

Adviezen met betrekking tot het aanbod van de warme maaltijd

Voor de medewerkers zorg en welzijn die werken in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland



[1] [2]

Maaïke Aarnink (481372)
Kirsten Bronsvort (476601)

juni 2014

Adviezen met betrekking tot het aanbod van de warme maaltijd

Voor de medewerkers zorg en welzijn die werken in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland

Auteurs	Maaïke Aarnink 481372 Kirsten Bronsvort 476601
Organisatie	Carintreggeland
Opdrachtgevers	Gieneke Hijink Monique Wrenger
School	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Docentbegeleidster	Hanny Kuiper
Hengelo,	februari 2014 – juni 2014

Health Promotion

Copyright © 2014, M. Aarnink en K. Bronsvort, The Netherlands.

© Niets uit deze scriptie mag vermenigvuldigd of openbaar gemaakt worden, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of op enige manier, zonder toestemming van de auteurs.

Voorwoord

Wij, Maaïke Aarnink en Kirsten Bronsvort, schrijven dit rapport in het kader van de stage 'Health Promotion'. Deze opdracht is onderdeel van onze afstudeerstage van de opleiding Voeding en Diëtetiek van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Dit rapport is geschreven ter onderbouwing van de brochure met recepten die ontwikkeld is om het aanbod van de warme maaltijden in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland te verbeteren.

Dit onderbouwingrapport is bestemd voor docenten van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, de opdrachtgevers, de diëtisten van de vakgroep Diëtetiek die intramuraal werkzaam zijn bij Carintreggeland, en onszelf.

Er is met plezier gewerkt aan dit rapport en de ontwikkeling van de brochure met recepten. Dank gaat uit naar docenten en medestudenten van de opleiding Voeding en Diëtetiek. In het bijzonder willen wij onze docentbegeleidster Hanny Kuiper en onze praktijkbegeleiders Gienke Hijink en Monique Wrenger bedanken. Zij hebben ons ondersteund tijdens het schrijven van dit rapport.

Wij wensen u veel leesplezier tijdens het lezen van dit rapport.

Hengelo, mei 2014

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Verklarende woordenlijst.....	6
Symbolenlijst	7
1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Opdrachtgevers	8
1.3 Opdrachtbeschrijving	9
1.4 Werkwijze	9
2. Analysefase.....	10
2.1 De doelgroepomschrijving	10
2.2 Eetgewoonten ouderen	10
2.3 Ondervoeding	11
2.4 Het vocht- en voedselconsumptieonderzoek	12
2.5 Determinantenanalyse.....	13
2.6 Methode	17
2.7 Resultaten van het veldonderzoek	18
2.8 Conclusie	21
2.9 Discussie	22
3. Interventieontwikkeling.....	24
3.1 Doelen voor de interventie.....	24
3.2 Keuze interventie	24
3.3 Ontwerp brochure met recepten.....	25
3.4 Balansboekje	29
3.5 Conclusie en aanbevelingen	29
4. Implementatieplan	30
4.1 Het implementatieplan	30
4.2 Toelichting implementatieplan	31
5. Evaluatieplan	32
5.1 Procesevaluatie	32
5.2 Effectevaluatie	32
Literatuurlijst.....	33
Bijlage 1: Interviewguide	36
Bijlage 2: Berekeningen recepten.....	38
Bijlage 3: Balansboekje	39
Bijlage 4: Vragenlijst procesevaluatie.....	42

Samenvatting

Dit rapport is geschreven om de brochure met recepten, die ontwikkeld is voor de medewerkers zorg en welzijn die werkzaam zijn in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland, te onderbouwen. Het rapport is geschreven voor de diëtisten van Carintreggeland die tevens de opdrachtgevers zijn voor deze interventieontwikkeling. De aanleiding is het voorafgaande vocht- en voedselconsumptieonderzoek, waaruit blijkt dat deze niet voldoet aan de richtlijnen van de Gezondheidsraad. Voornamelijk bij de warme maaltijden is winst te behalen, omdat cliënten hierbij te weinig calorieën, voedingsvezels en groente en teveel natrium en verzadigd vet eten. Het doel van de interventie is het verbeteren van het kookgedrag van de medewerkers zorg en welzijn, zodat de warme maaltijden voor de psychogeriatrische cliënten worden verbeterd. Gezien is dat de pannen vaak leeg waren, waardoor cliënten dus niet meer konden eten. Als cliënten meer eten krijgen aangeboden, verbeterd hun vocht- en voedselconsumptie waarschijnlijk ook. Dit is belangrijk om cliënten zo lang mogelijk in een goede voedingstoestand te houden en ondervoeding te voorkomen.

Naast de observaties zijn er aanvullend interviews gehouden met medewerkers zorg en welzijn. Hieruit bleek dat de medewerkers een positieve houding hebben tegenover het bereiden van de warme maaltijden. Voornamelijk variatie en smaak worden belangrijk gevonden. De kennis, sociale invloed en eigen effectiviteit zijn laag. Bijna alle medewerkers geven aan dat zij niet beter kunnen koken dan dat zij nu doen. De reden die hiervoor veelal wordt gegeven is dat de medewerkers de maaltijden goed vinden zoals deze nu zijn. Tevens vinden de medewerkers over het algemeen hun eigen kookvaardigheden voldoende. Al wordt er soms wel getwijfeld over de kookvaardigheden van collega's en komt dit niet helemaal overeen met datgene wat in de observaties gezien is. De meeste medewerkers zien geen barrières bij het bereiden van de warme maaltijd. Slechts een enkeling ervaart tijd en geld als een barrière om een betere warme maaltijd te bereiden.

Er is gekozen om een brochure met recepten te ontwikkelen en via intranet te communiceren naar de medewerkers zorg en welzijn. Uit een onderzoek naar problemen rondom voeding van een andere stagiaire Voeding en Diëtetiek bleek dat medewerkers zorg en welzijn behoefte hebben aan recepten die ze graag via intranet willen ontvangen. Dit merken de diëtisten tevens bij de kookworkshops die zij al aanbieden om de kookvaardigheden van medewerkers te optimaliseren. Er is meer nodig dan alleen een brochure met recepten om de bereiding van de warme maaltijden te verbeteren. In iedere woongroep moet er een juiste balans gevonden worden in de hoeveelheden die gekookt moeten worden zodat cliënten voldoende krijgen aangeboden, maar dat er ook niet dagelijks veel moet worden weggegooid. Om deze balans te vinden is het advies aan de diëtisten om per woongroep te bepalen of de medewerkers hierbij behoefte hebben aan ondersteuning. Tevens kunnen de diëtisten positieve gedragingen uit de ene woongroep communiceren naar de andere woongroep, zodat deze woongroepen inzicht krijgen in de mogelijkheden en het gewenste gedrag ook gaan uitvoeren.

Bij de ontwikkeling van de brochure met recepten is er kort en bondig geschreven, omdat er tijdens de observaties gemerkt is dat medewerkers op sommige momenten erg druk zijn en geen tijd hebben om hele teksten te lezen. Bij de recepten is gelet op de doelgroep en de bereiding. De doelgroep houdt voornamelijk van traditionele, Hollandse maaltijden. Hier is op ingespeeld met de recepten. Daarnaast is er gelet op de bereiding, zodat alle medewerkers de recepten kunnen maken.

Vanwege het korte tijdsbestek waarin deze interventie is ontwikkeld, was het niet mogelijk de interventie te implementeren en te evalueren. Voor deze onderdelen bevat dit rapport een plan en zijn de diëtisten verantwoordelijk voor de uitvoering.

Verklarende woordenlijst

<i>Attitude</i>	De houding van mensen ten aanzien van een bepaald onderwerp. Attitude kan richting geven aan een bepaald gedrag, maar staat niet gelijk aan een bepaalde gedraging.
<i>Barrières</i>	Barrières kunnen de relatie tussen de intentie en het gedrag beïnvloeden. Dat betekent dat externe omstandigheden, waarop een persoon geen invloed heeft, een barrière kunnen vormen die de gedragsverandering in de weg staat.
<i>Categorie A</i>	Bij voorkeur. Deze producten hebben een positieve invloed op het realiseren van een voeding die is gericht op de preventie van chronische ziekten.
<i>Categorie B</i>	Bij middenweg. Deze producten hebben een neutrale invloed op het realiseren van een voeding die is gericht op de preventie van chronische ziekten.
<i>Categorie C</i>	Bij uitzondering. Deze producten hebben een negatieve invloed op het realiseren van een voeding die is gericht op de preventie van chronische ziekten.
<i>Eigen effectiviteit</i>	De verwachting die mensen hebben over hun eigen vermogen om een bepaald gedrag te kunnen uitvoeren of veranderen.
<i>Disseminatie</i>	De verspreiding van de interventie. Dit is vaak een onderdeel van de implementatie.
<i>Intermediaire(n)</i>	Een persoon of groep die een tussenschakel is en bemiddelt tussen partijen zodat een bepaalde doelgroep wordt bereikt.
<i>Intranet</i>	Een afgesloten en beveiligd netwerk binnen een organisatie ter ondersteuning van de interne informatievoorziening en communicatie.
<i>Medewerkers zorg en welzijn</i>	De zorgmedewerkers die werken in de kleinschalig woongroepen van Carintreggeland. Deze functie omvat het voorbereiden van activiteiten en het uitvoeren en evalueren van het activiteitenplan/-programma (individueel of groepsgericht), begeleiden van individuele cliënten en het ondersteunen bij de hieruit voorkomende ADL-activiteiten.
<i>PG-cliënten</i>	Cliënten met een psychogeriatrische indicatie.
<i>Sociale invloed</i>	De invloed die anderen op een persoon uitoefenen. Dit is de subjectieve kijk op hoe anderen, vaak in de omgeving van een persoon, tegen het gedrag aankijken.

Symbolenlijst

<i>BMI</i>	Body Mass Index
<i>En%</i>	Energieprocent
<i>G</i>	Gram
<i>Kcal</i>	Kilocalorieën
<i>Kg/m²</i>	Kilogram per vierkante meter
<i>Mg</i>	milligram
<i>PG</i>	Psychogeriatric
<i>z.d.</i>	Zonder datum
<i><</i>	Kleiner dan

1. Inleiding

Dit rapport dient ter onderbouwing van de interventie die ontwikkeld is voor de medewerkers zorg en welzijn om de warme maaltijden, en hiermee de vocht- en voedselconsumptie van psychogeriatrische cliënten in de kleinschalige woongroepen, te verbeteren. Het is een vervolg op het vocht- en voedselconsumptieonderzoek dat eerder is uitgevoerd in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland.

1.1 Aanleiding

Uit het praktijkgerichte onderzoek, dat is uitgevoerd door aspirant onderzoekers M. Aarnink en K. Bronsvort, blijkt dat de vocht- en voedselconsumptie van de psychogeriatrische cliënten in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland niet voldoet aan de aanbevelingen van de Gezondheidsraad. Tijdens dit onderzoek is er onderzocht hoeveel procent van de cliënten met de vocht- en voedselconsumptie voldoet aan de aanbevelingen van de Gezondheidsraad en hoe er gewerkt wordt volgens de randvoorwaarden rondom voeding die zijn opgesteld door de organisatie. Uit het onderzoek blijkt dat voornamelijk de warme maaltijden verbeterd kunnen worden op hoeveelheid en bereiding. Alle aangeboden warme maaltijden vielen, volgens Richtlijnen Voedselkeuze, in categorie C: bij uitzondering ^[3]. De cliënten eten te weinig calorieën, voedingsvezels en groente en te veel verzadigd vet en natrium ^[4]. Doordat cliënten onvoldoende voedingsstoffen binnenkrijgen, hebben zij eerder risico op ondervoeding.

De medewerkers zorg en welzijn zijn verantwoordelijk voor de inkoop en bereiding van maaltijden. In de kleinschalige woonsetting worden cliënten meer betrokken bij de maaltijdbereiding dan in de grootschalige verpleeghuizen. Deze betrokkenheid zorgt voor een hogere kwaliteit van leven ^[5]. Gezien is dat in vier van de zes woongroepen cliënten werden betrokken bij de bereiding van de warme maaltijden door aardappels te schillen of groente te snijden. De diëtisten zien veel variatie in de woongroepen bij het boodschappen doen en het aanbieden van maaltijden. Van de twaalf observatiedagen is er zes keer door een medewerker zorg en welzijn gekookt, twee keer door een stagiaire en vier keer door een vrijwilliger. De diëtisten verwachten dat het kennisniveau op het gebied van voeding en maaltijdbereiding van deze personen varieert.

1.2 Opdrachtgevers

De opdrachtgevers voor deze opdracht zijn twee diëtisten die intramuraal werkzaam zijn bij Carintreggeland. De diëtisten geven samen met een professionele kok en een medewerker Hotelservices kookworkshops aan de medewerkers zorg en welzijn en helpenden om de bereiding van de warme maaltijden te verbeteren. Het doel van deze kookworkshop is om de medewerkers traditionele, Hollandse gerechten te leren koken met aandacht voor:

- Verse producten waarbij er zonder kant- en klaar producten wordt gekookt;
- De bereiding en kookvaardigheden, waarbij er veel met de oven wordt gewerkt om tijd te besparen;
- De menusamenstelling.

Alle deelnemers krijgen na afloop van de kookworkshop het naslagwerk mee met hierin de recepten die gemaakt zijn. Deze recepten zijn gericht op componenten van de warme maaltijd, maar bevatten geen complete warme maaltijd. Tevens staan er eisen voor het weekmenu in, zoals de afwisseling in vleessoorten en maximaal één keer per week een samengesteld gerecht.

De diëtisten geven aan dat ze in de kookworkshops de wat vettere soorten vlees adviseren, zodat de doelgroep dit gemakkelijk kan kauwen. Zo adviseren ze om bij worst voor varkensvlees te kiezen en een gehaktbal te maken van half om half gehakt. De diëtisten zien graag dat de ontwikkelde interventie aansluit bij deze kookworkshops.

1.3 Opdrachtbeschrijving

De diëtisten zouden graag praktisch interventiemateriaal gericht op de warme maaltijden willen, wat op het digitale netwerk van Carintreggeland, intranet, geplaatst kan worden. Hierbij wordt er gericht op de medewerkers zorg en welzijn, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de warme maaltijd. Uit een kwaliteitsrapport van een vorige stagiaire Voeding en Diëtetiek, waarbij er onderzoek is gedaan naar de ervaringen en problemen rondom voeding en de behoefte aan voorlichting bij de medewerkers zorg en welzijn, blijkt dat er behoefte is aan voorbeeldrecepten. Hierbij geven medewerkers aan dat ze deze recepten graag via intranet ontvangen ^[6]. De diëtisten merken bij de kookworkshops dat de medewerkers zorg en welzijn tevens behoefte hebben aan ondersteuning bij de juiste portiegroottes. Met deze aspecten wordt rekening gehouden bij het ontwikkelen van de brochure met recepten. Voor deze opdracht is de probleemstelling als volgt geformuleerd: *In de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland vallen de warme maaltijden in categorie C: bij uitzondering, doordat de psychogeriatrische cliënten te weinig calorieën en groente eten, waardoor zij mogelijk onvoldoende voedingsstoffen binnenkrijgen wat kan leiden tot ondervoeding.*

Cliënten moeten voldoende kunnen eten, maar het is belangrijk dat er ook niet dagelijks veel moet worden weggegooid. Daarom is het doel als volgt opgesteld: *Door een brochure met recepten voor de warme maaltijden te ontwikkelen en een balans te vinden in hoeveelheden die gekookt moeten worden per woongroep, is het aanbod van de warme maaltijden binnen 6 maanden verbeterd.*

De onderzoeksvraag luidt: *Hoe kunnen de medewerkers zorg en welzijn beïnvloed worden via intranet, zodat de aangeboden warme maaltijden worden verbeterd en de vocht- en voedselconsumptie geoptimaliseerd wordt voor de psychogeriatrische cliënten?*

Hierbij zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Wat veroorzaakt het kookgedrag van de medewerkers zorg en welzijn waardoor het aanbod van de warme maaltijden niet optimaal is voor de psychogeriatrische cliënten?
- Hoe moet de brochure met recepten geformuleerd worden naar de medewerkers zorg en welzijn om het aanbod van de warme maaltijden te optimaliseren voor de psychogeriatrische cliënten?

