



**DE HOGESCHOOL
MET HET NETWERK**

‘Ethische aspecten omtrent de maaltijdzorg’

Theoretische en praktische aanbevelingen
op een afdeling acute geriatrie

**Afstudeerproject voorgedragen door:
Adriaens Nathalie**

**Promotor: Mevr. I. Digneffe
Inhoudsdeskundige: Mevr. M. Boulogne & F. Mertens
Ervaringsexpert: Mevr. S. Vertommen**

**Academiejaar 2014-2015
Bachelor na Bachelor Interdisciplinaire Ouderenzorg**



‘Ethische aspecten omtrent de maaltijdzorg’

Theoretische en praktische aanbevelingen op een afdeling acute geriatrie

Het woord vooraf

In de eerste plaats wil ik het Jessa Ziekenhuis en zorgmanager van de zorgcluster geriatrie Anita Jans bedanken voor de kans die ik heb gekregen om te starten met de opleiding, bachelor na bachelor interdisciplinaire ouderenzorg. Het is dankzij hen dat ik in de mogelijkheid ben geweest om dit project uit te kunnen werken. Els Volders heel erg bedankt om mij te helpen en te ondersteunen bij de statistische gegevens.

Op de tweede plaats denk ik aan alle collega's, leden van het interdisciplinair team, die mij gedurende de volledige tijd hebben bijgestaan met raad en daad. De uitwerking van het praktisch gedeelte was niet mogelijk geweest zonder hen. Samen zijn wij op weg gegaan om dit project tot een goed einde te brengen.

Verder nog een speciaal dankwoord voor mijn familie, die steeds in mij hebben geloofd, die er waren voor mij op moeilijke momenten. Soms zullen jullie wel gedacht hebben, 'ga je nu eindelijk stoppen met studeren?!'

Fabienne Mertens, jij was de drijvende motor achter mijn project. Je was enorm betrokken en hebt me leren nadenken. Je kwam telkens met verrassende invalshoeken. Je stuurde mij regelmatig een mailtje om de stand van zaken te bevragen. Dit was telkens net het duwtje in de rug dat ik nodig had om terug te starten met volle moed. Ondanks jouw eigen drukke agenda kon ik steeds bij jou terecht.

Melanie Boulogne, altijd aanwezig met een bemoedigend en positief woord. "Het gaat je wel lukken", waren steevast jouw woorden. Jij hebt ertoe bijgedragen dat ik de zorgvragers op een ander vlak kon leren kennen, meer als mens dan als zorgvrager.

Mark Saen, niet alleen mijn hoofdverpleegkundige, maar ook mijn luisterend oor, mijn steun en toeverlaat. Je hebt me alle mogelijke kansen gegeven op slagen en stond steeds met vol enthousiasme achter mij.

Margriet Goltstein, niet rechtstreeks betrokken met dit project, maar mijn klankbord. Bij jou gingen dagdagelijkse gesprekken net een niveau hoger, waardoor ik meer inzicht en feeling ging hebben met het ethische luik van verpleegkunde. Net als Eveline Claes, met een ijzersterke mening en een ijzersterke theoretische achtergrond.

Ingeburg Digneffe, mijn promotor, maar ook iemand die mij telkens opnieuw kritisch leerde na te denken. Iemand die mij invalshoeken toonde waar ik zelf nooit aan had gedacht.

