

Eet smakelijk?

Een onderzoek naar een maaltijdinterventie bij verpleeghuisbewoners

28

Willy Erdhuizen, Ercolie Bossema en Anke Persoon

W.H.M. Erdhuizen MSc, verpleegkundig specialist agz, Dagelijks Leven, Apeldoorn (tot 1 april 2020 verpleegkundig specialist, Liemerij, Zevenaar)

E.R. Bossema PhD, hoofddocent Master Advanced Nursing Practice, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen

A. Persoon PhD, onderzoeker Universitair Kenniscentrum Ouderenzorg Nijmegen/Radboudumc, Nijmegen

Uit eerder onderzoek blijkt dat de maaltijden een essentieel onderdeel zijn van het leven van verpleeghuisbewoners. Maaltijdkeuze, maaltijdbereiding en de sfeer rondom het nuttigen van de maaltijden – het draagt allemaal bij aan de maaltijdbeleving, het welbevinden en mogelijk ook de voedingstoestand. In dit artikel wordt een casus beschreven van een 89-jarige bewoner die geen eetlust meer heeft, hierdoor 3 kg is afgevallen en nu onder haar streefgewicht zit. De verpleegkundige in opleiding tot verpleegkundig specialist die verantwoordelijk is voor de behandeling van deze bewoner heeft literatuuronderzoek gedaan naar een interventie die kan bijdragen aan verbetering van de maaltijdbeleving en het welbevinden van de verpleeghuisbewoners. Vervolgens heeft hij een maaltijdinterventie ontworpen. Wat zijn de resultaten van deze interventie?

Casus

Mevrouw Pieterse is 89 jaar en woont sinds drie maanden in een verpleeghuis. Een jaar geleden heeft ze een herseninfarct doorgemaakt, waardoor ze rechtszijdig verlamd is geraakt en rolstoelafhankelijk werd. Mevrouw is bekend met atriumfibrilleren. Haar echtgenoot bezoekt haar dagelijks. De vios (verpleegkundige in opleiding tot verpleegkundig specialist) wordt gevraagd om bij mevrouw het gewichtsverlies van 3 kg sinds opname te beoordelen: hoe komt het dat mevrouw nu 2 kg onder haar streefgewicht van 55 kg zit? Bij de heteroanamnese geeft de verzorgende aan dat mevrouw haar eten laat staan en somber oogt. Als medicatie gebruikt ze clopidogrel 1 dd 75 mg, furosemide 1 dd 40 mg, sintrom 1 dd volgens schema, metropolol 2 dd 50 mg en colecalciferol 1 dd 800 IE. Haar laboratoriumwaarden lieten bij opname geen afwijkingen zien.

De vios bezoekt mevrouw. Mevrouw vertelt zich niet ziek te voelen, geen pijn te hebben en een normaal ontlastingspatroon te hebben. Tevens geeft mevrouw aan dat ze wel wat eet, maar dat ze het eetmoment niet fijn vindt en daardoor niet van het eten kan genieten. Ze mag niet kiezen wat ze wil eten, eet samen met tien medebewoners in een huiskamer en moet altijd op dezelfde plaats aan tafel zitten. Ook is het vaak rumoerig omdat de huiskamerdeuren openstaan, de medewerkers in- en uitlopen en de televisie regelmatig aanstaat. Ze vindt het jammer dat ze niet samen met haar man op haar eigen kamer kan eten. Mevrouw vraagt waarom het allemaal zo moet.

Als diagnose stelt de vios dat er sprake is van ondervoeding op basis van ineffectieve coping.¹ Doel van de behandeling is dat mevrouw een betere maaltijdbeleving krijgt en meer welbevinden heeft en dat daardoor de voedingstoestand verbetert.