1.4 Werkwijze

Om op methodische wijze het probleem te analyseren en een interventie te ontwikkelen wordt er gebruik gemaakt van het 'Model voor Planmatige Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering'. Er is gekozen voor dit model, omdat dit model ondersteund bij de ontwikkeling van een interventie door zes stappen te doorlopen:

1. Analyse van de volksgezondheid;
2. Analyse van gedrag;
3. Analyse van de determinanten van gedrag;
4. Interventieontwikkeling;
5. Interventie-implementatie en disseminatie;
6. Evaluatie.

Om de interventie te ontwikkelen moet eerst (het risico op) ondervoeding geanalyseerd worden. Dit is gebeurd in hoofdstuk 2, de analysefase van dit rapport. Tevens wordt er in dit hoofdstuk onderzocht welke gedragsoorzaken bij de medewerkers zorg en welzijn een rol spelen bij het bereiden van een warme maaltijd. Deze worden globaal onderscheiden in:

- Persoonlijke determinanten: kennis, attitude, eigen effectiviteit en vaardigheden;
- Omgevingsdeterminanten: sociale invloed en barrières ^[7].

Op basis van de analysefase wordt de interventie ontwikkeld. Dit omvat de ontwerpfase. In dit rapport zal er een implementatieplan worden opgesteld voor de uitvoering. De daadwerkelijke uitvoering, de uitvoeringsfase, zal door de opdrachtgevers gedaan worden. Ten slotte wordt er een evaluatieplan opgesteld waarmee de interventie geëvalueerd kan worden door de opdrachtgevers.

2. Analysefase

In dit hoofdstuk wordt de doelgroep, het gezondheidsprobleem ondervoeding en de bereiding van de warme maaltijden door de medewerkers zorg en welzijn besproken. Tevens zijn de oorzaken van dit gedrag onderzocht en bevat dit hoofdstuk een conclusie en discussie.

2.1 De doelgroepomschrijving

In de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland wonen cliënten met een psychogeriatrische indicatie. In dit rapport PG-cliënten genoemd. Een psychogeriatrische indicatie is een ziekte, aandoening of stoornis van de hersenen^[8]. Dementie is hier een veelvoorkomende ziekte van die er langzaam voor zorgt dat iemand volledig afhankelijk raakt van de zorg van anderen^[9]. In hoofdstuk 2.8 en 2.10 van het rapport *Vocht- en voedselconsumptieonderzoek bij psychogeriatrische cliënten* worden dementie en de invloed van dementie op de vocht- en voedselconsumptie besproken^[4]. De PG-cliënten zijn afhankelijk van de medewerkers zorg en welzijn bij het aanbod van eten en drinken. Om dit te verbeteren zal er dus op deze groep worden ingespeeld met de interventie. De eisen voor deze interventie worden uitgewerkt in hoofdstuk 3.

2.2 Eetgewoonten ouderen

Veel mensen houden van lekker eten, al heeft ieder zijn eigen smaakvoorkeuren. Ouderen hebben een verminderde zintuiglijke waarneming waardoor zij smaak en geur minder ervaren. Door verschillende kruiden en specerijen te gebruiken, kan er extra smaak worden gegeven aan het eten. Tevens neemt de speekselproductie en de kauw- en slikkracht af en worden tongbewegingen minder krachtig. Hierdoor geven ouderen vaak de voorkeur aan vloeibare of zachte voedingsmiddelen^[10]. Belangrijk is om ouderen wel te stimuleren om voedsel te kauwen vanwege de positieve invloed van kauwen op de hersenen. Prof. dr. Erik Scherder constateert dat ouderen in verpleeghuizen regelmatig zacht voedsel krijgen, ondanks dat ze nog goed kunnen kauwen^[11].

De waardering van een voedingsmiddel of gerecht hangt voornamelijk af van de smaak en geur. Afgezien van een aangeboren voorkeur voor zoet en een afkeer van bitter en zuur, worden smaak en voorkeur aangeleerd. Voorkeuren zijn echter ook afhankelijk van de voedingstoestand, gezondheid, ziekte, leeftijd en omgevingsfactoren^[12]. Voornamelijk bij ouderen met weinig eetlust en ongewenst gewichtsverlies is het belangrijk om de voedselconsumptie te stimuleren^[10]. Wanneer voedsel onbekend is, is er in eerste instantie een afwachtende houding^[12].

Bij het variëren in gerechten moet er rekening worden gehouden met het soort voedingsmiddel. Sommige voedingsmiddelen kunnen we elke dag eten zoals aardappelen, maar sommige voedingsmiddelen raken snel verveeld zoals biefstuk. Dit zullen we dus niet dagelijks eten. Hoe het komt dat we van het ene voedingsmiddel blijven dooreten en van het andere voedingsmiddel snel verveeld raken, is onduidelijk. Geconcludeerd kan worden dat variatie bij de maaltijden in ieder geval een rol speelt, dit kan ook gelden voor weekpatronen. Wie bijvoorbeeld elke zondagochtend bruncht, raakt hier op een gegeven moment op uitgekeken^[12].

Nederlanders eten vanaf oudsher al veel aardappelen. Dit komt, omdat aardappelen goed groeien in ons land. Nederland staat daarom ook wel bekend als aardappelland. De fysieke omgeving heeft hier dus invloed op wat wij eten. Tegenwoordig worden aardappelen ook vervangen door samengestelde gerechten, dit was vroeger minder vaak of niet het geval. Veel gerechten van tegenwoordig zullen ouderen ook niet herkennen van vroeger zoals bietensalade en mihoen. Vroeger at men groenten uit het seizoen. In de winter vaak eindeloos stampotten en in de zomer boontjes. Tevens hadden veel ouderen een vaste dag wanneer er iets gegeten werd. Woensdag gehaktdag, vrijdag vis en zondag een maaltijdsoep^[13].

De PG-cliënten komen voornamelijk uit de omgeving Twente. Mogelijk herkennen zij van vroeger typische Twentse producten en gerechten zoals: 'humkessoep' (bonensoep), hachee, bakleverworst,

'moos' (stampot boerenkool), 'stampot stengeltjes' (rapenstelen) en diverse 'pannekoken' (pannenkoeken). Door de herkenning zullen de PG-cliënten deze gerechten mogelijk goed eten.

2.3 Ondervoeding

'Ondervoeding is een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op de lichaamssamenstelling, het functioneren of klinische resultaten' ^[14]. Er is sprake van aan ziekte gerelateerde ondervoeding bij onbedoeld gewichtsverlies of bij een BMI lager dan 18,5 kg/m². Met onbedoeld gewichtsverlies wordt meer dan 10% in de laatste zes maanden of meer dan 5% in de laatste maand bedoeld. Ouderen zijn ondervoed bij een BMI van <20 kg/m² ^[15]. Van de respondenten zijn 6 van de 40 cliënten ondervoed op basis van hun BMI ^[4]. Bij deze cliënten moet er gestreefd worden naar het beheersen van de ondervoeding om verergering te voorkomen en zo de kwaliteit van leven te vergroten of zo goed mogelijk te behouden. Dit wordt ook wel tertiaire preventie of zorg genoemd, omdat cliënten het gezondheidsprobleem al hebben ^[7]. Er zijn 6 cliënten met een risico op ondervoeding vanwege hun BMI ^[4], dit valt onder secundaire preventie ^[7] en er zijn 28 cliënten met een gezond BMI of overgewicht ^[4]. Voor deze groep is waarschijnlijk primaire preventie nodig om ondervoeding te voorkomen ^[7]. Het gewichtsverloop van de cliënten is niet bekend, mogelijk zijn er dus meerdere cliënten waarbij gericht moet worden op secundaire of tertiaire preventie.

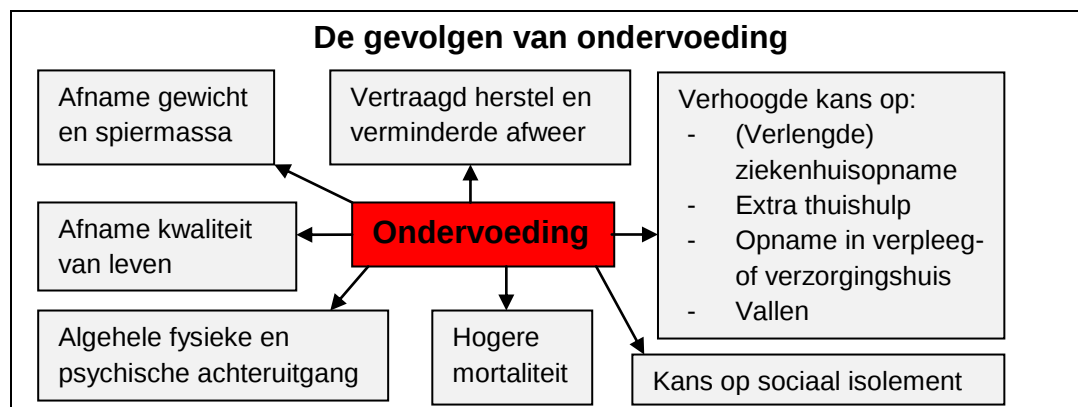
Ondervoeding is een groot probleem binnen de Nederlandse gezondheidszorg ^[16]. Verpleeghuiscliënten en ouderen hebben een groter risico op ondervoeding. Uit cijfers van de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen blijkt dat ongeveer 25% van de bewoners in een verpleeghuis ondervoed is en dat ongeveer 40% in een matige voedingstoestand verkeert ^[17]. Bekend is dat personen met dementie vaker gewichtsverlies en ondervoeding hebben dan personen zonder dementie ^[18]. Hierbij zijn mannen minder vaak ondervoed en hebben minder vaak een risico op ondervoeding dan vrouwen ^[19]. Om ondervoeding te signaleren wordt er binnen Carintreggeland het gevalideerde screeningsinstrument: de SNAQrc gebruikt.

De oorzaak van ondervoeding is dat het lichaam minder energie, eiwit en andere voedingsstoffen binnenkrijgt dan dat het nodig heeft om te functioneren. Enkele oorzaken hiervan kunnen zijn:

- Fysieke factoren: een verminderde smaak, geur, eetlust en mobiliteit, een ontregeling van het honger- en verzadigingsgevoel, een verstoorde vertering en opname in het maagdarmkanaal of pijn en vermoeidheid;
- Psychische factoren: angst, depressie, verdriet of een verandering in de levenssituatie;
- Medische factoren: de ziekte toestand, kauw- en slikproblemen, dementie of bijwerkingen van medicatie ^[20].

Bovenstaande oorzaken zullen verschillend zijn per individu en zullen toenemen naar mate mensen ouder worden of het dementieproces vordert ^{[21] [22]}.

Ondervoeding kan tot ernstige gevolgen voor de totale gezondheidstoestand leiden. Door ziekte kan het energiemetabolisme veranderen, waardoor het lichaam niet efficiënt gebruik maakt van de energie die binnenkomt. Hierdoor breekt het lichaam meer spiermassa af, wat resulteert in een verhoogde eiwitbehoefte. Ondervoeding leidt onder meer tot een langzamer herstel, meer en ernstigere complicaties en een verminderde spiermassa met als gevolg een afname van de conditie en een verminderde hart- en longcapaciteit. Tevens gaat het immuunsysteem achteruit, wat resulteert in een verminderde wondgenezing, groter risico op decubitus, verminderde kwaliteit van leven en een verhoogde mortaliteit. Deze complicaties hebben allen het gevolg dat een langere opnameduur en verhoogd medicijngebruik nodig is ^[23]. In figuur 1 staat een overzicht van de gevolgen van ondervoeding.



Figuur 1: De gevolgen van ondervoeding^[20].

Ondervoeding en de gevolgen van ondervoeding gaan gepaard met hoge kosten voor de gezondheidszorg. In Nederland wordt er in de zorginstellingen jaarlijks ongeveer 279 miljoen euro aan onkosten gemaakt ten gevolge van ondervoeding^[24]. Naar verwachting zullen deze kosten alleen maar toenemen vanwege de groeiende groep ouderen en het groeiende aantal chronische ziekten. Uit onderzoek blijkt dat er te weinig wordt stil gestaan bij deze feiten en dat ondervoeding vaak onderschat wordt. Vroege herkenning en behandeling van ondervoeding is effectief. Ondanks dit wordt slechts een klein deel van alle cliënten met ondervoeding herkend en behandeld^[15]. Om ondervoeding te voorkomen of te verbeteren zal de voedingstoestand van de PG-clieñten zolang mogelijk goed moeten worden gehouden.

2.4 Het vocht- en voedselconsumptieonderzoek

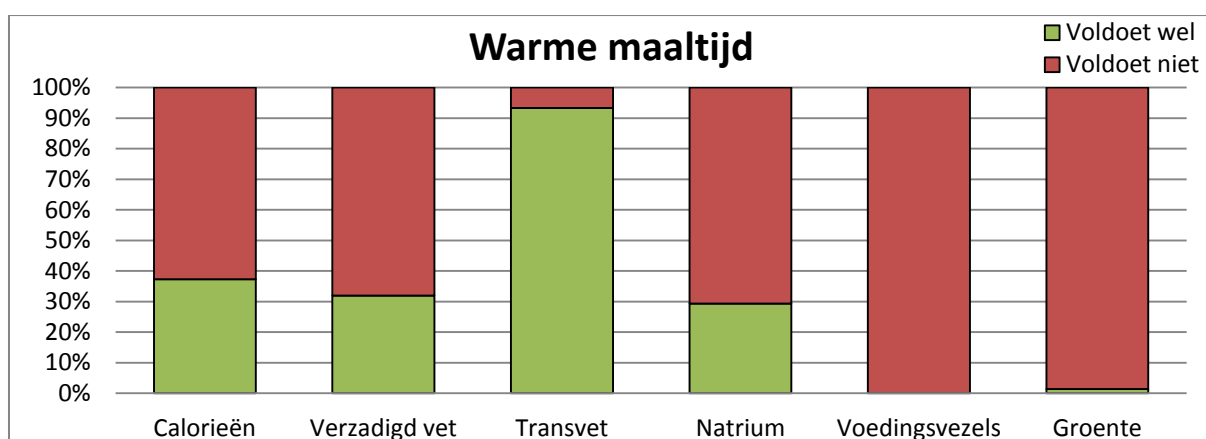
Een van onze aanbevelingen uit het vocht- en voedselconsumptieonderzoek is dat er meer eten moet worden aangeboden aan de PG-clieñten. Om de vocht- en voedselconsumptie te optimaliseren valt de meeste winst te behalen bij de warme maaltijd. Daarom is er gekozen om de interventie hierop te richten. De PG-clieñten kregen met de warme maaltijd namelijk te weinig calorieën, voedingsvezels en groente en te veel verzadigd vet en natrium binnen. De maaltijden en nagerechten die aangeboden zijn in de woongroepen tijdens de observatiedagen, worden weergegeven in tabel 1. Alle nagerechten kwamen kant- en klaar uit pak.

Warme maaltijd	Nagerecht	Woongroep	Datum
Gekookte aardappelen met jus uit een zakje, rode bieten uit pot, zelfgedraaide gehaktballen en appelmoes uit pot	Volle vla: vanille, karamel	Enter, woongroep 1	31-03-14
Gekookte aardappelen met jus uit een zakje, verse sperziebonen, kipkrokant schnitzels en appelmoes uit pot	Volle vla: vanille, karamel of blanke	Enter, woongroep 1	01-04-14
Gekookte aardappelen met jus uit een zakje, verse sperziebonen, rookworst en appelmoes uit pot	Volle vanille vla en yoghurt met slagroom	Enter, woongroep 2	31-03-14
Gekookte aardappelen, rode kool uit pot met hacheevlees en hacheekruiden uit een pakje en appelmoes uit pot	Volle vanille vla en yoghurt met slagroom	Enter, woongroep 2	01-04-14
Zelf gebakken pannenkoeken met ontbijtspek	Magere houdbare vanille vla	Hengelo, woongroep 1	08-04-14
Gebakken aardappelen, met sla, tomaat en komkommer en kant- en klaar hamburgers	Vlaflip framboos	Hengelo, woongroep 1	10-04-14
Zelfgemaakte verse Indische nasi met een verse salade met slasaus uit een pot	Dubbelvla vanille chocolade of vlaflip framboos	Hengelo, woongroep 2	08-04-14
Hutspot van verse aardappelen, wortelen en uien	Magere	Hengelo,	10-04-14

uit zak met hacheevlees en hacheekruiden uit een pakje en appelmoest uit pot.	Bosvruchtenyoghurt of volle blanke vla	woongroep 2	
Gekookte aardappelen met jus uit een zakje, verse bloemkool met roomsaus uit een pakje en fijne worst	Slagroomvla	Almelo, woongroep 1	14-04-14
Roerbakmie met kant en klare pindasaus, kant en klare saté, gebakken ei en kroepoek	Volle bananenvla	Almelo, woongroep 1	15-04-14
Gekookte aardappelen met jus uit een zakje, verse sperziebonen, zelfgedraaide gehaktballen en appelmoes uit pot	Vlaflip framboos	Almelo, woongroep 2	14-04-14
Gekookte aardappelen met rode kool uit pot en witte bonen in tomatensaus uit pot en zelfgekruid kipfilet	Vlaflip framboos of dubbelvla vanille chocolade	Almelo, woongroep 2	15-04-14

Tabel 1: Overzicht van de warme maaltijden die zijn aangeboden aan de PG-cliënten tijdens de observatiedagen.