En niet te vergeten Sonja Vertommen. Mijn ervaringsexpert, die ervoor zorgde dat ik een prachtig interview heb kunnen afleveren. Dat interview draag ik volledig op aan André Vertommen, die onze twee levens met elkaar heeft verbonden. Je hebt mij leren nadenken over de invloed die wij als verpleegkundigen hebben op een zorgvrager en naasten. Dingen die wij als professionals vaak uit het oog verliezen.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Inleiding	7
Theoretisch deel	8
1. Het belang van maaltijdzorg	8
2. Kwaliteit van leven	9
3. Habitusverlies	10
4. Zorgethiek	11
5. Maaltijdzorg bekeken op diverse niveaus	13
5.1 Maaltijdzorg op micro-niveau	13
5.1.1 Maaltijdzorg op niveau van de zorgvrager	13
5.1.2 Maaltijdzorg op niveau van de zorgverlener	16
5.2 Maaltijdzorg op meso-niveau	20
5.2.1 Mission Statement Jessa Ziekenhuis	20
5.3 Maaltijdzorg op macro-niveau	21
5.3.1 Europees Verdrag van de rechten van de mens	21
5.3.2 Wet op patiënten rechten	21
6. Wanneer de maaltijd niet meer belangrijk wordt...	22
6.1 Beslissen om te stoppen met voeding en vocht	22
6.2 Voeding en vocht als vorm van zorgen voor	23
6.3 Fundamentele waardenopties bij het staken van voeding en vocht	24
Praktisch deel	27
1. Inleiding	27
2. Interview Sonja Vertommen	28
3. Vragenlijst maaltijdzorg	29
4. Ervaringsgericht werken: 'De manier waarop je moet eten raakt je als persoon...'	31
4.1 Ervaringssessie	31
4.2 Concrete actiepunten	32
4.3 Reflectiemoment	33
5. Patiënteninterviews	34

Discussie	37
Reflectie	41
Besluit	42
Literatuurlijst	44
Bijlagen	47
1.1 Vragenlijst maaltijdzorg	47
1.2 Verwerking gegevens vragenlijst maaltijdzorg	48
1.3 Aanvraag praktijkstudie in het kader van een eindwerk (vragenlijst maaltijdzorg)	57
1.4 Ervaringssessie : casussen	58
1.5 Verslag ervarings sessie : 10/02/2015	59
1.6 Aanvraag praktijkstudie in het kader van een eindwerk (patiënteninterviews)	61
1.7 Geïnformeerde toestemming	62
1.8 Vragenlijst patiënteninterviews	64
1.9 Uitwerking patiënteninterviews	65
1.10 Memo voor familie bij verandering	72

Inleiding

Tijdens mijn stage in het tweede jaar verpleegkunde kwam ik terecht op een afdeling acute geriatrie. Al snel wist ik dat dit hetgene was waarin ik mij wilde verdiepen. Ik wilde zorg verlenen aan de oudere populatie zorgvragers. Maar na mijn afstuderen voelde ik nog een honger naar meer... Ik wilde mij gaan specialiseren in de ouderenzorg. Dat is de reden waarom ik gestart ben met de opleiding interdisciplinaire ouderenzorg.

De aanzet van dit project is om op zoek te gaan naar de mogelijke knelpunten op de afdeling acute geriatrie 4. Door mijn kritische bril die ik droeg tijdens mijn werk als verpleegkundige merkte ik al snel dat er problemen waren die verband hielden met de maaltijdzorg. Vaak kwamen deze opmerkingen van zorgvragers zelf of werden deze gemeld via naasten. Uiteraard kreeg ik al snel de hulp van interdisciplinaire teamleden om samen de schouders te zetten onder een dergelijk innovatieproject. In eerste instantie wilde ik het maaltijdgebeuren praktisch gaan aanpakken, door de ideale maaltijdsituatie in een soort van protocol of procedure te gieten. Wanneer ik mij doorheen mijn allereerste literatuurstudie worstelde, kwam ik tot de slotsom dat enkel het praktische luik omtrent het maaltijdgebeuren niet voldoende was om goede zorg te bieden. Het maaltijdgebeuren kadert in een ruimer geheel, namelijk de volledige zorg rondom een maaltijd. Kortom, maaltijdzorg is ook een ethische aangelegenheid.

Het maaltijdgebeuren is een alledaagse activiteit die een grote invloed heeft op het welbevinden van de oudere in al zijn aspecten en dimensies. Gezonde voeding en goede maaltijdzorg vormen dus een belangrijk aandachtspunt binnen de ouderenzorg.

Het is opvallend hoe belangrijk een maaltijd is voor naasten. Zeer vaak krijgen wij de vraag: 'Heeft ons moeder goed gegeten?' Uiteraard is het ook belangrijk om stil te blijven staan wanneer maaltijdzorg niet meer belangrijk wordt. Vaak krijg ik ook te maken met ouderen die omwille van de toestand niet meer in staat zijn om te eten of hieraan geen behoefte meer hebben. Het vraagt dan veel van een zorgverlener om de naaste mee te nemen in het verhaal dat maaltijdzorg verandert in comfortzorg.