Literatuuronderzoek

In Nederland wonen ruim 17 miljoen mensen, van wie ruim 3 miljoen ouder dan 65 jaar en ruim 115.000 in een verzorgings- of verpleeghuis.² In 2017 heeft het Zorginstituut Nederland het Kwaliteitskader Verpleeghuis vastgesteld om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren. In dit kader is de *cliënt als mens* het vertrekpunt van de verpleeghuiszorg om een optimale kwaliteit van leven van de cliënt te bereiken. Onder het hoofdthema 'wonen en welzijn' worden vijf subthema's onderscheiden: zingeving, zinvolle tijdsbesteding, schoon en verzorgd lichaam plus verzorgde kleding, familieparticipatie en inzet vrijwilligers, en wooncomfort. Bij het thema 'wooncomfort' gaat het bijvoorbeeld om gastvrijheid, maaltijden, schoonmaak en inrichting. Met betrekking tot de maaltijden kan worden gedacht aan samen koken met zorgverleners van cliënten die dat willen en kunnen, nagaan of cliënten de maaltijden smakelijk vinden en kiezen van de maaltijden.³ Uit gepubliceerd onderzoek blijkt dat de maaltijden een essentieel onderdeel zijn van het leven van verpleeghuisbewoners. Maaltijdkeuze, maaltijdbereiding en de sfeer rondom het nuttigen van de maaltijd (bijvoorbeeld een huiselijke sfeer, tafelgenoten en mooi servies) dragen alle bij aan de maaltijdbeleving, autonomie, interactie en het welbevinden. Daarnaast is het van belang dat voldoende zorgmedewerkers bij de maaltijden aanwezig zijn en dat zij bewoners aanmoedigen om zo zelfstandig mogelijk aan maaltijdactiviteiten deel te nemen.⁴⁻⁸

Ontwerp maaltijdinterventie

In het kader van cliëntgerichte zorg waarover in het Kwaliteitskader Verpleeghuis wordt geschreven heeft de vios met een werkgroep van enkele bewoners, enkele afdelingsmedewerkers, een diëtist en een facilitair medewerker een maaltijdinterventie ontworpen die de geïnstitutionaliseerd georganiseerde maaltijden moest vervangen. Deze maaltijdinterventie is gebaseerd op de maaltijdinterventie van Nijs et al.⁴ en op een aantal punten aangevuld. In het onderzoek van Nijs et al. ging het om het nuttigen van de warme maaltijd in een huiselijke omgeving, aan sfeervol gedekte tafels met servies, een linnen tafellaken en servetten; het bewaken van de rust door de huiskamerdeuren tijdens de maaltijd gesloten te houden. Medewerkers die de bewoners bij de maaltijd ondersteunen, nemen deel aan de conversatie en voeren tijdens de maaltijd geen verpleegtechnische handelingen uit. De aanvulling op de maaltijdinterventie van het onderzoek van Nijs et al. hield in dat bewoners betrokken werden bij de samenstelling van het menu, de bereiding van de maaltijden en het tafeldekken. Ook bepaalden de bewoners zelf waar ze de maaltijd nuttigden: gezamenlijk met medebewoners of op hun eigen kamer. Verder werden de medewerkers en vrijwilligers door de vios en de diëtist geschoold op het gebied van voeding, maaltijdbeleving en de nieuwe rol die van hen werd verwacht. Bewoners en familie werden over alle maaltijdaanpassingen geïnformeerd door middel van een informatiebijeenkomst en een nieuwsbrief.

Quasi-experimenteel onderzoek

Opzet

De onderzoekspopulatie bestond uit alle bewoners van een somatische afdeling van een verpleeghuis in het oosten van Nederland. Meerdere bewoners hebben naast de somatische aandoening ook een cognitieve beperking. Bewoners met de diagnose dementie of bewoners met ernstige cognitieve problemen, zoals vermeld in het zorgdossier, werden wel geïnformeerd over en konden naar wens meedoen aan de interventie, maar werden niet meegenomen in dit onderzoek. Twee weken voor de informatiebijeenkomst werden alle bewoners en hun eerste contactpersoon met een brief over de interventie en het onderzoek geïnformeerd en werd hen gevraagd aan het onderzoek deel te nemen en een vragenlijst naar maaltijdbeleving en welbevinden in te vullen. Drie weken na de informatiebijeenkomst werden de medewerkers en vrijwilligers geschoold, waarna de maaltijdinterventie werd geïmplementeerd. Drie maanden na de implementatie kregen de bewoners en hun eerste contactpersoon opnieuw het verzoek om de vragenlijst in te vullen.

De vragenlijst was een door het verpleeghuis zelf ontwikkelde lijst met drie onderdelen:

- maaltijdkeuze (twee items, bijvoorbeeld: 'Ik heb keuze in de warme maaltijd');
- maaltijdbereiding (één item: 'Ik wil graag helpen bij het voorbereiden van de warme maaltijd');
- maaltijdbeleving (twintig items, bijvoorbeeld: 'De tafels voor de warme maaltijd zijn sfeervol gedekt').