Tijdens de twaalf geobserveerde dagen, is er geen enkele cliënt die een warme maaltijd at die voldeed aan categorie A: bij voorkeur of B: bij middenweg van de Richtlijnen Voedselkeuze. Alle 75 geanalyseerde warme maaltijden vielen in categorie C: bij uitzondering. Gezien is dat de pannen op acht van de twaalf geobserveerde dagen allemaal leeg waren. In de vier woongroepen waar nog wel eten over was, was er in twee woongroepen geen groente meer over. Als er meer eten op tafel staat, gaan cliënten wellicht ook meer eten. Figuur 2 laat de resultaten van de geanalyseerde warme maaltijden zien.

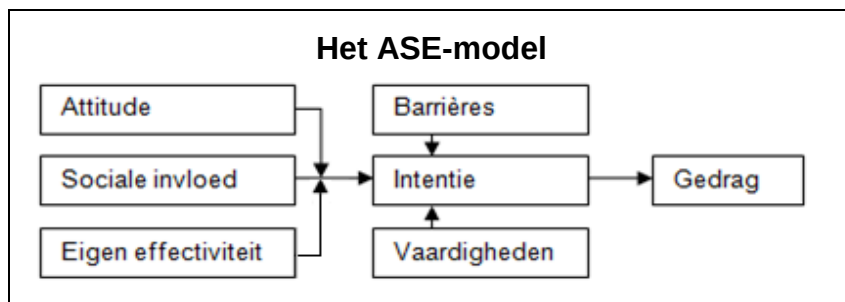


Figuur 2: De inname van calorieën, verzadigd vet, transvet, natrium, voedingsvezels en groente van de respondenten bij de warme maaltijd, (N=75).

Het aantal calorieën dat cliënten binnenkregen met de warme maaltijd varieerde van 200 tot 1115 calorieën. Slechts 28 cliënten aten tussen 550 tot 900 calorieën. Er was één cliënt die twee borden leeg at, waardoor deze cliënt boven de aanbevolen hoeveelheid energie kwam. De overige 46 cliënten aten een te kleine portie en daarmee te weinig calorieën. De meerderheid at met de warme maaltijd meer verzadigd vet dan de aanbeveling van < 10 en%. De meeste cliënten aten niet teveel transvet volgens de richtlijn van < 1 en%. De hoeveelheid natrium was bij de meerderheid, ruim 70%, hoger dan de aanbeveling van < 160 mg/100 g. Geen enkele warme maaltijd bevatte voldoende voedingsvezels, namelijk meer dan 1,3 gram per 100 calorieën en slechts één cliënt at voldoende groente namelijk 150 gram.

2.5 Determinantenanalyse

Om na te gaan welke determinanten van invloed zijn bij de medewerkers zorg en welzijn bij het bereiden van de warme maaltijd, is er een determinantenanalyse uitgevoerd. Hierbij zijn de determinanten bepaald op basis van de observaties in de woongroepen en aanvullend uit de literatuur. Het ASE model bevat determinanten om bepaald gedrag te verklaren ^[25]. Dit model is opgenomen in figuur 3.



Figuur 3: Het ASE-model

De A, S en E, die het ASE model vormen, staan voor: attitude, sociale invloed en eigen effectiviteit. Deze drie aspecten bepalen de intentie van een bepaald gedrag. Het ASE model kan uitgebreid worden met kennis en risicoperceptie ter aanvulling op de determinant attitude. Daarnaast zijn er nog twee aspecten die de intentie van een gedrag kunnen veranderen, namelijk barrières en vaardigheden ^[25].

Attitude

Attitude staat voor ideeën en opvattingen die mensen hebben en voor- en nadelen die zij zien van een bepaald gedrag. Hierbij gaat het om wat mensen willen, ongeacht of dit op feiten is gebaseerd of niet ^[25]. De determinanten kennis en risicoperceptie worden als onderdeel van attitude gezien. Men moet over een bepaalde kennis beschikken om een eigen opvatting te hebben en men moet de ernst van een probleem inzien om er iets aan te gaan doen ^[7].

Het Voedingcentrum heeft in 2012 onderzoek gedaan naar het kookgedrag van Nederlanders. Hierbij gaf één op de acht aan niet veel over voeding en gezondheid te weten. Slechts zes procent gaf aan hier wel veel over te weten. Verder is er onderzocht waar mensen op letten tijdens het boodschappen doen. Ongeveer één op de drie geeft aan op de hoeveelheid calorieën, het vetgehalte of de voedingsstoffen te letten bij het kiezen van een product ^[26]. Bij het koken vinden Nederlandse consumenten gezond en volwaardig steeds belangrijker ^[27]. Smaak wordt ook belangrijk gevonden, al is dit een persoonlijke waardebeleving. Een mens ontwikkelt zijn eigen voorkeuren en houdt gewoonten graag in stand. Als iemand zelf graag kookt, zal deze persoon een kant- en klaar maaltijd minder lekker vinden dan iemand die niet van koken houdt ^[28].

Na de observaties is het nog onduidelijk hoe de medewerkers zorg en welzijn staan tegenover het bereiden van een gezonde warme maaltijd voor een groep bewoners en wat zij hierbij belangrijk vinden. Tevens is niet opgemaakt of de risicoperceptie een rol speelt bij de medewerkers. Mogelijk zien zij het belang van een gezonde en volwaardige maaltijd voor de cliënten niet in en onderschatten zij het risico op ondervoeding. Dit zal in het veldonderzoek achterhaald worden.

Er is wel gezien dat medewerkers het belangrijk vinden dat cliënten voldoende krijgen. Dit wordt onder andere opgemaakt uit het feit dat er één locatie is waarbij medewerkers en stagiaires niet mee-eten met de cliënten, omdat het budget voor de cliënten zo ook echt gebruikt wordt voor de cliënten. Daarnaast is er tijdens de observaties ook door meerdere medewerkers gevraagd wat de aspirant onderzoekers vonden van de maaltijden en of cliënten wel voldoende aten. Er wordt getwijfeld of de medewerkers voldoende kennis hebben over de hoeveelheden die cliënten nodig zijn, omdat gezien is dat er op alle dagen onvoldoende groente was en omdat er weinig tot geen eten is weggegooid in de woongroepen. Bij twee woongroepen is gemerkt dat er te weinig was ingekocht. In een woongroep was er maar één pot groente van 520 gram en in een andere woongroep waren er maar vier kipschnitzels voor zes bewoners en een medewerker zorg en welzijn. Tevens is er gezien dat medewerkers niet weten hoeveel gram sperziebonen er nodig zijn voor zes cliënten. Daarnaast is er gemerkt dat de kennis over het bereiden van een gezonde maaltijd ook niet altijd optimaal is. Dit is onder andere opgemaakt uit het feit dat aardappelen en groente bijna in alle woongroepen in te veel

water werden gekookt. In een woongroep wist iemand niet hoelang iets gekookt moet worden: *‘Sperziebonen moeten altijd zo lang koken. Ze koken nu al 20 minuten en zijn nog niet gaar’*.

Uit een onderzoek van een vorige stagiaire voeding en diëtetiek blijkt dat medewerkers behoefte hebben aan recepten op intranet. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de medewerkers zorg en welzijn positief staan tegenover intranet.

Sociale invloed

De sociale invloed geeft aan in welke mate personen in de directe omgeving een rol spelen op de ideeën, opvattingen en gedragingen van een persoon. Sociale invloed kan zowel positief als sociale steun en negatief als sociale druk worden ervaren ^[25].

Slechts 14% van de Nederlanders beschouwt zichzelf als sociale kok, die kan koken met veel gezelschap in de keuken en voldoende kan bereiden voor iedereen ^[29]. Het is onbekend hoe de medewerkers zorg en welzijn staan tegenover het koken voor een groep. Uit onderzoek van Franke Kitchen Systems blijkt dat kookprogramma's weinig invloed hebben op de manier waarop Nederlanders koken. Van de 1000 respondenten raakt 35% wel eens geïnspireerd door een kookprogramma. De meerderheid (64%) geeft aan niet te worden beïnvloed door programma's en trouw te blijven aan de manier waarop er thuis gekookt wordt ^[30]. Tegenwoordig worden er steeds meer recepten en maaltijdideeën op internet gezocht. Het opzoeken van een recept is geen alledaagse bezigheid, maar als er op internet wordt gekeken, wordt men vooral beïnvloed door reviews. Positieve reacties zorgen ervoor dat er eerder een recept wordt uitgetest ^[27]. Van de thuishokkers kijkt 66% wel eens naar een recept voor de warme maaltijd. Deze informatie wordt door 94% van de mensen online gezocht ^[31]. Hier sluit het communiceren van informatie via intranet goed bij aan.

De sociale invloed is laag bij de medewerkers zorg en welzijn. Er is op geen enkele woongroep gezien dat medewerkers zich lieten beïnvloeden door elkaar. Ook positieve gedragingen van een woongroep worden niet overgenomen door andere woongroepen. Er is namelijk één locatie die standaard iedere dag fruit aanbiedt. Dit is niet overgenomen door andere locaties. Wel maakt iedere woongroep een weekmenu. Wie en hoe het weekmenu wordt gemaakt, varieert per locatie. In Enter maakt iedereen wel eens een weekmenu, in Hengelo gebeurt dit door één medewerker en in Almelo wordt er iedere zondag een weekmenu gemaakt. Hierdoor is de medewerker die kookt afhankelijk van wat er op het weekmenu staat en wat en hoeveel er is ingekocht. Er wordt dus niet op de dag bepaald wat er wordt gekookt en als er te weinig is ingekocht presenteert degene die kookt mogelijk hierdoor een onvolwaardige maaltijd. Tijdens de observaties is er één keer gezien dat het weekmenu werd genegeerd, doordat er iets werd gekookt wat de vrijwilliger lekker vond. Hierdoor werd de rijst wat op het menu stond, vervangen door aardappelen, vlees en groente.

Eigen effectiviteit

De eigen effectiviteit geeft het geloof in eigen kunnen aan. In hoeverre mensen denken dat zij in staat zijn om het voorgenomen gedrag uit te voeren. Hoe groot deze eigen effectiviteit is, verschilt per persoon ^[25].

De meeste Nederlanders koken meestal zelf. Door de week neemt bij de meeste mensen (45%) de bereiding van de warme maaltijd 30 tot 45 minuten in beslag. Zo'n 40% kookt hun maaltijd gemiddeld in 15 tot 30 minuten ^[26]. Tijdens de observaties is gezien dat de bereiding op acht van de twaalf dagen langer dan een uur duurde. Aardappels schillen, groente snijden en gehaktballen draaien gebeurde vaak al enkele uren van te voren. Uit de literatuur blijkt dat de Nederlandse thuishokker bescheiden is over zijn eigen kookvaardigheden. Koken wordt meestal gedaan door een vrouw en is een ondergeschikt onderdeel van de dag. De maaltijd moet vaak simpel en praktisch zijn. De meeste Nederlandse consumenten gebruiken dan ook meerdere keren per maand gemakproducten zoals voedsel uit blik of pot, bevroren groente, kant- en klare sauzen en kruidenmengsels. Het toetje wordt

door ongeveer de helft van de Nederlanders (47%) standaard kant- en klaar gekocht^[31]. Dit is ook gezien in de woongroepen. Op tien van de twaalf geobserveerde dagen werden kant- en klaar producten gebruikt zoals zakjes jus, sauzen, kruidenmixen en potgroenten. De nagerechten kwamen in alle woongroepen kant- en klaar uit een pak.

Tijdens de observaties in de woongroepen van Carintreggeland is er gemerkt dat er medewerkers zijn die op het werk hetzelfde koken zoals ze thuis gewend zijn. Dit is opgemaakt uit de opmerkingen: *'Ik kook nooit met zout, want dat doe ik thuis ook niet'*, *'Ik maak gehaktballen altijd met een uitje erdoor, dat vinden ze thuis altijd heerlijk'* en *'Bij roerbakmie hoort wel een eitje want dat doen wij thuis ook altijd'*. Het is onduidelijk of de medewerkers zorg en welzijn een hoge of lage eigen effectiviteit hebben rondom de bereiding van de warme maaltijd, dit zal achterhaald worden met het veldonderzoek.

Barrières

Barrières kunnen invloed hebben op de intentie van bepaald gedrag^[7]. Veelal vormen geld, tijd en materialen en middelen barrières voor het uit te voeren gedrag.

De prijs kan een barrière zijn, als ongezonde voeding goedkoper is en als men hierdoor gezonde voeding te duur vindt. Volgens de diëtisten is de prijs geen barrière en zijn er geen woongroepen die te weinig hebben aan het budget. Het budget is € 4.75 per cliënt per dag voor eten en drinken. Tijdens de observaties is gemerkt dat één van de zes woongroepen mogelijk een tekort heeft aan dit budget. Dit is opgemaakt uit het feit dat één medewerker zorg en welzijn aangaf dat de cliënten op die woongroep grote eters zijn, waardoor ze krap in het budget zitten. Verder is er tijdens de observaties gezien dat de meeste woongroepen gebruik maken van reclameacties van lokale supermarkten. Dit geeft aan dat er wel bewust met het budget wordt omgegaan. Het communiceren via intranet is voor alle medewerkers gratis en hierdoor geen barrière.

De barrière tijd verschilt per woongroep. In de meeste woongroepen was tijd geen barrière omdat er een vrijwilliger of stagiaire aanwezig was. Op twee dagen is er gezien dat een medewerker zorg en welzijn helemaal alleen in een woongroep stond tijdens de bereiding van de warme maaltijd. Naast het koken moest zij tevens de cliënten verzorgen. Voor deze medewerkers was weinig tijd wel een barrière en kostte het goed plannen om de warme maaltijd te bereiden. Een andere barrière kan zijn dat medewerkers te weinig tijd hebben om op intranet te kijken. Onbekend is in hoeverre dit een rol speelt.

Er is gezien dat materialen en middelen in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland geen barrières zijn. De kleinschalige woongroepen beschikken allemaal over een keukenblok, er zijn voldoende pannen en er is een keukenmachine om de maaltijden te malen. Tevens heeft iedere woongroep een koelkast en een vriezer. Daarnaast heeft iedere medewerker zorg en welzijn en helpende een eigen inlogcode voor intranet waar de brochure met recepten op geplaatst wordt.

Vaardigheden

Vaardigheden hebben een invloed op de intentie van bepaald gedrag, die door vaardigheden kan veranderen.

Uit een onderzoek van Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL) blijkt dat de meeste consumenten (62%) kennis en vaardigheden bij de maaltijdbereiding als goed of zeer goed omschrijven^[32]. Uit een onderzoek van Swiss Food Panel waarbij kookvaardigheden bij ruim 4400 personen zijn nagevraagd, blijkt dat plezier in koken een voorspellende factor is voor de kookvaardigheden, vooral bij mannen. Vrouwen hebben over het algemeen betere kookvaardigheden dan mannen. Kookvaardigheden staan positief in relatie met een wekelijkse groenteconsumptie, maar negatief in relatie met wekelijks gebruik van gemakproducten. Kortom kookvaardigheden helpen mensen in het bereiken van de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden en het maken van gezondere voedingkeuzes^[33].