Ik ben tijdens de volledige uitwerking van mijn innovatieproject gesteund door collega's van het interdisciplinaire team. Ze hebben actief met mij meegedacht, meegewerkt en meegeleefd. In eerste instantie kreeg ik van een kleine minderheid wat tegenkanting, zeker omdat ik het wilde hebben over 'ethiek'. Het woord 'ethiek' ligt zeer zwaar in de mond. Uiteindelijk is het niet meer of minder dan stilstaan bij eigen handelen en afstappen van routinematig handelen. Men moet teruggaan naar een holistische mensvisie en de lichamelijke maar ook psychische, sociale en spirituele factoren verweven in de zorg voor de maaltijden. Ik heb ervoor gekozen om de zorgvrager centraal te stellen in dit innovatieproject maar ook verpleegkundigen en paramedici een bepalende rol te geven. Dit heb ik uitgewerkt in het praktisch deel. Het is de bedoeling dat we als team aan één touw gaan trekken om de maaltijdzorg te verbeteren ten voordele van de zorgvrager.

De bedoeling van mijn innovatieproject is om iedereen een andere kijk te geven over het maaltijdgebeuren zodat het duidelijk wordt hoe belangrijk deze zorg is. Ik vraag geen grote veranderingen maar eerder wel bewustmaking en bewustwording van het belang van maaltijdzorg. Doordat ik nu vaak bezig ben met de kwaliteit van de maaltijdzorg is dit een onderwerp dat sterk belicht wordt op de afdeling. Na de uitwerking van dit project in juni 2015 wens ik, als referentiepersoon voeding, dit verder te verbeteren, op te volgen en eventueel aan te passen. Ik heb een aantal zeer sterke teamleden achter mij staan, die mij gaan helpen om dit te kunnen realiseren.

THEORETISCH DEEL

1. Het belang van maaltijdzorg

De maaltijd is meer dan het biologisch verschijnsel van hongersstillen. Dat maakt de uitdrukking 'het gebruiken van de maaltijd' duidelijk. Bij elke gelegenheid, feest of afscheid wordt er gegeten, liefst nog samen met anderen. Naast de biologische betekenis heeft de maaltijd voor de mens een sociale, psychologische, animerende, culturele en religieuze betekenis. Voor zorgvragers is de maaltijd vaak ook een centraal gebeuren. Het geeft structuur aan de dag (ontbijt, middagmaal, koffiemoment en avondmaal) en aan het jaar (door het gebruik van seizoensgroenten en –fruit of door aangepaste maaltijden bij feestdagen). Een louter nutritionele kijk op het maaltijdgebeuren doet daarom tekort aan de rijke betekenissen die verbonden zijn aan een maaltijd (Tuts, 2010). Om deze reden heb ik gekozen om de term 'maaltijdzorg' te gebruiken.

Om dit verder te staven blijkt uit het werk van De Visscher (1998) dat het gebruiken van een maaltijd wezenlijk verschilt van het behoeftegestuurd opnemen van voedsel. Een hond wordt net als andere dieren 'gevoederd'. Het is waar dat als we lange tijd niet eten, langzaam maar zeker sterven. Maar we eten niet alleen om in leven te blijven. Een maaltijd gebruiken is een typisch menselijk gebeuren dat het niveau van de biologische functies (behoeftebevrediging) overschrijdt. De zorg die we aan de maaltijd besteden, de regels die we volgen, geven gestalte aan de levenszin en staan niet in dienst van louter behoeftebevrediging. De mens bezit unieke capaciteiten om aan biologische gegevenheden humane betekenissen te verlenen. Hierdoor worden primaire lichamelijke functies (natuur) samengesmolten in een symbolisch zingebeuren (cultuur). In tegenstelling tot het onvoorwaardelijke en biologische geconditioneerde eetgedrag van een dier vertoont het menselijk eetgedrag een grote verscheidenheid in motivatie, uitdrukking en gerichtheid. De mens voelt zich bij het eten verbonden met zijn tafelgenoten. Een maaltijd geeft een gevoel van voldoening. Niet alleen qua motivatie, maar ook qua vormgeving van de maaltijd legt de mens een grote creativiteit aan de dag. Naargelang de cultuur besteedt de mens meer zorg aan de aankleding van een maaltijdgebeuren. De mens beschikt over buitengewoon grote en verscheidene capaciteiten om etend en drinkend creatief te zijn. De voldoening die ouderen ervaren van de maaltijd hangt dan ook niet alleen af van de kwaliteit en de kwantiteit van de voeding, maar ook van de sociale context, de afstemming op de persoonlijke eetgewoontes en de omstandigheden zoals de ruimte en tijd waarin het maaltijdgebeuren plaatsheeft. Dit kan tevens geplaatst worden onder de term maaltijdzorg. De maaltijd is een geschikt moment voor sociaal contact met de oudere persoon. Zowel familie als zorgverleners hebben daarbij een verantwoordelijkheid en kunnen bijdragen aan een goede maaltijdzorg (Vanlaere, 2013).