De items konden worden beantwoord op een 5-punts likert-schaal van 'geheel mee oneens' (score 1) tot 'geheel mee eens' (score 5). Een hogere schaalscore duidt op een betere maaltijdbeleving.

Het welbevinden werd gemeten met negen vragen van de schaal 'Mentaal welbevinden' van de Rand-36 item Health Survey (bijvoorbeeld: 'Voelde u zich levenslustig?').^{9,10}

De vragen konden worden beantwoord op een 5-punts likert-schaal van 'nooit' (score 1) tot 'altijd eens' (score 6). Een hogere schaalscore duidt op een beter mentaal welbevinden. Met behulp van de Wilcoxon signed ranks-test werd nagegaan of de maaltijdbeleving en het welbevinden na de interventie significant waren verbeterd. Een p-waarde kleiner dan 0,05 werd als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

Op de somatische afdeling van het verpleeghuis wonen 27 bewoners. Zeven bewoners hadden ernstige cognitieve beperkingen en hebben niet aan het onderzoek deelgenomen. Twaalf van de overige twintig bewoners wilden aan het onderzoek deelnemen en vulden de vragenlijst voorafgaand aan de maaltijdinterventie in, en tien van hen deden dat ook drie maanden na implementatie van de maaltijdinterventie. Het ging om 9 vrouwen (75%) en 3 mannen (25%) en hun mediane leeftijd was 86 jaar (interkwartielen 79-92). Het is niet bekend waarom acht bewoners niet wilden deelnemen aan het onderzoek en waarom twee bewoners de vragenlijst na drie maanden niet wilden invullen.

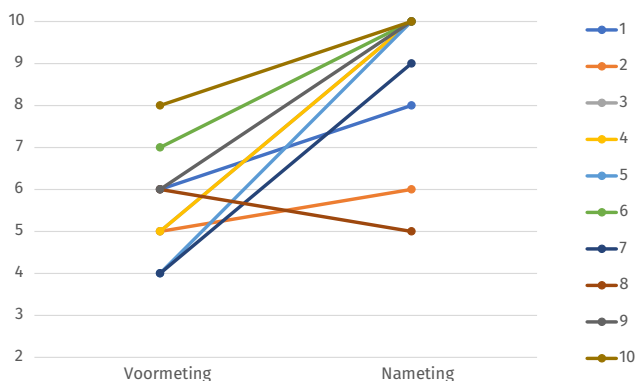
In figuur 1-4 worden de individuele scores van de bewoners getoond op de drie schalen van de maaltijdbelevingsvragenlijst en de schaal 'mentaal welbevinden' van de Rand-36 bij de voor- en de nameting. De twee bewoners die alleen aan de voormeting hebben deelgenomen, zijn hierin niet zichtbaar en ook niet in onderstaande tekst meegenomen.

Tabel 1 geeft een overzicht van de mediane scores en interkwartiel scores van de bewoners op de vier schalen bij beide meetmomenten. De twee bewoners die alleen aan de voormeting hebben deelgenomen, zijn hierin eveneens niet meegenomen. De schaal 'maaltijdkeuze' laat een statistisch significante verbetering zien ($p = 0,02$), maar de overige schalen niet ($p \geq 0,10$).

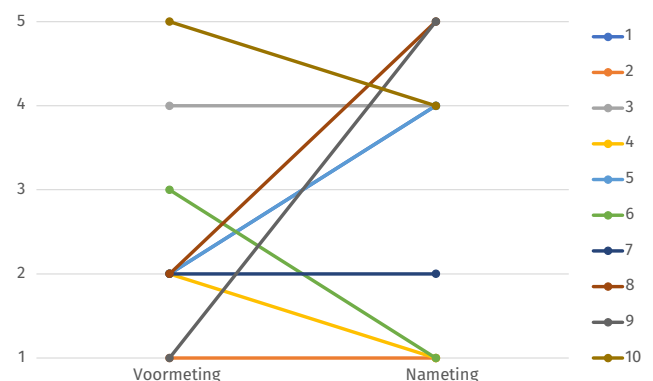
Beschouwing

De meeste bewoners die aan dit onderzoek hebben deelgenomen lieten op individueel niveau een verbetering zien in de maaltijdkeuze, de maaltijdbeleving en het mentaal welbevinden. Statistisch was enkel sprake van een significante verbetering in de maaltijdkeuze. Op de gebieden van de maaltijdbeleving, maaltijdbereiding en welbevinden was geen significante verbetering te zien.