Gezien is dat de kookvaardigheden verschillen per persoon. Sommige medewerkers hadden moeite met het bereiden van de warme maaltijd. Zo is er gezien dat er iemand was die geen gehaktballen kon draaien en hier een collega van de andere woongroep voor moest vragen. Van de twaalf dagen is er twijfel bij zes dagen of degene die de warme maaltijd bereidde over voldoende kookvaardigheden beschikte. De aspecten waaruit dit blijkt zijn:

- Het te lang koken van groente of aardappelen;
- Aardappelen en groenten in te veel water koken;
- Bakken met te veel of te weinig vet;
- Niet weten hoe gehaktballen gedraaid moeten worden.

2.6 Methode

Om de onderzoeksvraag en deelvragen te kunnen beantwoorden is er zowel literatuur- als veldonderzoek gedaan. In de literatuur is onderzoek gedaan naar het gezondheidsprobleem, het gedrag en de determinanten. Tevens is er onderzocht wat PG-cliënten nodig hebben aan voeding en waar er rekening mee gehouden moet worden als een interventie via intranet wordt gecommuniceerd. In het veldonderzoek zijn interviews met de medewerkers zorg en welzijn gehouden. Hierin zijn de determinanten die een rol spelen bij de bereiding van de warme maaltijd, en nog onduidelijk waren uit de observaties, achterhaald.

Doelgroep

Tijdens de observaties is er gezien dat er gekookt wordt door medewerkers zorg en welzijn, stagiaires en vrijwilligers. Ook al wordt er gekookt door een stagiaire of vrijwilliger, de medewerkers zorg en welzijn dragen de verantwoordelijkheid en daarom wordt er met de interventie ingespeeld op deze intermediairen. De werving voor de interviews met deze medewerkers is gebeurd in drie kleinschalige woonlocaties van Carintreggeland, namelijk: Reggedal in Enter, Backenhagen in Hengelo en Titus Brandsmahof in Almelo. Dit zijn dezelfde locaties waar ook het observerende onderzoek is uitgevoerd. Medewerkers kwamen in aanmerking als ze aan de volgende criteria voldeden:

- De medewerker zorg en welzijn moet werken in een kleinschalige woongroep binnen de organisatie Carintreggeland;
- De medewerker zorg en welzijn moet gediplomeerd zijn. Stagiaires en vrijwilligers zijn uitgesloten.

Verzamelen resultaten

Tijdens het veldonderzoek is onderzocht wat de medewerkers belangrijk vinden bij het bereiden van een warme maaltijd en of zij denken in staat te zijn om een gezondere en volwaardige warme maaltijd te kunnen bereiden. Verder zijn de kookvaardigheden en de barrières geld en tijd nagevraagd.

Om deze gegevens te achterhalen is er gekozen om interviews te houden met een aantal medewerkers zorg en welzijn. Er is gekozen voor open interviews zodat degene die geïnterviewd wordt geheel vrij in het volgen van zijn eigen gedachtegang is. Dit is voornamelijk geschikt bij het achterhalen van attitudes, gedachten en meningen ^[34]. Het voordeel hiervan is dat de geïnterviewde niet of nauwelijks wordt beïnvloed. Het interview is met een opwarmvraag, een hoofdvraag en een aantal topics uitgevoerd. De hoofdvraag was de rode draad tijdens de interviews. Doorvragen kon van te voren niet helemaal worden ingepland, maar de interviewgide is hierbij gebruikt ter ondersteuning. Deze is te vinden in bijlage 1.

De interviews zijn gezamenlijk uitgevoerd door de aspirant onderzoekers en zijn opgenomen met een voicerecorder, waarvoor alle medewerkers van te voren toestemming hebben gegeven. Een interview is geslaagd als de interviewer alle informatie verkregen heeft en de informatie overeen komt met hoe de doelgroep daadwerkelijk denkt ^[35]. Om de interviewgide te testen is er een pretest uitgevoerd door een medewerker zorg en welzijn te interviewen. Na aanleiding van dit proefinterview zijn er geen aanpassingen verricht.

Verwerking resultaten

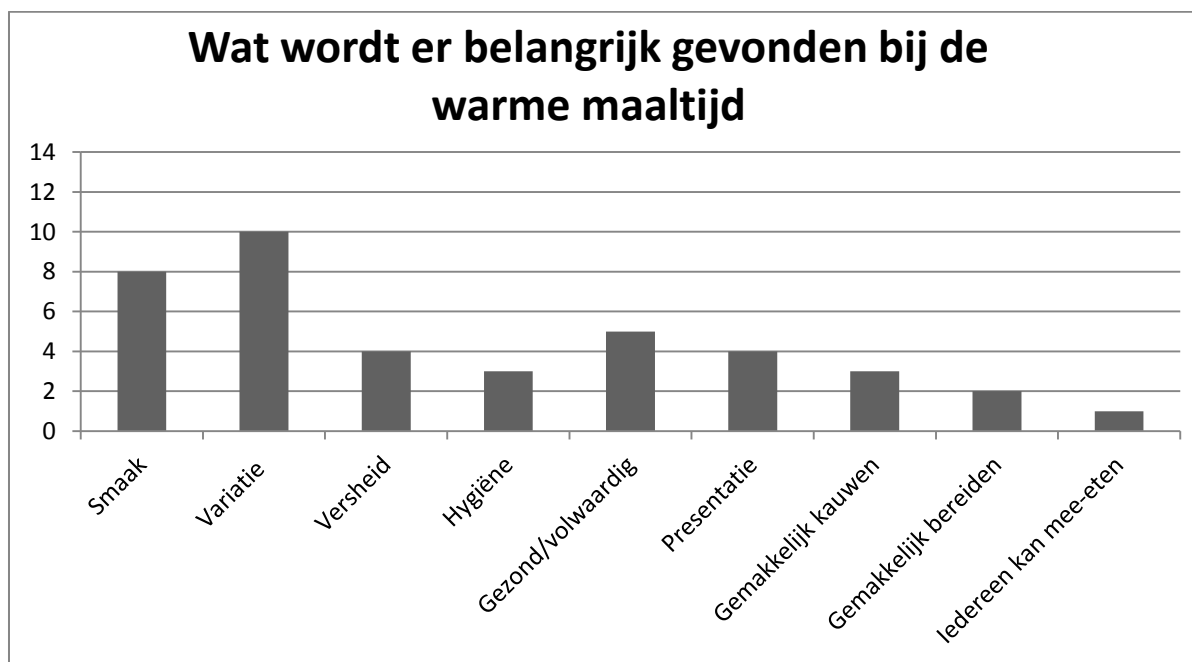
Na de interviews zijn alle gegevens teruggebracht tot een relevante kern. Hierbij is er goed gesorteerd welke gegevens relevant voor dit onderzoek zijn en welke niet. Op basis hiervan is geprobeerd om de antwoorden zoveel mogelijk te verdelen in een aantal aspecten zodat deze gecategoriseerd konden worden. Bij het sorteren is er gelet op de determinanten en de topics. De resultaten zijn beschrijvend weergegeven.

2.7 Resultaten van het veldonderzoek

Van de ongeveer 350 medewerkers zorg en welzijn die werkzaam zijn in de psychogeriatrische kleinschalige woongroepen van Carintreggeland zijn 14 medewerkers geïnterviewd. Hieraan hebben alleen vrouwen meegewerkt. In verband met de privacy van de geïnterviewden zijn alle gegevens anoniem verwerkt.

Het eerste wat de medewerkers zorg en welzijn te binnen schiet als ze aan de warme maaltijd in de woongroepen denken is 'aardappelen, vlees en groente' of 'Hollandse pot'. De ondervraagden hebben een positieve houding tegenover het bereiden van de warme maaltijd. Drie medewerkers maakten een opmerking over de ambiance en het zelf koken wat een groot verschil is met de grootschalige verpleeghuizen. Verder gaven twee medewerkers aan het leuk te vinden om te koken.

Aan alle medewerkers is gevraagd wat zij belangrijk vinden bij de warme maaltijden die worden aangeboden aan de PG-cliënten. De antwoorden op deze vraag worden weergegeven in figuur 4.



Figuur 4: Wat vinden de medewerker zorg en welzijn belangrijk bij het aanbieden van de warme maaltijd aan de PG-cliënten in de kleinschalige woongroepen (N=14).

Smaak: Smaak is door 8 van de 14 medewerkers belangrijk gevonden. Argumenten die hiervoor zijn gegeven is dat bewoners het lekker moeten vinden. Eén medewerker gaf aan dat er niet te veel zout moet worden toegevoegd, terwijl een andere medewerker vindt dat het eten niet te flauw mag zijn. Daarnaast gaf één medewerker aan dat het eten smaakvol moet zijn, omdat de smaakpupillen afnemen bij ouderen.

Variatie: De meerderheid, namelijk 10 van de 14 ondervraagden, vindt variatie belangrijk. Hierbij gaven medewerkers aan dat niet iedere dag hetzelfde moet zijn. Er moet afwisseling in de menu's zitten, zodat er niet alleen aardappelen worden gegeten, maar ook af en toe pasta. Tevens moet er ook af en toe vis op het menu staan.

Versheid: Vier medewerkers gaven aan de versheid belangrijk te vinden. Hierbij is door alle vier verse groente genoemd. Twee medewerkers gaven aan zelf niet van potgroente te houden en het daarom ook nooit te maken, tenzij er niets anders op de woongroep is. Verder is er één persoon die het belangrijk vindt dat de bewoners groente van het seizoen eten: *'Dit is goedkoper en dat doe je thuis ook'*. Verder gaf één persoon het aan het verschrikkelijk te vinden dat er altijd maar kant- en klare toetjes worden gekocht. *'Bewoners vinden juist zelfgemaakte griesmeelpudding of custard lekker'*.

Hygiëne: Drie ondervraagden gaven aan hygiëne een belangrijk aspect te vinden. Twee personen noemen hier de HACCP bij en één persoon gaf aan het belangrijk te vinden dat het aanrecht altijd goed schoon is en het eten goed gaar moet zijn.

Gezond/volwaardig: Er zijn vijf personen die gezond en volwaardig belangrijke aspecten vinden. Hierbij werd aangegeven dat er voldoende vitamines in de maaltijd moeten zitten en dat cliënten voldoende voedingsstoffen moeten binnenkrijgen. Er is één medewerker die aangaf de Schijf van Vijf belangrijk te vinden.

Presentatie: De presentatie wordt door vier personen belangrijk gevonden. De maaltijd moet goed bij elkaar passen qua smaak en kleuren en het geheel moet er goed en smakelijk uit zien.

Gemakkelijk kauwen: Gemakkelijk kauwen wordt door drie personen belangrijk gevonden. *'Aardappelen en groente moeten beetgaar worden gekookt'*. Eén medewerkster zegt hierop: *'De speklappen die je thuis helemaal doorbakt, moet je hier juist heel zacht bakken'*. De anderen noemen dat vooral het vlees niet taai mag zijn omdat cliënten het anders niet kunnen eten.

Gemakkelijk bereiden: Twee ondervraagden gaven aan dat gemakkelijk bereiden ook belangrijk is. *'Dat wat op het weekmenu staat, moet eigenlijk zonder recept door iedereen klaar te maken zijn'*, zei één medewerkster. Een andere persoon gaf aan dat koken gemakkelijk moet zijn en niet te veel tijd in beslag mag nemen.

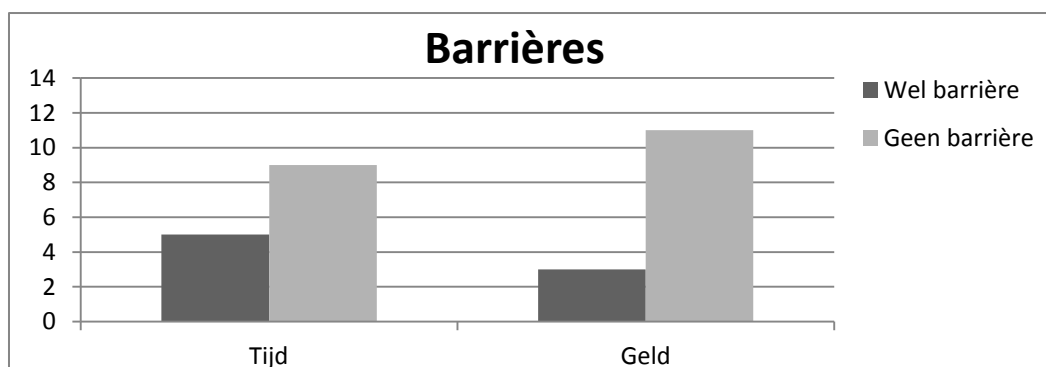
Mee-eten: Tot slot was er nog één medewerkster die aan gaf het belangrijk te vinden dat iedereen kan mee-eten. *'De maaltijd moet een gezellig gebeuren zijn'*. De medewerkster vertelt dat er op die woongroep een bewoner met coeliakie woont, waardoor dit soms moeilijk is. Ondanks dit wordt er iedere dag geprobeerd om een glutenvrije warme maaltijd te bereiden. Mocht er een keer pasta of iets ander met gluten worden gegeten, dan krijgt die bewoner een kant- en klaar maaltijd uit de diepvries, maar dit is volgens de medewerkster echt uitzonderlijk.

Aan alle medewerkers is gevraagd wat zij vinden van de warme maaltijd als deze door een stagiaire of vrijwilliger wordt bereid. Deze vraag is gesteld, omdat er tijdens het veldonderzoek is gezien dat 6 van de 12 geobserveerde warme maaltijden werden klaargemaakt door een stagiaire of vrijwilliger. De meningen over de maaltijdbereiding van stagiaires en vrijwilliger zijn verdeeld. Acht medewerkers gaven aan dat er niet anders wordt gekookt als een stagiaire of vrijwilliger de maaltijd bereid. Er wordt aangegeven dat er vaak samen gekookt wordt en dat de meeste stagiaires en vrijwilligers ondersteuning nodig zijn bij het koken. De overige zes ondervraagden geven aan dat stagiaires en vrijwilliger vaak wel anders koken. Sommige stagiaires koken thuis nooit en dan zijn zij nog veel hulp nodig. Een medewerker geeft aan dat ze dit soms wel vervelend vindt, terwijl een andere medewerker aangeeft dat stagiaires wel vragen als ze er niet uit komen. Tevens geeft één medewerker aan dat stagiaires en vrijwilligers niet bekend zijn met de HACCP en dat daarom ondersteuning zeer belangrijk is. Deze medewerkster geeft aan ooit te hebben meegemaakt dat een vrijwilliger rauwe hamburgers wou serveren aan de bewoners. Twee medewerksters gaven aan dat stagiaires kennis en vaardigheden tekort komen om een warme maaltijd te bereiden. *'Zo weten ze niet dat als je een ei moet koken, deze voor onze bewoners helemaal hard gekookt moeten worden'*. Tevens zijn er veel positieve reacties over vrijwilligers en stagiaires. Hun aanwezigheid zorgt ervoor dat er uitgebreider kan worden gekookt en dat er werk uit handen gegeven kan worden. Eén medewerker vertelt ook dat vrijwilligers vaak iets ouder zijn en juist heel goed recepten van vroeger kunnen koken zonder pakje en zakje. *'Dit vinden mensen vaak erg lekker en hier leer ik zelf ook nog wat van'*.

Tevens is er aan alle medewerkers de vraag gesteld of zij een gezondere warme maaltijd zouden kunnen bereiken dan dat zij nu doen. Twaalf van de veertien ondervraagden gaven aan dit niet te kunnen. Argumenteren hiervoor zijn dat de maaltijden al goed zijn, dat cliënten niets tekort komen, dat er alles in de woongroep is voor een goede bereiding van de warme maaltijd en dat er net zo gekookt wordt als thuis. Er zijn twee medewerkers die denken dat ze wel beter zouden kunnen koken dan dat ze nu doen. Hiervoor hebben zij meer tijd en meer ruimte nodig op het aanrecht. *'De keuken is niet professioneel'*. Daarnaast heeft één medewerker moeite om te koken voor een groep: *'Ik kook thuis voor drie en hier moet ik opeens voor zes koken, dat was een heel verschil'*.

