetten van een integraal concept. Het feit dat het integraal is (en dus expertiseoverstijgend) heeft een ondergenoemde consequenties.

Vanuit de zorg

Veranderingen rondom eten en drinken in de zorg zijn pas mogelijk als alle geledingen in de zorg, maar ook betrokkenen daaromheen als artsen, diëtisten, voedingsteams, etc., van het belang ervan overtuigd zijn. Hier biedt het onderzoek een belangrijke ondersteunende functie. Aan de andere kant vinden er in zorginstellingen voortdurend veranderingen plaats (menu, maaltijdvoorziening, woonomgeving) waarbij geen metingen worden verricht. Waardevolle informatie vanuit de praktijk wordt daarmee niet goed vastgelegd, en hier kan het onderzoek een belangrijke bijdrage leveren.

Een ander aspect van onderzoek is dat het meningen en feiten uit elkaar haalt. Een voorbeeld vanuit het huidige onderzoek: mensen aten meer door de extra bakjes op tafel (positief) maar de beleving was dat het vooral werd weggegooid (negatief).

Vanuit het onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek doen in een *real life* onderzoekssituatie heeft op verschillende niveaus een grote impact. Wetenschappelijk onderzoek kenmerkt zich normaal gesproken door standaardisatie van de situatie, uitgevoerd met een homogene populatie waarin effecten met gevalideerde meetmethoden worden geanalyseerd. Het onderzoek doen in een *real life* situatie vraagt juist flexibiliteit in bovengenoemde waarden van de wetenschap, waardoor het een enorme uitdaging wordt om valide wetenschappelijk onderzoek uit te voeren met een praktische implicatie.

Belangrijk bij *real life* onderzoek in de zorg is het vooraf al oog hebben voor een praktische vertaling en voortgang van de veranderingen als gevolg van het onderzoek. Deze vroegtijdige vertaling naar toepasbaarheid na het onderzoek zal het draagvlak doen toenemen, zowel bij de zorginstelling als bij externe partijen, die noodzakelijk zijn om een verandering succesvol te kunnen introduceren. Bij veranderingen in een zorginstelling moet rekening gehouden worden dat allerlei geledingen een rol

in dit proces spelen, zoals therapie, zorg, keuken, gastvrouwen, receptie, vrijwilligers, management, mantelzorg, algemene dienst, cliënten etc..

Al deze geledingen moeten vroegtijdig betrokken worden en voor iedere geleding zullen eigen werkinstructies ontwikkeld moeten worden. Daarnaast is het nog belangrijk om er rekening mee te houden dat veranderingen bij voorbaat mogelijk weerstand zullen geven, bij zowel personeel, cliënten, familie als management.

Naschrift

Het onderzoek 'De Genietende Groene Tafel' is gefinancierd door het ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit. Daarnaast is de praktische vertaalslag van het project ondersteund door Campina, Unilever, Kruidenier, Zwanenberg en CNFKoetsier. Zij ondersteunen het uitgangspunt van het onderzoek dat investeren in lekker en goed eten en drinken, op andere gebieden binnen de zorginstelling, geld kan besparen. Laatstgenoemde partijen hebben echter geen invloed gehad op de opzet, uitvoer en resultaten van het onderzoek noch op de samenstelling van deze rapportage.