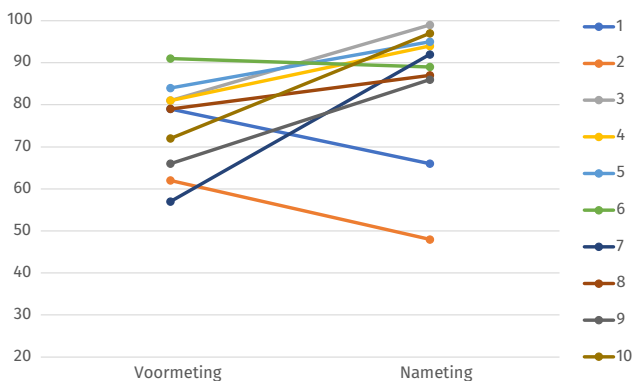
Een statistisch significante verbetering van de maaltijdbeleving en het welbevinden na implementatie van de maaltijdinterventie was op grond van eerder onderzoek⁴⁻⁸ wel verwacht. De meest voor de hand liggende verklaring voor het ontbreken van een verbetering op drie van de vier gebieden is dat de individuele verbeteringen bij het geringe aantal van tien deelnemers op deze gebieden te klein waren om van een overtuigende verbetering te mogen spreken, dus van een verbetering die niet ook aan toeval zou kunnen worden toegeschreven. Verder onderzoek met meer respondenten is daarom nodig. Dit is haalbaar wanneer andere afdelingen en/of instellingen bij het onderzoek worden betrokken. Verder is in dit onderzoek niet nagegaan of er andere gebeurtenissen in het leven van de bewoners zijn geweest die hun maaltijdbeleving of mentaal welbevinden positief of negatief hebben beïnvloed, bijvoorbeeld een leuke gebeurtenis, een hersteld contact met een kind, of ziekte bij de bewoner of overlijden van een naaste. Ook kan sprake zijn van somatische klachten zoals het verlies van reuk of smaak. Om te voorkomen dat een verbetering of verslechtering kan worden toegeschreven aan dergelijke of andere factoren (bijvoorbeeld aan meer of juist minder aandacht van het zorgpersoneel of een seizoenseffect), zou in een groter



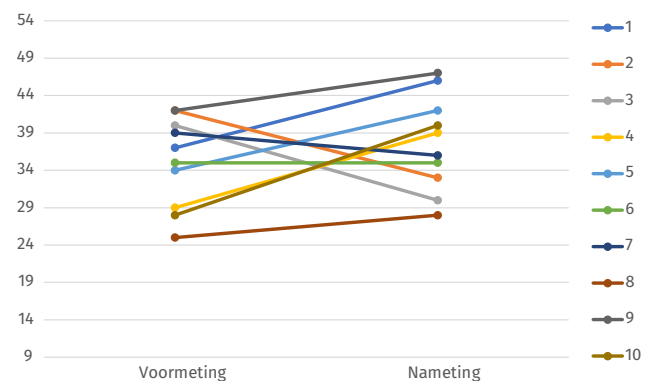
Figuur 1. Individuele scores op de schaal 'Maaltijdkeuze'. De lijn van bewoner 3 is niet zichtbaar omdat deze overlapt met die van bewoner 4.



Figuur 2. Individuele scores op de schaal 'Maaltijdbereiding'. De lijn van bewoner 2 is niet zichtbaar omdat deze overlapt met die van bewoner 5.



Figuur 3. Individuele scores op de schaal 'Maaltijdbeleving'.



Figuur 4. Individuele scores op de schaal 'Mentaal welbevinden'.

Tabel 1. Mediane scores en interkwartielscores op de vier schalen (N=10).

schaal	theoretisch scorebereik	voormeting	nameting	p-waarde
maaltijdkeuze	2-10	5,5 (4,8-6,3)	10,0 (7,5-10,0)	0,01
maaltijdbereiding	1-5	2,0 (1,8-3,3)	4,0 (1,0-4,3)	0,23
maaltijdbeleving	20-100	79,0 (65,0-81,8)	90,5 (81,0-95,5)	0,10
mentaal welbevinden	9-54	36,0 (28,8-40,5)	37,5 (32,3-43,0)	0,34

vervolgonderzoek de ene helft van de onderzoekspopulatie wel de interventie moeten krijgen en de andere helft niet. Als meerdere instellingen meedoen zou er op instellingsniveau kunnen worden gerandomiseerd naar wel of geen interventie.