Bijna iedereen, namelijk 12 van de 14 ondervraagden, gaf aan dat het koken geen problemen oplevert en dat zij tegen geen moeilijkheden aanlopen. Eén medewerkster gaf aan dat er soms slecht rekening wordt gehouden met wat mensen goed en minder goed kunnen eten. *'Zo staat er soms rijst op het menu, terwijl bewoners dit slecht kunnen eten'*. Tevens is er door één persoon aangegeven dat collega's aardappelen vaak tekort koken, waardoor deze te hard zijn voor de bewoners. Twee medewerkers geven aan te denken dat hun kookvaardigheden beter zouden kunnen. Eén medewerkster geeft aan dat een kookworkshop wel een idee is om dit te leren en één medewerkster geeft aan dat er geen protocol is om te koken, wat het wel moeilijk maakt om te bepalen wanneer je het nou echt goed doet.

Na de observatie was het onduidelijk in hoeverre tijd en geld barrières een rol spelen bij de warme maaltijd. Daarom is dit nagevraagd bij de medewerkers zorg en welzijn. De resultaten hiervan zijn te vinden in figuur 5.



Figuur 5: In hoeverre spelen tijd en geld een barrière bij de 14 ondervraagden.

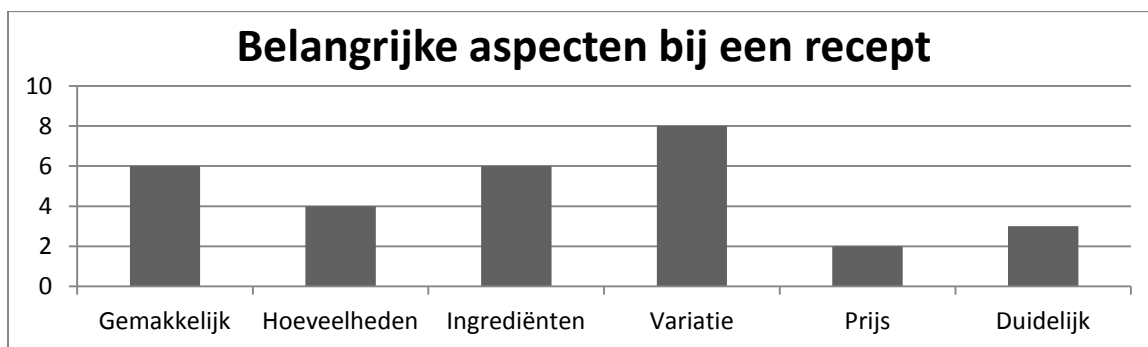
Tijd: Gebrek aan tijd zien 5 van de 14 ondervraagden als een probleem. Vooral in de woongroepen met zes bewoners gaven medewerkers aan dat ze alleen staan als er geen stagiaire of vrijwilliger is en dat er dan wel vaak gebrek aan tijd is. Eén medewerker gaf aan thuis regelmatig een sausje bij vlees of groente te maken, maar dat ze daar in de woongroep geen tijd voor heeft. De overige 9 ondervraagden gaven aan geen tijd tekort te komen. Aardappelen worden vaak 's ochtends al voorbereid en twee woongroepen geven aan hier vaak een activiteit voor bewoners van te maken.

Geld: Het budget zien slechts 3 van de 14 medewerkers als een probleem. Eén van hen zei: *'De boodschappen worden steeds duurder, maar het budget wordt niet hoger'*. Een ander gaf aan alleen bij speciale gelegenheden zoals een verjaardag soms te weinig geld te hebben. De meerderheid geeft aan dat er voldoende geld is om boodschappen te doen. Wel wordt er aangegeven dat er goed moet worden opgelet om binnen het budget te blijven. Eén woongroep doet daarom steeds vaker boodschappen bij de Aldi. Drie woongroepen gaven aan het weekmenu te baseren op datgene wat in de reclame is bij de supermarkt waar er boodschappen worden gehaald.

Alle medewerkers geven aan te kunnen werken met intranet. De medewerkers van de locaties Almelo en Enter geven aan regelmatig op intranet te kijken. Eén van de medewerkers geeft aan iedere dienst op intranet te kijken, omdat deze pagina als eerste verschijnt na het inloggen. De medewerkers in

Hengelo geven aan weinig tot zeer weinig op intranet te kijken. Twee ondervraagden geven aan alleen op intranet te kijken als ze een protocol nodig zijn.

Bijna iedereen, 13 van de 14 ondervraagden, zou graag recepten willen ontvangen. Twee medewerkers geven aan leuk te vinden om ook eens iets anders te proberen in de woongroep. De medewerkers die alleen intranet raadplegen voor protocollen, geven aan de recepten graag via de mail te ontvangen. Twee medewerkers geven aan de recepten graag te willen uitprinten om in de woongroep te bewaren. Hieronder, in figuur 6, wordt weergegeven wat medewerkers belangrijke aspecten vinden die zij graag zien bij een recept.



Figuur 6: Wat vinden medewerkers zorg en welzijn belangrijk bij een recept. (N=14).

Gemakkelijk: Gemakkelijk wordt door 6 van de 14 ondervraagden aangegeven als belangrijk aspect. Medewerkers geven aan dat de maaltijdbereiding niet te moeilijk moet zijn. Eén medewerker zei: *'Bewoners houden hier van Hollandse pot dus het moet allemaal niet zo moeilijk en apart zijn'*.

Hoeveelheden: Vier medewerkers vinden hoeveelheden belangrijk, zodat cliënten voldoende binnenkrijgen.

Ingrediënten: Zes personen hebben aangegeven dat het fijne van een recept is dat de ingrediënten er meestal bij staan. Dit is gemakkelijk voor het boodschappen doen en het weekmenu maken.

Variatie: Variatie wordt door de meeste medewerkers, namelijk 8 van de 14, belangrijk gevonden. Medewerkers geven aan hier ook op te letten met het maken van het weekmenu.

Prijs: Drie personen geven aan dat de recepten niet te duur moeten zijn in verband met het budget.

Duidelijk: Drie personen vinden dat een recept duidelijk moet zijn. Hiermee bedoelen de ondervraagden dat het duidelijk moet zijn van te voren wat voor een maaltijd het wordt en hoe het gemaakt wordt.

Conclusie veldonderzoek

Uit de interviews is gebleken dat de attitude hoog is. De medewerkers vinden het vooral belangrijk dat de warme maaltijd goed smaakt en dat er gevarieerd wordt in het aanbod. De eigen effectiviteit is laag. De medewerkers denken niet beter te kunnen koken, omdat zij vinden dat de maaltijden goed zijn zoals deze nu zijn. Tijd en geld worden slechts door een enkeling als barrière gezien bij het bereiden van de warme maaltijd. Twee locaties kijken regelmatig op intranet en de ander locatie kijkt weinig op intranet. Bijna iedereen staat positief tegenover het ontvangen van recepten via intranet.

2.8 Conclusie

Uit het vocht- en voedselconsumptieonderzoek blijkt dat de vocht- en voedselconsumptie van de PG-clients niet voldoet aan de aanbevelingen van de Gezondheidsraad. De meeste winst valt te behalen bij de warme maaltijd die is vergeleken met de Richtlijnen Voedselkeuze. De cliënten eten hierbij te weinig calorieën, voedingsvezels en groente en te veel verzadigd vet en natrium. Een lage calorie-inname kan leiden tot ondervoeding. Ongeveer 25% van bewoners in een verpleeghuis is ondervoed en ongeveer 40% verkeert in een matige voedingstoestand^[17]. Bekend is dat bij personen met

dementie vaker gewichtsverlies en ondervoeding voorkomt dan bij personen zonder dementie ^[18]. Ondervoeding kan tot ernstige gevolgen voor de gezondheidstoestand leiden ^[23]. Daarnaast brengt ondervoeding hoge kosten met zich mee ^[24]. Belangrijk is dat iedere cliënt een volwaardige warme maaltijd krijgt aangeboden met voldoende energie en voedingsstoffen. Als er meer eten aangeboden wordt, gaan cliënten wellicht ook meer gaan eten.

De interventie moet gericht zijn op recepten, omdat medewerkers hier behoefte aan hebben. De kookworkshop die wordt gegeven om de bereiding van de warme maaltijd te verbeteren, richt enkel op de componenten van de warme maaltijd. In de digitale brochure met recepten wordt er ingespeeld op de hele warme maaltijd, want deze kan verbeterd worden. Eisen waaraan de interventie moet voldoen zijn dat de recepten praktisch uitvoerbaar moeten zijn, waarbij rekening wordt gehouden met de beschikbare tijd en kookvaardigheden van de medewerkers. Tevens is het belangrijk dat de recepten smaakvol zijn voor de PG-cliënten. De interventie zal gecommuniceerd worden via intranet, omdat blijkt dat medewerkers hier behoefte aan hebben.

De PG-cliënten zijn afhankelijk van de medewerkers zorg en welzijn. Daarom wordt de interventie ontwikkeld voor deze doelgroep. De medewerkers vinden het belangrijk dat de warme maaltijden goed smaken en dat er gevarieerd wordt in het aanbod. Daarnaast worden versheid, hygiëne, gezond en volwaardig, hoeveelheid, presentatie, gemakkelijk kauwen, gemakkelijk bereiden en dat bewoners kunnen mee-eten als belangrijke punten genoemd. De medewerker die kookt is afhankelijk van wat er op het weekmenu staat en wat en hoeveel er is ingekocht. De meeste medewerkers geven aan goed te kunnen koken, omdat dat de maaltijden in de woongroepen zo goed zijn en dus niet verbeterd kunnen worden. Slechts twee medewerkers denken beter te kunnen koken als zij meer tijd en meer ruimte hebben op het aanrecht. Tevens geven twee medewerkers aan beter te kunnen koken als zij meer kookvaardigheden zouden hebben. Tijdens de observaties is gezien dat de kookvaardigheden per persoon verschillen. Aardappelen en groente werden vaak te lang en in teveel water gekookt en eten brandde aan doordat er te weinig bakvet werd gebruikt. Verder is er gezien dat iemand niet wist hoe gehaktballen gedraaid moeten worden en hoeveel gram sperziebonen er nodig zijn voor zes cliënten. Alle medewerkers zorg en welzijn kunnen overweg met intranet, alleen kijkt niet iedereen hier regelmatig op. Het wordt veelal gebruikt om protocollen te zoeken. Tijd en geld worden slechts door een enkeling als barrière ervaren. Alleen bij uitzonderingen waarbij een medewerker alleen werkt of bij speciale gelegenheden zoals een verjaardag is er soms te weinig tijd en geld. Tegenover het ontvangen van recepten staan bijna alle medewerkers positief. De medewerkers vinden gemak, variatie en de vermelding van hoeveelheden en benodigdheden belangrijke aspecten in een brochure met recepten.

2.9 Discussie

In deze paragraaf worden de sterke punten en beperkingen van het veldonderzoek benadrukt die invloed kunnen hebben op de resultaten.

Sterke punten

Het veldonderzoek heeft een aantal sterke punten. Als eerste is er een pretest uitgevoerd om de interviewgids te testen en de kwaliteit hiervan te verhogen. Door het gebruik van een interviewgids zijn alle interviews open gevoerd, waardoor de ondervraagden geheel vrij in het volgen van hun eigen gedachtegang waren. Een ander sterk punt is dat alle interviews gezamenlijk door de aspirant onderzoekers zijn afgenomen, waardoor er geen verschil heeft kunnen ontstaan tussen de verschillende interviews die zijn afgenomen. Doordat de gegevens zelf zijn verzameld, is er geen twijfel over de herkomst van de gegevens. Tot slot is het opstellen van de inclusie- en exclusiecriteria voor de samenstelling van de respondentengroep een sterk punt. Hierdoor is de doelgroep van het veldonderzoek afgebakend waardoor er een specifieke doelgroep is ontstaan, namelijk: medewerkers zorg en welzijn die werken in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland.

Beperkingen

Het veldonderzoek had ook enkele beperkingen. Deze beperkingen kunnen in een volgend onderzoek heroverwogen worden. Tijdens het onderzoek zijn alleen medewerkers zorg en welzijn ondervraagd. Er hadden ook stagiaires en vrijwilligers nagevraagd kunnen worden, omdat gezien is dat zij ook regelmatig warme maaltijden bereiden. Een andere beperking is de relatief kleine steekproef die genomen is. De veertien ondervraagden zijn maar een klein deel van de totale groep van ongeveer 350 medewerkers zorg en welzijn.

Vergelijking met soortgelijk onderzoek

De literatuur over het bereiden van maaltijden door medewerkers in kleinschalig wonen is beperkt. Er is een afstudeeropdracht: *'Het recept voor kleinschalig wonen voor Dignis'* uit 2011 van twee Voeding en Diëtetiek studenten op de HBO-kennisbank gevonden. Hierbij zijn onder andere de kennis en vaardigheden van medewerkers onderzocht met behulp van vragenlijsten. Hieruit is gebleken dat medewerkers onderling een andere werkwijze hanteren. De ene besteedt meer aandacht aan de maaltijd dan een ander. De medewerkers hebben weinig inzicht in de eisen van een verantwoorde maaltijd en weinig kookvaardigheden, waardoor er wordt gekookt zoals ze thuis gewend zijn. Dit is ook gezien bij medewerkers zorg en welzijn van Carintreggeland. Het onderzoek adviseert om kookcursussen aan te bieden en informele momenten te organiseren waarbij de medewerkers kennis en ervaringen kunnen uitwisselen. Carintreggeland biedt al kookworkshops aan, aan de medewerkers zorg en welzijn waarop de brochure met recepten aansluit. De sociale invloed binnen Carintreggeland is laag en het delen van ervaringen van de medewerkers zorg en welzijn zou een mogelijkheid om elkaar positief te beïnvloeden kunnen zijn.

3. Interventieontwikkeling

Om een effectieve interventie op te stellen wordt er gericht op de determinanten die van invloed zijn bij de bereiding van de warme maaltijden om deze te verbeteren. Dit hoofdstuk omvat de ontwerpfase waarin de interventie wordt ontworpen.

3.1 Doelen voor de interventie

Er is gezien dat alle warme maaltijden van de PG-cliënten in categorie C: bij uitzondering, van de Richtlijnen Voedselkeuze behoren. De medewerkers zorg en welzijn zijn verantwoordelijk voor deze warme maaltijden. Gezien is dat het aanbod van de warme maaltijden verbeterd kan worden. Hierbij luidt het hoofddoel: *Door een brochure met recepten voor de warme maaltijden te ontwikkelen en een balans te vinden in hoeveelheden die gekookt moeten worden per woongroep, is het aanbod van de warme maaltijden binnen 6 maanden verbeterd.*

Om het hoofddoel te behalen, zijn de volgende doelen opgesteld:

- Binnen 6 maanden heeft 65% van de medewerkers zorg en welzijn de brochure met recepten gelezen;

De brochure met recepten speelt in op de determinanten die van invloed zijn bij de bereiding van de warme maaltijden. Daarom is het belangrijk dat de medewerkers zorg en welzijn de brochure lezen, zodat zij de informatie uit de brochure bij de bereiding van de warme maaltijden kunnen toepassen om deze te verbeteren. De diëtisten kunnen de medewerkers zorg en welzijn attenderen op de brochure via mail, intranet of mondeling bespreekbaar maken.

- Binnen 6 maanden is in 70% van de woongroepen de balans gezocht in de hoeveelheden die dagelijks gekookt moeten worden;

De PG-cliënten zijn afhankelijk van de medewerkers zorg en welzijn in wat zij aan eten en drinken aangeboden krijgen. Gezien is dat de cliënten meestal opaten wat ze aangeboden kregen en de pannen bij de warme maaltijd vaak leeg waren, waardoor cliënten ook niet meer konden eten. Als er meer eten wordt aangeboden, gaan cliënten wellicht ook meer eten. Hierbij is het belangrijk om per woongroep een goede balans te vinden in hoeveel er aangeboden moet worden, zodat cliënten voldoende krijgen zonder dat er teveel eten weggegooid moet worden. De diëtisten kunnen bij het zoeken van de balans ondersteuning bieden aan de woongroepen.

- Binnen 6 maanden staan er minimaal 4 gezonde recepten uit de brochure op het menu per maand in 60% van de woongroepen.

Om het aanbod van de warme maaltijden te verbeteren zijn er recepten in de brochure verwerkt. Deze recepten voldoen aan categorie A bij voorkeur, B bij middenweg of C bij uitzondering van de Richtlijnen Voedselkeuze. De recepten in de brochure met het stempel 'gezonde recepten' voldoen aan categorie A doordat deze niet teveel verzadigd vet, transvet, natrium en voldoende groente en voedingsvezels bevatten. De diëtisten kunnen de verantwoordelijke medewerkers voor het weekmenu attenderen op de brochure met recepten. Tevens kunnen zij ondersteuning bieden bij het opstellen van het weekmenu om zo de recepten hierin te integreren.

3.2 Keuze interventie

Om de warme maaltijden te verbeteren wordt er met de interventie gericht op de bereiding van de warme maaltijden door de medewerkers zorg en welzijn. Hierbij wordt er ingespeeld op de kennis en risicoperceptie, omdat de medewerkers eerst een bepaalde kennis moeten hebben en de ernst van het probleem moeten inzien om de bereiding van de warme maaltijden te veranderen. Verder moet er worden ingespeeld op de eigen effectiviteit, omdat deze laag is. Tevens wordt er rekening gehouden met het budget en het tijdsbestek in de woongroepen. Hoewel deze aspecten door de meerderheid niet als een barrière worden gezien, moeten deze aspecten ook geen barrière gaan worden in de toekomst.

Voor het verspreiden van informatie kunnen er verschillende mediakanalen gebruikt worden, zoals een krant, internet, een folder of de radio. Belangrijk is dat het mediakanaal aansluit bij de doelgroep en dat de interventie leidt tot het gestelde doel. Dit is afhankelijk van een aantal factoren zoals de zender, de boodschap, het gekozen medium en de ontvanger^[36]. In overleg met de opdrachtgevers is er gekozen om een digitale brochure met recepten via intranet te communiceren. Het nadeel van een brochure is dat deze niet iedereen deze helemaal goed leest. Toch is er wel voor gekozen, omdat blijkt uit vorig onderzoek en uit de reacties van de kookworkshops dat medewerkers behoefte hebben aan recepten die via intranet gecommuniceerd worden. Belangrijk is dat de brochure aansluit bij de behoefte van de doelgroep die achterhaald is in de determinantenanalyse en de interviews.

- Kennis

Uit de observaties is gezien dat de kennis niet bij alle medewerkers optimaal is. In de brochure staat daarom informatie waar een warme maaltijd aan moet voldoen, hoe er rekening met de presentatie en variatie kan worden gehouden en waarom het belangrijk is voor PG-cliënten om een volwaardige warme maaltijd te consumeren. Tevens bevat de brochure een overzicht van voedingsmiddelen die de doelgroep dagelijks nodig heeft.

- Risicoperceptie

In de brochure is het belang van een volwaardige warme maaltijd opgenomen. Hierin staat een stukje over ondervoeding en de gevolgen hiervan. De bedoeling is dat de medewerkers zorg en welzijn na het lezen van deze informatie inzien waarom het belangrijk is voor de doelgroep om een goede warme maaltijd aangeboden te krijgen.

- Vaardigheden

Gezien is dat de vaardigheden tijdens het bereiden van de warme maaltijd bij sommige medewerkers verbeterd kunnen worden. Om dit te optimaliseren, worden er praktische tips gegeven. Zo zijn er algemene kooktips opgenomen voorin de brochure, maar worden er ook tips gegeven per recept. Tevens zijn alle handelingen uitgewerkt in de bereidingswijze van de recepten.

- Eigen effectiviteit

Als de kennis, vaardigheden en risicoperceptie worden verbeterd, wordt de eigen effectiviteit waarschijnlijk hoger. Dit komt doordat de medewerkers zorg en welzijn dan waarschijnlijk gaan inzien dat de bereiding van de warme maaltijd wel verbeterd kan worden en dat zij iets kunnen verbeteren bij de bereiding van de warme maaltijden.

- Barrières

Hoewel de meeste medewerkers geen barrières zagen bij het bereiden van de warme maaltijd, is er wel rekening gehouden met de tijd en prijs van de recepten. Gezien is dat de bereiding van de warme maaltijd enkele uren van te voren begon, waardoor aardappelen en groente vaak te lang in het water stonden. Om deze reden bevat ieder recept de bereidingstijd en is er bij sommige recepten een tip gegeven om de tijd gemakkelijker in te delen. Aan de bereidingstijd kunnen medewerkers ook zien hoe laat ze moeten beginnen met de bereiding. Tevens zijn alle benodigdheden opgenomen, zodat medewerkers direct kunnen zien wat zij nodig zijn.

Iedere woongroep heeft een budget waarvan de boodschappen gekocht worden. Een enkeling vond het budget te krap, daarom worden er een aantal tips weergegeven hoe men geld kan besparen bij het boodschappen doen. Tevens bevat de brochure een groente kalender waarop staat welke seizoensgroenten wanneer volop te verkrijgen zijn en hierdoor goedkoper zijn.

3.3 Ontwerp brochure met recepten

Bij het ontwerpen van de brochure is het belangrijk welke informatie er wordt opgenomen en hoe de brochure eruit ziet. Bij het opstellen van de recepten is er gekeken naar de voedingsbehoefte van de PG-cliënten, hoe een recept geschreven moet worden en waar er rekening mee gehouden moet worden. Tot slot is er gekeken waarmee er rekening moet worden gehouden om de brochure via intranet te communiceren.

De informatie in de brochure

In de brochure wordt er allerlei algemene informatie opgenomen die verdeeld is in een aantal hoofdstukken:

- Wat is een volwaardige warme maaltijd: hierin wordt uitgelegd hoeveel er gekookt moet worden en wat ouderen gemiddeld dagelijks nodig zijn aan voeding;
- Het belang van een volwaardige warme maaltijd: hierin wordt het risico op ondervoeding uitgelegd, zodat medewerkers inzien waarom een goede warme maaltijd belangrijk is voor de PG-cliënten;
- Presentatie en variatie: in dit hoofdstuk is informatie opgenomen voor de samenstelling van een menu en worden er een aantal goede combinaties weergegeven van vlees en groente;
- De groente kalender: deze laat zien wanneer welke groenten groeien en hierdoor in dat seizoen het goedkoopste zijn;
- Algemene kooktips: deze tips zijn voornamelijk gericht op de kookvaardigheden;
- Tips om geld te besparen: deze tips zijn, zoals de titel al zegt, gericht op het besparen van geld.

Tevens bevatten alle recepten specifieke informatie. Hierbij is gekozen om gebruik te maken van veel tips, om op een leuke manier informatie over te brengen.

Het uiterlijk van de brochure

Het uiterlijk van de brochure moet er aantrekkelijk uitzien. Er is in eenvoudige taal geschreven zodat alle medewerkers zorg en welzijn met verschillende achtergronden de tekst begrijpen. Tevens is er rekening gehouden met de hoeveelheid tekst, welke zo beperkt mogelijk is gehouden. Voor de voorkant van de folder zijn de kleuren grijs en groen gekozen. Grijs omdat deze kleur overeenkomt met kleur van de organisatie en groen omdat deze kleur vaak geassocieerd wordt met gezond. Het lettertype in de brochure is: 'Cambria'. Dit lettertype is gemakkelijk leesbaar en straalt een vriendelijke sfeer uit. Voor de recepten is het lettertype Arial gekozen, omdat dit lettertype tevens gemakkelijk leesbaar is, maar een iets zakelijker uitstraling heeft. Er is gekozen om bij de recepten een foto weer te geven om het aantrekkelijker te maken en om het recept te ondersteunen. De recepten bevatten allen een boodschappenlijstje voor 6 en 8 personen omdat er woongroepen van 6 en 8 cliënten zijn binnen de organisatie. Tevens zijn de benodigdheden en de bereidingswijze opgenomen bij alle recepten. Verder worden er bij alle recepten tips gegeven in de vorm van toelichtingwolkjes. Op deze manier wordt de kennis verhoogd en worden er variaties gegeven op een leuke en leerzame manier.

De voedingsbehoefte van de doelgroep

Voor de ontwikkeling van de recepten is er gekeken naar wat de doelgroep nodig heeft. Zowel de Schijf van Vijf als de brancheorganisatie Arcares geeft aanbevelingen voor ouderen. De Schijf van Vijf geeft aanbevelingen voor voedingsvezels, vitamines, koolhydraten, eiwitten, vetten en vocht. De aanbevelingen zijn tevens uitgewerkt op voedingsmiddeleniveau. Hierbij moet er voor de doelgroep worden gekeken in de leeftijdscategorie van 71 jaar en ouder, deze adviezen zijn opgenomen in tabel 2 ^[37]. Hierbij is het dagelijkse advies voor melk(producten), 600 ml. Om de behoefte bij de warme maaltijd te bepalen, is deze 600 ml gedeeld door drie maaltijden wat neerkomt op 200 ml per hoofdmaaltijd.

Productgroep	71 jaar en ouder
Groente	150 g 3 opscheplepels
Aardappelen, rijst, pasta peulvruchten	100 – 200 g 2 – 4 aardappelen/ opscheplepels
Melk(producten)	200 ml
Vlees(waren), vis, kip eieren, vleesvervangers	100 – 125 g
Bak-, braad- en frituurproducten, olie	15 g 1 eetlepel

Tabel 2: Aanbevelingen van de Schijf van Vijf voor de componenten van de warme maaltijd voor 70-plussers.

In de Multidisciplinaire richtlijn vocht- en voeding voor verpleeghuisgeïndiceerden, opgesteld door Arcares, staat op voedingsmiddelenniveau hoe een volwaardige voeding voor ouderen in een verpleeghuis vanaf 70 jaar eruit hoort te zien om te voldoen aan alle voedingsstoffen^[38]. In tabel 3 zijn deze aanbevelingen voor de componenten van de warme maaltijd opgenomen.

Productgroep	Hoeveelheden
Aardappelen, Rijst of pasta*	2 stuks (100 g) 1 opscheplepel (50 g)
Groente*	2-3 opscheplepels (100 – 150 g)
Vlees, vis, kip*, bonen*, kaas Vleesvervanging (tempé en tahoe) of Eieren	75 g 100 g 2 stuks (100 g)
Jus*	1 juslepel (15ml)
Nagerecht	1 schaalte (125 ml)

Tabel 3: Aanbevelingen van de Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden over de componenten van de warme maaltijd.

* Bereide producten

De aanbevelingen van brancheorganisatie Arcares sluiten het beste aan bij de PG-cliënten, omdat deze specifiek gericht zijn op ouderen in een verpleeghuis. Het nadeel is dat deze richtlijnen gedateerd zijn uit 2001 en hier nog meer onderzoek naar uitgevoerd moet worden. Voor het ontwikkelen van de recepten is er daarom uitgegaan van de voedingsbehoeften van de Schijf van Vijf.

Het opstellen van de recepten

Bij het schrijven van een recept zijn de kenmerken van het recept terug te vinden in de titel. Zo wordt het hoofdbestanddeel van het recept meestal genoemd. De titel moet de aandacht van de lezer trekken en niet te uitgebreid zijn. Uit de ingrediëntenlijst kan worden opgemaakt wat er in het recept zit. Deze worden opgesomd in volgorde waarop deze worden bereid, zodat de lezer meteen ziet of er nog iets voorbereid moet worden. De ingrediënten zouden ook in volgorde van belangrijkheid of gewicht kunnen worden gezet. De plaats van de ingrediëntenlijst kan bovenaan of naast de bereidingswijze worden gezet. In de brochure is gekozen om deze bovenaan te plaatsen, zodat het meteen duidelijk is wat er gehaald moet worden voor zes of acht bewoners. Van de ingrediënten worden soort en hoeveelheid weergegeven. Met soort wordt er aangegeven of het bijvoorbeeld om verse, gedroogde of potgroente gaat. Als de ingrediënten op meerdere plekken in de bereiding terug komen dan worden deze hoeveelheden apart aangegeven. In de bereidingswijze wordt de hoeveelheid die dan gebruikt moet worden nogmaals genoemd. Een voorbeeld is dat er 25 g en 10 g vloeibare margarine nodig is. Er wordt dan eerst 25 g gebruikt en later in het recept 10 g.

Bij de samenstelling van het weekmenu is het belangrijk om te bedenken hoeveel personen er mee-eten naast de bewoners. Hier moet bij de inkoop rekening mee gehouden worden. Daarnaast is het seizoen van invloed. Zo vinden de meeste mensen in de zomer een stampot minder lekker smaken dan in de winter. In de brochure is schematisch weergegeven welke groenten in welk seizoen het beste verkrijgbaar zijn. Tevens zijn de beschikbare tijd, ingrediënten, keukenapparatuur en het budget van invloed op de samenstelling van het weekmenu^[39].

In de brochure zijn recepten opgenomen voor voor-, hoofd- en nagerechten. De diëtisten van Carintreggeland geven kookworkshops waarbij de na afloop de recepten die gemaakt zijn, meekrijgen naar huis. In de kookworkshop worden ook voornamelijk traditionele Hollandse recepten gekookt passend bij de doelgroep. Er is gekozen om aan te sluiten bij de recepten uit deze kookworkshop met nieuwe recepten. Zo worden er in de kookworkshop groente- en champignonsoep gemaakt en bevat de brochure een recept voor tomaten-, kippen-, en bloemkoolsoep. Verder worden er in de kookworkshop hachee, gehaktballen, zalm, aardappelpuree met knolselderij, rode bietensalade en gekookte witte kool gemaakt. De brochure bevat bijvoorbeeld een recept van 'Hutspot met varkensribbetjes', met als tip dat in plaats van varkensribbetjes er ook voor hachee kan worden

gekozen. Een ander voorbeeld waarbij goed wordt aangesloten op de kookworkshop is de aardappelpuree uit de brochure. Hierbij wordt als tip gegeven dat aardappelpuree ook lekker is met knolselderij.

De meeste recepten zijn traditionele Hollandse recepten die de PG-cliënten mogelijk nog herkennen van vroeger. Van de hoofdgerechten die zijn opgenomen in de brochure voldoen negen recepten aan categorie A bij voorkeur, drie recepten aan categorie B bij middenweg en drie recepten aan categorie C bij uitzondering. De berekeningen van deze gerechten is opgenomen in bijlage 2.

De meeste gerechten vallen in categorie A en voldoen aan alle eisen uit de Richtlijnen Voedselkeuze. Deze gerechten bevatten voldoende calorieën, niet te veel verzadigd vet, transvet en natrium en voldoende voedingsvezels en groente. Bij alle recepten wordt de hoeveelheid zout specifiek in grammen uitgedrukt. Bij andere kruiden, die gebruikt worden om een gerecht op smaak te maken, wordt dit niet specifiek uitgedrukt omdat dit geen tot weinig invloed heeft op de voedingswaarde van de recepten. De gerechten uit categorie A laten zien aan de medewerkers hoe een gezonde en volwaardige warme maaltijd klaargemaakt kan worden. Bij de keuze van de recepten is er gekeken wat ouderen vroeger graag aten. Ter inspiratie zijn hier oude kookboeken voor gebruikt, is er een gesprek gevoerd met een chef-kok en zijn er gesprekken gevoerd met een aantal ouderen.

De gerechten die in categorie B vallen zijn: stampptot witte kool en gehakt, spaghetti met tomatensaus en chili con carne. Deze gerechten vallen vanwege het gehakt in categorie C. Ondanks dat er voor mager rundergehakt is gekozen, bevatten deze gerechten nog teveel verzadigd vet. Gehakt is een wat vetter soort vlees, maar PG-cliënten vinden dit over het algemeen wel lekker en het is gemakkelijk kauwbaar voor hen. Bij deze recepten staat het stempel 'af en toe', met de bedoeling dat deze gerechten niet te vaak op het menu komen te staan. Bij de kookworkshop adviseren de diëtisten ook om maximaal één samengesteld gerecht, zoals spaghetti en chili con carne, per week aan te bieden.