Casus (vervolg)

Om mevrouw Pieterse een betere maaltijdbeleving en een beter welbevinden te laten ervaren en daardoor mogelijk een betere voedingstoestand te bereiken, is de vios samen met mevrouw en haar echtgenoot nagegaan welke psychosociale factoren ervoor kunnen hebben gezorgd dat mevrouw afvalt. Wat vindt ze niet fijn aan het eetmoment en wat is ervoor nodig om haar weer van het eten te laten genieten? Er werd afgesproken dat ze in het vervolg samen met haar echtgenoot op haar eigen kamer de maaltijd zou nuttigen, aan een met een linnen tafellaken gedekte tafel en met servies dat haar echtgenoot van thuis zou meenemen. Verder heeft de vios een consult bij de diëtist aangevraagd om naar de maaltijd-samenstelling van mevrouw te kijken. De diëtist adviseerde extra verstrekingen, zoals koekjes en blokjes kaas. Na een maand bezocht de vios mevrouw opnieuw. Ze was toen 1 kg aangekomen en vertelde dat ze zich weer prettiger voelde; het nuttigen van de warme maaltijd met haar man was het hoogtepunt van de dag. Na drie maanden was mevrouw weer op haar streefgewicht. Door mevrouw centraal te stellen en haar wensen en voorkeuren na te gaan en op te volgen namen de maaltijdbeleving en het welbevinden van mevrouw toe, verbeterde haar voedingstoestand en kwam ze weer op haar streefgewicht.

Terugblik

In deze casus heeft de vios als eerste de diagnose ondervoeding op basis van ineffektieve coping gesteld. Er is onderzocht hoe mevrouw een betere maaltijdbeleving en een beter welbevinden kan ervaren, en daardoor een betere voedingstoestand kan bereiken. De vios heeft de bewoner

centraal gesteld volgens het model van de patiëntgerichte zorg¹¹ en heeft gehandeld op het vlak van 'cure' en 'care'. Op basis van de literatuur is samen met een werkgroep van bewoners en zorgmedewerkers de maaltijdinterventie ontworpen en ingezet. Zowel bewoners, familieleden, management als zorgmedewerkers zijn geënthousiasmeerd. Samen met de diëtist is een scholing op maat gemaakt voor alle medewerkers en vrijwilligers van de locatie. Het effect van de maaltijdinterventie werd gemeten door bij de bewoners een vragenlijst uit te zetten en de resultaten ervan werden op individueel en statistisch gebied geanalyseerd. Dit kleinschalige niet-gecontroleerde onderzoek is vooral uitgevoerd voor theorievorming en het vergroten van kennis. Voorstellen voor vervolgonderzoek zijn geformuleerd. Het positieve resultaat van de maaltijdinterventie voor de mevrouw in de casus komt niet alleen tot uitdrukking in een verbeterde maaltijdbeleving, maar ook in een verbeterde voedingstoestand.

Literatuur

- Nijs K, Vanneste V, de Graaf K, van Staveren W. Projecten ter bevordering van de ambiance tijdens de maaltijden in Nederlandse verpleeghuizen: bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie. Tijdschr Gerontol Geriatr 2003; 34(6): 246-53.
- Carrier N, West GE, Ouellet D. Dining experience, foodservices and staffing are associated with quality of life in elderly nursing home residents. J Nutr Health Aging 2009; 13(6): 565-70.
- Barnes S, Wasielewska A, Raiswell C, Drummond B. Exploring the mealtime experience in residential care settings for older people: an observational study. Health Soc Care Community 2013; 21(4): 442-50.
- Watkins R, Goodwin VA, Abbot RA, Hall A, Tarrant M. Exploring resident's experiences of mealtimes in care homes: a qualitative interview study. BMC Geriatr 2017; 17: 141.
- Picker Institute. Picker Institute's eight principles of patient-centered care. National Center for Interprofessional Practice and Education, 1987. <https://nexusipe.org>. Geraadpleegd op 7 september 2020.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.vakblad-DVS.nl.