De gerechten die in categorie C vallen zijn: de kersenpannenkoeken, de humkessoep en de risotto met kip. De kersenpannenkoeken vallen in C, omdat deze geen groente en hierdoor weinig voedingsvezels bevatten. Toch is voor dit recept gekozen, omdat pannenkoeken veelal lekker gevonden worden door cliënten. Met de kersen in de pannenkoek wordt wel de fruitconsumptie verhoogd, die gemiddeld gezien ook relatief laag is bij de doelgroep. Om de groente te verhogen wordt er als tip bij dit recept gegeven dat een goed gevulde groentesoep een goed voorgerecht is. De humkessoep valt vanwege het hoge natriumgehalte in categorie C. Dit recept is ondanks dit toch opgenomen in de brochure met recepten, omdat dit een typisch Twents gerecht is die veel bewoners zullen herkennen van vroeger. En tot slot valt de risotto in de categorie B, omdat het onvoldoende voedingsvezels bevat. Dit wordt veroorzaakt doordat risottorijst weinig voedingsvezels bevat. Als er in plaats van de risottorijst voor zilvertviesrijst was gekozen dan zou het recept wel voldoende voedingsvezels bevatten. Toch is er bewust voor risotto gekozen, omdat deze rijstsoort wat zachter is en daarom goed kauwbaar is, hierdoor is het een geschikte rijstsoort voor de doelgroep.

Bij de recepten is er ook rekening gehouden met de praktijk. Recepten moeten gemakkelijk en praktisch zijn voor de medewerkers. Zo wordt geadviseerd om de vis niet per pakketje in de oven te doen, maar de ovenschaal in één keer te wikkelen in aluminiumfolie om tijd te besparen bij het opdienen. Tevens is er in de recepten met witte en bruine bonen gekozen voor potgroente. Dit is gedaan, omdat het wellen van bonen veel tijd kost. Verder is er rekening gehouden met de HACCP bij het geven van tips over het bewaren van producten en met de afval-, slink- en krimpfactor van producten. De hoeveelheden die bij de recepten worden aangegeven zijn inclusief de afval die eraf gaat en de slink- en krimpfactor voor en tijdens de bereiding. Tevens wordt er gevarieerd met verschillende producten, zodat er evenwicht zit in de menuopbouw. Zo wordt er rekening gehouden met de smaak, kleur, verzadigingswaarde en consistentie^[39]. Alle recepten uit de brochure zijn zelf uit geprobeerd en beoordeeld door een chef-kok.

Intranet

De brochure met recepten voor de warme maaltijden wordt via intranet gecommuniceerd aan de medewerkers zorg en welzijn. Hiervoor moet de brochure in PDF worden aangeleverd aan de ICT afdeling van Carintreggeland. Om gedragsverandering via intranet te bereiken is het belangrijk om doelbewust te zijn, zodat er ook daadwerkelijk gedragsverandering wordt bereikt. De samenleving is aan het digitaliseren en er wordt steeds meer informatie online opgezocht. De omvang en vorm van digitale informatievoorziening is groot. Dit grote informatieaanbod vergroot de kans dat er relevante informatie beschikbaar is, maar verkleint de kans om deze ook te vinden. Bij een interventie die digitaal gecommuniceerd wordt, zoals een brochure op intranet, moet geprobeerd worden om de doelgroep op grote schaal te bereiken. De brochure moet dus goed vindbaar zijn ^[40].

3.4 Balansboekje

Om de juiste hoeveelheden te achterhalen die dagelijks gekookt moeten worden, zal er per woongroep een goede balans moeten worden gezocht. Dit is verschillend per woongroep, omdat niet iedere cliënt evenveel eet. Tijdens de observaties is gezien dat er vaak te weinig werd gekookt, omdat pannen vaak leeg waren. De recepten zijn gebaseerd op de aanbevolen hoeveelheden voor PG-cliënten. Wellicht eten niet alle cliënten volgens deze aanbevelingen en het is niet de bedoeling dat er dagelijks veel moet worden weggegooid. Daarom moet er per woongroep een goede balans gevonden worden in hoeveelheden die dagelijks gekookt moeten worden. Deze balans kan gevonden worden door een maand lang, dagelijks bij te houden hoeveel er wordt gekookt en hoeveel er wordt weggegooid. Hiervoor is er een balansboekje ontwikkeld, welke te vinden is in bijlage 3. De diëtisten kunnen de medewerkers zorg en welzijn ondersteunen bij het zoeken naar de goede balans.

3.5 Conclusie en aanbevelingen

Om de bereiding van de warme maaltijden in de kleinschalige woongroepen te verbeteren is de brochure met recepten ontwikkeld. Deze wordt verspreid door de diëtisten via intranet naar de medewerkers zorg en welzijn. Om zoveel mogelijk medewerkers zorg en welzijn te bereiken met de brochure met recepten adviseren wij de diëtisten om:

- Medewerkers zorg en welzijn mondeling te attenderen of zij de brochure al gelezen hebben;
- Een artikel te plaatsen op intranet met de verwijzing naar de brochure;
- Alle kleinschalige woongroepen een email te sturen met hierin een attentie naar de brochure;
- Neem geprinte brochures mee naar de woongroepen om deze uit te delen.

Naast de brochure met recepten is het belangrijk dat iedere woongroep een eigen balans vindt in hoeveelheden die dagelijks gekookt moeten worden. Hierbij is het belangrijk dat niet iedere dag alle pannen helemaal leeg zijn, maar dat er ook niet veel eten dagelijks moet worden weggegooid. Deze balans kan gevonden worden door dagelijks op te schrijven hoeveel er gekookt wordt en hoeveel er weg wordt gegooid. Het balansboekje kan hierbij helpen. Tevens is het advies aan de diëtisten om per woongroep te kijken of hierin ondersteuning nodig is. Verder kunnen zij ondersteuning bieden bij het opstellen van het weekmenu om zo de recepten uit de brochure hierin te integreren.

Een laatste aanbeveling aan de diëtisten is dat zij positieve ervaringen van woongroepen zouden kunnen benadrukken in woongroepen die dit gewenste gedrag nog niet uitvoeren. Zo wordt er op één locatie standaard iedere dag fruit aangeboden en op één woongroep de componenten van de warme maaltijd apart gemalen. Als dit op één locatie of woongroep lukt, zou het op de andere locaties en woongroepen ook moeten lukken. Door dit positieve gedrag te benadrukken op de woongroepen die dit niet doen, nemen deze woongroepen dit gewenste gedrag mogelijk over.

De rol van de diëtisten is onmisbaar bij het bereiden van de warme maaltijden. Zij zijn zowel belangrijk bij de voorbereiding waarbij zij ondersteuning kunnen bieden bij de inkoop van goede hoeveelheden en soorten voedingsmiddelen. Tevens kunnen zij tijdens de bereiding ondersteuning bieden door hun vakkennis over te brengen naar de medewerkers, zoals gedaan wordt in de kookworkshops. Tot slot is het belangrijk dat de diëtisten het onderwerp 'warme maaltijd' actueel houden.

4. Implementatieplan

Dit hoofdstuk bevat een plan voor de implementatie van de interventie. Het implementatieplan is nog onderdeel van de ontwerpfase. Als de opdrachtgevers de interventie daadwerkelijk gaan uitvoeren, begint de uitvoerfase.

4.1 Het implementatieplan

Het implementatieplan wordt weergegeven in tabel 4, zodat het duidelijk en overzichtelijk is wat de activiteiten zijn, wat het doel van de activiteit is, wie de eindverantwoordelijke is, welke benodigdheden en kosten nodig zijn en wat de tijdsplanning is.

Activiteiten	Doel	Eindverantwoordelijke	Benodigdheden	Tijdsplanning
Brochure online zetten op intranet	De brochure communiceren naar de medewerkers zorg en welzijn om het aanbod en de bereiding van de warme maaltijden te verbeteren	Gieneke Hijink	De brochure in PDF Een computer met internet	26 september 2014
De brochure aankondigen door middel van een artikel op intranet	De medewerkers zorg en welzijn attenderen op de brochure	Gieneke Hijink	Een computer met internet	
Een mail sturen naar alle kleinschalige woongroepen		Gieneke Hijink	Computer met internet e-mailadressen	
De medewerkers zorg en welzijn mondeling attenderen op de brochure		Allen diëtisten op de eigen locaties	-	In de weken na de implementatie
Het balansboekje verspreiden in de woongroepen door deze naar de coördinatoren van de woongroepen te mailen.	Iedere woongroep houdt minimaal 4 weken bij hoeveel er wordt aangeboden bij de warme maaltijd en hoeveel er wordt weggegooid	Allen diëtisten op de eigen locaties	Computer met internet e-mailadressen Balansboekje (bijlage 3)	26 september 2014
Per woongroep bepalen of er ondersteuning nodig is om de balans te vinden in hoeveelheden die er dagelijks gekookt moeten worden	De balans vinden tussen voldoende aanbieden zonder dat er te veel weggegooid moet worden	Allen diëtisten op de eigen locaties	Balansboekje (bijlage 3)	Uiterlijk 8 december 2014
Procesevaluatie afnemen	Om te toetsen hoe de implementatie is verlopen en of dit verbeterd kan worden	Gieneke Hijink en Monique Wrenger	Vragenlijst voor de procesevaluatie (bijlage 4)	24 oktober 2014
Effectevaluatie afnemen	Om de resultaten van gedragsverandering te meten na het verstrekken van de brochure	Gieneke Hijink en Monique Wrenger	Interviewguide (bijlage 1)	19 maart 2015

Tabel 4: Implementatieplan voor de implementatie van de interventie om de bereiding van de warme maaltijden door de medewerkers zorg en welzijn te verbeteren.

4.2 Toelichting implementatieplan

In tabel 4 wordt systematisch weergegeven welke activiteiten nodig zijn om de brochure met recepten te implementeren binnen de organisatie en om de balans te zoeken van hoeveelheden die dagelijks gekookt moeten worden in de woongroepen. Vanwege het tijdsbestek wordt de implementatie door de diëtisten uitgevoerd en zijn zij hiermee de eindverantwoordelijken. Voor taken die alleen uitgevoerd kunnen worden, is Gienke Hijink de eindverantwoordelijke. Zij is namelijk hoofd van de vakgroep Diëtetiek binnen Carintreggeland. De activiteiten van de implementatie hebben geen directe kosten. Wel zijn er indirecte kosten als printkosten en loonkosten voor de tijd die nodig is om de interventie te implementeren. Tevens zijn er middelen als een computer en internetverbinding nodig.

De brochure wordt gecommuniceerd via intranet. Hierbij is het doel om de bereiding en het aanbod van de warme maaltijden te verbeteren. Om de brochure op intranet te kunnen zetten, is de brochure in een PDF-document en een computer met internetverbinding nodig, zodat de brochure naar de ICT-afdeling van de organisatie kan worden gestuurd. De planning is om de brochure op 26 september 2014 naar de ICT-afdeling te sturen. Nadat de brochure online staat, wordt er een artikel op intranet geplaatst en een mail gestuurd naar de medewerkers om de brochure onder de aandacht te brengen, zodat zij deze gaan lezen en toepassen. Tevens kunnen de diëtisten de medewerkers zorg en welzijn mondeling attenderen op de brochure die op intranet staat om zoveel mogelijk medewerkers te bereiken met de brochure.

Vanwege de diversiteit tussen locaties en woongroepen is het belangrijk dat de informatie uit de brochure per woongroep wordt afgestemd. Belangrijk is dat iedere woongroep zijn eigen balans vindt in hoeveelheden die dagelijks gekookt moeten worden. Hiervoor is het balansboekje ontwikkeld, die naar iedere woongroep wordt gemaild en minimaal vier weken bijgehouden moet worden. De diëtisten kunnen per woongroep kijken of de woongroep ondersteuning nodig heeft bij het vinden van deze balans. Uiterlijk zes weken na de implementatie van de brochure en als alle woongroepen minimaal een maand het balansboekje hebben ingevuld (8 december 2014), is bepaald welke woongroepen ze hierbij gaan ondersteunen.

Na de implementatie kan er, zoals in hoofdstuk 5 wordt beschreven, worden geëvalueerd hoe de implementatie is verlopen (procesevaluatie) en wat het effect is rondom de warme maaltijden bij de medewerkers zorg en welzijn (effectevaluatie). De procesevaluatie is een maand na de implementatie gepland, zodat de medewerkers zorg en welzijn wel eerst de brochure met recepten hebben kunnen lezen en toepassen. Met de effectevaluatie wordt het doel gemeten. Het doel is SMART geformuleerd. Hierbij is de tijdslimiet zes maanden. Daarom wordt de effectevaluatie na zes maanden gepland. Voor het meten van het effect kunnen de diëtisten opnieuw interviews houden om te meten of het gedrag is veranderd. Hierbij kunnen ze de interviewgids ter ondersteuning gebruiken.

Tijdens de interventie kunnen weerstanden voorkomen. Er kunnen verschillende redenen zijn waarom medewerkers weerstand bieden. Er kan sprake zijn van een gebrek aan betrokkenheid of door gebrek aan kennis en inzicht. Het is lastig van te voren in te schatten of en welke weerstanden zich voor zullen doen. Mogelijk dat de medewerkers zorg en welzijn het kookgedrag niet willen veranderen. Het is belangrijk dat mogelijke weerstanden opgelost worden, zodat dit de interventie niet zal belemmeren.

5. Evaluatieplan

Er is een plan opgesteld voor een procesevaluatie en een effectevaluatie. Een procesevaluatie biedt inzicht of de interventie is uitgevoerd zoals deze gepland was. In de effectevaluatie wordt nagegaan of de interventie de gewenste resultaten en de doelstellingen zijn behaald ^[7]. Doordat de interventie niet door de ontwikkelaars wordt geïmplementeerd, is er beschreven hoe de proces- en effectevaluatie uitgevoerd kunnen worden.

5.1 Procesevaluatie

De procesevaluatie gaat over hoe de interventie is verlopen. Is deze verlopen zoals gepland of waren er afwijkingen? De procesevaluatie kan verbeterpunten en tips leveren voor een volgende interventie. Tevens kan deze evaluatie informatie opleveren hoe de doelgroep de interventie heeft ervaren. Aan de hand van deze gegevens kan de interventie verbeterd worden ^[25].

Na de implementatie van de brochure met recepten kan de procesevaluatie uitgevoerd worden. De opdrachtgevers kunnen dan gezamenlijk bespreken hoe het proces van implementeren is verlopen en of dit verbeterd kan worden. Tevens kan een vragenlijst worden afgenomen bij de medewerkers zorg en welzijn nadat zij de brochure hebben gelezen en hebben toegepast tijdens de bereiding van de warme maaltijd. De vragenlijst die hiervoor gebruikt kan worden, is opgenomen in bijlage 4.

5.2 Effectevaluatie

Naast de vraag hoe de interventie is verlopen, is het resultaat belangrijk. Tevens kan achterhaalt worden of de gestelde doelen zijn behaald ^[25].

Het effect wordt gemeten met behulp van een nul- en een nameting. Bij de nulmeting is met behulp van een interviewguide de situatie voor de implementatie van de brochure met recepten gemeten. Na de nulmeting zijn de doelen van het interventiemateriaal opgesteld. Aan deze doelen is een tijdslimiet gekoppeld waarna het effect gemeten kan worden. Om dit te meten kan dezelfde interviewguide gebruikt worden als bij de nulmeting. Belangrijk is dat hierbij dan wel een aantal topics gericht op de doelstellingen worden toegevoegd.

In de brochure is er rekening gehouden met de eisen en wensen van de medewerkers. Mocht blijken dat de brochure met recepten niet goed aansluit op de behoefte van de medewerkers of dat er nog moeilijkheden zijn bij de warme maaltijd, dan kan de brochure worden herzien.

Literatuurlijst

- [1] Carintreggeland, *Kleinschalig wonen 'Zo thuis mogelijk'*, Hengelo, Overijssel: Carintreggeland, 2013.
- [2] Swinhove groep, „Welkom Thuis,” z.d. [Online]. Available: http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/deelnemers/Folder_Kleinschalig_wonen_informatie_voor_%20familie.pdf. [Geopend 10 mei 2014].
- [3] Voedingscentrum, „Richtlijnen Voedselkeuze,” Voedingscentrum, Den Haag, 2011.
- [4] M. Aarnink, K. Bronsvort, „Vocht- en voedselconsumptie onderzoek bij psychogeriatrische cliënten in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland,” Carintreggeland, Hengelo, 2014.
- [5] Trimbos-instituut, „Monitor woonvormen dementie: een studie naar verpleeghuiszorg,” Trimbos-instituut, Utrecht, 2010.
- [6] R. Lanter, „Werken aan kwaliteit,” Carintreggeland, Hengelo, 2013.
- [7] J. A. v. P. & L. L. Brug, *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*, Assen: Van Gorcum, 2010.
- [8] Alzheimer Nederland, „Frontotemporale dementie,” Alzheimer Nederland, [Online]. Available: <http://www.alzheimer-nederland.nl/informatie/wat-is-dementie/vormen-van-dementie/frontotemporale-dementie.aspx>. [Geopend 29 april 2014].
- [9] Alzheimer's Disease International, „Nutrition and dementia, a review of available research,” Compass Group, Surrey, 2013.
- [10] R. R. S.J.G.M van der Staak, „Eetgedrag van ouderen: regulatie van voedselinname,” Bohn Stafleu van Loghum, 2010, Houten.
- [11] L. v. Dee, „Ook kauwen is een vorm van bewegen,” *Dental Tribune*, vol. 9, 2013.
- [12] H. Meester, „Voedselvoorkeur en eetgedrag,” Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.
- [13] L. E. R. G. I. d. Eliëns, *Eten om niet te vergeten*, Utrecht/Antwerpen: Kosmos, 2013.
- [14] M. K. K. K.-v. R. H. K. e. W. R.-M. C. Jonkers-Schuitema, „(Para)medische gegevens,” 1 juni 2012. [Online]. Available: https://stc-proxy.han.nl/han/Dieetbehandelingsrichtlijnen/www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl/richtlijnen/17ZK__para_medische_gegevens.html. [Geopend 26 april 2014].
- [15] Stuurgroep Ondervoeding, „Ondervoeding algemeen,” 2014. [Online]. Available: <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/index.php?id=171>. [Geopend 2 mei 2014].
- [16] Stuurgroep Ondervoeding, „Wat is ondervoeding bij ziekte?,” Stuurgroep Ondervoeding, 2013. [Online]. Available: <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/index.php?id=171>. [Geopend 8 mei 2014].

- [17] S. Ondervoeding, „De feiten,” 2014. [Online]. Available: <http://www.stuurgroepondervoeding.nl/index.php?id=62>. [Geopend 26 april 2014].
- [18] Alzheimer Nederland, „50 tips; voorkomen uitdroging en ondervoeding,” 11 februari 2014. [Online]. Available: <http://www.alzheimer-nederland.nl/actueel/onderzoek/2014/februari/tips-voorkomen-uitdroging-en-ondervoeding.aspx>. [Geopend 8 mei 2014].
- [19] D. R. Halfens, „Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen,” Universiteit Maastricht, Maastricht, 2012.
- [20] S. Ondervoeding, „Richtlijn screening en behandeling van ondervoeding,” Stuurgroep Ondervoeding, Amsterdam, 2011.
- [21] S. E.-S. L. Kathleen Mahan, Krause's Food & Nutrition Therapy, Missouri: Saunders Elsevier, 2008.
- [22] „Onderzoeksrapport Voeding en Dementie,” Compass Group Nederland, Amsterdam, 2014.
- [23] Stuurgroep Ondervoeding, „Richtlijn, screening en behandeling van ondervoeding,” Stuurgroep Ondervoeding, Amsterdam, 2011.
- [24] N. v. N. J. M. E. M. J. N. A. R. S. R. S. W. J. S. R.J.G. Halfsen, „Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen Rapportage resultaten 2013,” Maastricht University, Maastricht, 2013.
- [25] M. & M.-G. v. E. Burght van der, Preventie en gezondheidsbevordering door paramedici, Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- [26] J. v. O. M. Temminghoff, „Onderzoek feiten en fabels. Wat weten consumenten over voeding en gewicht?,” Voedingscentrum, Den Haag, 2012.
- [27] Allrecipes, „The Global Measuring Cup. 2013 Trends: What Global Families are Cooking and Eating,” Meredith Research solutions, United States, 2013.
- [28] Centrum voor smaakonderzoek, „Marktgericht smaakonderzoek,” Centrum voor smaakonderzoek, Wageningen, 2010.
- [29] Grand'Italia, „Nederland aan de kook,” z.d. [Online]. Available: <http://www.smulweb.nl/artikelen/181038/Nederland-aan-de-kook>. [Geopend 8 mei 2014].
- [30] F. n. desk, „Kookprogramma's hebben weinig invloed op kookkunsten Nederlanders,” 24 oktober 2011. [Online]. Available: <http://www.lewiswire.com/nl/lewiswire/Franke/Kookprogrammas-hebben-weinig-invloed-op-kookkunsten-Nederlanders/c/872/n/11010>. [Geopend 8 mei 2014].
- [31] J. v. Riet, „Onderzoek: Koop en kookgedrag thuiskok,” 4 november 2013. [Online]. Available: <http://www.semilo.nl/blog/fmcg-consumentenonderzoek/>. [Geopend 8 mei 2014].
- [32] Centraal Bureau Levensmiddelenhandel (CBL), „Consumententrends,” Centraal Bureau Levensmiddelenhandel, Leusden/Leidschendam, 2011.
- [33] C. D. S. S. M. Hartmann, „Importance of cooking skills for balanced food choices,” *Elsevier*, 2013.

- [34] M. d. G. A. v. d. M.-M. D.B. Baarda, Basisboek Interviewen, Houten/Groningen: Noordhoff Uitgevers, 2007.
- [35] B. Bakker, Onderzoek in de gezondheidszorg, Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers, 2009.
- [36] M. Busch, „Nationaal Kompas,” 12 december 2008. [Online]. Available: <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/preventie-via-de-media/wat-is-preventie-via-de-media/>. [Geopend 30 mei 2014].
- [37] B. C. P.-S. A. J. P. G. Breedveld, „Gezonde basisvoeding met de Schijf van Vijf,” Voedingscentrum, Den Haag.
- [38] „Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden,” Arcades, Utrecht, 2001.
- [39] J. v. G. W. v. T. Z. A. v. d. Eden, Receptenleer: processen en technieken, Baarn: HBUitgevers, 2009.
- [40] T. v. d. G. M. v. d. G. J. H. M. J. S. K. H. Hoeken, „De rol van begrijpelijke taal in een digitale context,” *Tijdschrift voor Taalbeheersing*, vol. 3, nr. 33, pp. 266-286, 2011.

Bijlage 1: Interviewguide

Deze interviewguide is gebruikt voor de interviews met de medewerkers zorg en welzijn die werkzaam zijn in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland.

Het gesprek wordt geïntroduceerd met onderstaande informatie en vragen.	
Intro	Hallo, wij zijn twee studenten van de opleiding Voeding en Diëtetiek van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Voor onze afstudeeropdracht onderzoeken wij hoe medewerkers zorg en welzijn naar de warme maaltijden in de kleinschalige woongroepen kijken. Hiervoor zouden wij graag een aantal vragen willen stellen. Het gesprek neemt een paar minuten in beslag.
Topics aangeven	▪ De attitude ten aanzien van de warme maaltijden ▪ De eigen effectiviteit om gezonder en volwaardiger te koken ▪ De vaardigheden ten aanzien van het koken ▪ Tijd en geld om de warme maaltijd te bereiden ▪ Het gebruik van intranet
Uitleg over het doel van het onderzoek:	Fijn dat u hieraan wilt meewerken en dat u hier de tijd voor wilt nemen. Hier doet u ons een groot plezier mee. Binnen Carintreggeland hebben wij een observerend onderzoek uitgevoerd in zes kleinschalige woongroepen waarbij de vocht- en voedselconsumptie van psychogeriatrische cliënten is onderzocht. Hieruit is naar voren gekomen dat deze niet helemaal toereikend is en dat er voornamelijk bij de warme maaltijd gezondheidswinst te behalen valt. Vandaar dat we een u een aantal vragen willen stellen over de bereiding van de warme maaltijd.
Aangeven dat de gegevens anoniem en vertrouwelijk worden verwerkt	Bij het uitwerken van de gegevens uit dit interview wordt uw naam niet genoemd. Zo kan niemand achterhalen wat u gezegd hebt. De dingen die u ons vertelt zullen alleen voor dit project worden gebruikt.
Als de respondent wil stoppen	Als u tijdens het interview besluit dat u niet meer verder wilt, dan kunt u dat aangeven. Wij zullen dan stoppen met het interview.
Vertellen dat het gesprek op band wordt opgenomen	We hebben een voicerecorder bij ons zodat dit gesprek kan worden opgenomen. Dit zorgt ervoor dat wij nu niet veel hoeven op te schrijven. Vindt u het goed dat dit gesprek wordt opgenomen?

Introducerende vragen	
Introductie/opwarmvraag?	Waar denkt u als eerste aan als u denkt aan de warme maaltijden binnen deze woongroep?
Hoofdvraag	Wat vindt u van de warme maaltijden die hier worden aangeboden aan de cliënten?
Evt. aansluiters bij de hoofdvraag Zoek in het verhaal aanknopingspunten om over de hoofdt topics wonen, welzijn en zorg (zie onder)	Wat vindt u verder belangrijk bij de warme maaltijd? Wat vindt u van de warme maaltijd als deze wordt bereid door een stagiaire of vrijwilliger? Zou u een gezondere en volwaardiger warme maaltijd kunnen bereiden dan u nu doet? Alternatieven: ▪ U noemt (...), kun u dat toelichten? ▪ U hebt net (...) gezegd. Kunt u dat verduidelijken? ▪ Het is mij opgevallen dat (...). Wat bedoelt u daarmee? ▪ Wat zijn uw ervaringen daarbij? ▪ Wat voor gevoel geeft u dat? ▪ Hoe denkt u daarover? ▪ Wat vindt u daarvan? ▪ Heb ik het goed begrepen dat.... ?
Afsluiting interview	Wilt u nog iets toevoegen aan dit gesprek? Zijn er nog dingen die niet aan bod zijn gekomen in het gesprek maar die u wel belangrijk vindt bij de warme maaltijden in de kleinschalige woongroepen van Carintreggeland? Wat vond u van dit interview?
Uitleggen wat het vervolg zal zijn	Dit interview zal samen met een aantal andere interviews worden uitgewerkt. Indien u tegen problemen aanloopt tijdens de bereiding van de warme maaltijd, willen wij een oplossing zoeken, zodat wij u en uw collega's waarnodig kunnen helpen om de warme maaltijden in de kleinschalige woongroepen te verbeteren.
Bedanken voor het interview	Wij willen u graag bedanken voor uw tijd en uw deelname aan het interview. We hopen dat u het gevoel hebt dat u uw verhaal hebt kunnen vertellen en dat er naar uw verhaal geluisterd is.
Een telefoonnummer achterlaten voor als er nog vragen zijn	Als u nog vragen hebt, kunt u terecht bij: Maaïke Aarnink (0623197955) of Kirsten Bronsvort (0623513336)

Bijlage 2: Berekeningen recepten

In deze bijlage de berekeningen van de recepten voor de hoofdgerechten uit de brochure. De recepten vallen in categorie A, B of C van de Richtlijnen Voedselkeuze.

	Energie (kcal)	Verzadigd vet (en%)	Transvet (en%)	Voedingsvezels (per 100 kcal)	Groente (g)	Natrium (mg)	Categorie
Runderlapjes met bloemkool	468	10	0	1,3	150	115 / 100 g	A
Gestoofde asperge	576	6	0	1,6	150	100 / 100 g	A
Vis uit de oven	313	3	0	2,9	155	128 / 100 g	A
Hutspot met varkensribbetjes	414	9	0	2,2	190	96 / 100 g	A
Stampot witte- en snijbonen	520	10	0	2,8	200	106 / 100 g	A
Stampot witte kool en gehakt	309	12	0	2,5	150	0,41 / kcal	B
Spaghetti met tomatensaus	464	8	0	1,5	150	1,7 / kcal	B
Chili con carne	302	12	0	3,9	150	1,8 / kcal	B
Kip uit de oven	345	8	0	2,3	150	134 / 100 g	A
Chinese kool uit de wok	547	2	0	1,6	150	30 / 100 g	A
Kersenpannenkoeken	438	8	0	0,5	-	1,15 / kcal	C
Runderstoofpotje	372	10	0	2,2	158	156 / 100 g	A
Humkessoep	207	4	0	2,9	150	3,5 / kcal	C
Kabeljauwfilet met noedels	385	9	0	1,3	150	146 / 100 g	A
Risotto met kip	649	10	0	0,6	150	0,4 / kcal	C

Bijlage 3: Balansboekje

In deze bijlage is het balansboekje opgenomen om een goede balans te vinden in hoeveelheden die dagelijks gekookt moeten worden.

Balansboekje



Beste medewerker,

Voor u ligt het balansboekje. Dit boekje is ontworpen, zodat u kunt bijhouden hoeveel er dagelijks wordt aangeboden tijdens de warme maaltijd en hoeveel er overblijft. Hiermee moet er inzicht worden verkregen in de hoeveelheden die dagelijks gekookt moeten worden, zodat cliënten voldoende kunnen eten zonder dat er teveel weggegooid moet worden.

Dit boekje wordt gedurende 4 weken bijgehouden. U schrijft de aangeboden hoeveelheid en de overgebleven hoeveelheid per dag op. Hierbij vermeldt u het soort voedingsmiddel en de hoeveelheid. Voor vragen kunt u terecht bij de diëtisten.

Alvast bedankt voor uw medewerking.

Week ...	Aangeboden hoeveelheid	Overgebleven hoeveelheid
Maandag		
Dinsdag		
Woensdag		
Donderdag		
Vrijdag		
Zaterdag		
Zondag		

Week ...	Aangeboden hoeveelheid	Overgebleven hoeveelheid
Maandag		
Dinsdag		
Woensdag		
Donderdag		
Vrijdag		
Zaterdag		
Zondag		

Week ...	Aangeboden hoeveelheid	Overgebleven hoeveelheid
Maandag		
Dinsdag		
Woensdag		
Donderdag		
Vrijdag		
Zaterdag		
Zondag		

Week ...	Aangeboden hoeveelheid	Overgebleven hoeveelheid
Maandag		
Dinsdag		
Woensdag		
Donderdag		
Vrijdag		
Zaterdag		
Zondag		

Bijlage 4: Vragenlijst procesevaluatie

Na de implementatie van de brochure met recepten kan de procesevaluatie uitgevoerd worden bij de medewerkers zorg en welzijn met behulp van deze vragenlijst.

1) Is de brochure met recepten gemakkelijk te vinden?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, omdat

2) Wat vindt u van de uitstraling van de brochure met recepten?

- ☐ Heel leuk
- ☐ Leuk
- ☐ Oké
- ☐ Niet leuk
- ☐ Helemaal niet leuk

3) Wat vond u van de lengte van de brochure met recepten?

- ☐ Veel te lang
- ☐ Te lang
- ☐ Precies goed
- ☐ Te kort
- ☐ Veel te kort

4) Is de informatie in de brochure met recepten duidelijk?

- ☐ Heel duidelijk
- ☐ Duidelijk
- ☐ Niet duidelijk
- ☐ Helemaal niet duidelijk

5) Was de brochure gemakkelijk leesbaar?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, omdat

6) Hebt u het gevoel gehad dat u nieuwe dingen heeft geleerd na het lezen van de brochure?

- ☐ Ja, ik heb veel nieuwe dingen geleerd
- ☐ Ja, ik heb gedeeltelijk nieuwe dingen geleerd
- ☐ Nee, ik heb niks van het interventiemateriaal geleerd

7) Hebt u voldoende geleerd om gezonder en volwaardiger te kunnen koken?

- ☐ Ja, ik kan er heel veel mee
- ☐ Nee, ik heb veel geleerd maar weet nog niet hoe ik mijn kookvaardigheden aan kan passen
- ☐ Nee, ik kan niets veranderen aan mijn kookvaardigheden

8) Hebt u plezier gehad in het proberen van de recepten of tips uit de brochure?

- ☐ Ja van de recepten
- ☐ Ja van de tips
- ☐ Ja van beide
- ☐ Nee, omdat
.....

9) Als u wat had mogen veranderen wat zou dat dan zijn?

.....
.....
.....

10) Zou u interesse hebben in meer interventiemateriaal gericht op de warme maaltijd?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, omdat
.....

Hebt u nog opmerkingen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....