Fysiologische aspecten van voeding krijgen hierbij vaak de meeste aandacht. Ondervoeding is immers een belangrijke risicofactor die aanleiding geeft tot een grotere mortaliteit, een vertraagde herstelperiode bij ziekte, functieverlies en een verhoogde kans op opname in een woon- en zorgcentrum. In publicaties wordt echter te gemakkelijk ervan uitgegaan dat ouderen op de eerste plaats behoeftige wezens zijn met allerlei noden waaraan men tegemoet moet komen, omdat het leven dat nu eenmaal vereist. Het menselijk leven van een oudere mens wordt herleid tot een aantal gedragsfenomenen die we terugvinden bij dieren. Het is belangrijk dat ouderen niet beschouwd mogen worden als een behoeftewezen, maar wel als een zinwezen.

Hier voelt men iets van de kleine dagelijkse beslissingen die zorgverleners nemen. Ze zijn zelden zo klein als ze lijken. Want wat een zieke zich zal herinneren, is niet de snelheid waarmee de arts erin geslaagd is de dehydratatie te corrigeren, maar eerder de wijze waarop dit is gebeurd. Het verschil namelijk tussen de beker water die hem werd aangeboden of die hem tussen de tanden werd geduwd. Het verschil tussen dat verse glas water of die beker die er al stond sinds gisteren. Het verschil tussen tijd krijgen om te drinken of net voldoende

om zich niet te verslikken. Het verschil tussen 'moeten drinken' en mogen zeggen: 'Mag ik nog even wachten?' (Montaine, 2000).

2. Kwaliteit van leven

Kwaliteit van leven is een begrip dat niet meer weg te denken is uit de zorg- en dienstverlening. Een goede levens- en bestaanskwaliteit is een richtinggevend principe in de zorg geworden. Kwaliteit van leven is een multidimensioneel concept, bestaande uit verschillende domeinen. In de literatuur komen uiteenlopende beschrijvingen betreffende deze domeinen naar voren. De perceptie van kwaliteit van leven is afhankelijk van persoon tot persoon, van de culturele context, van de levensfase van een persoon, ... Personen kunnen daarom het beste begrepen worden binnen de persoonlijke context waarin zij leven. Belangrijk aan kwaliteit van leven is dat er rekening wordt gehouden met persoonlijke waarden, keuze en controle. Kwaliteit van leven is bijgevolg emancipatorisch en gebeurt vanuit het perspectief van de individuele zorggebruiker (Cummins, 2005).

Het onderzoek van Spalding (1985) bracht de maaltijd en kwaliteit van leven in een zorginstelling met elkaar in verband. Zij benadert kwaliteit van leven binnen zorginstellingen op een sociaal wetenschappelijke manier en maakt daarbij gebruik van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Ze maakt gebruik van open vragen en om achter kwaliteit van leven te komen stelt ze onder andere de vraag:

"Waar geniet u van in het dagelijks leven binnen de zorginstelling?"

In haar onderzoek komt naar voor dat genieten van de maaltijd één van de drie belangrijkste indicatoren kan zijn voor kwaliteit van leven binnen de zorginstelling. Dit betekent dat wanneer er een toename is in genieten van de maaltijd, er sprake is van een toename in kwaliteit van leven. De onderzoeksmethode die Spalding (1985) heeft toegepast in haar onderzoek kan als voorbeeld dienen voor een onderzoek naar kwaliteit van leven in Belgische zorginstellingen.

Een relatie tussen voedsel en welbevinden kan worden geïllustreerd door een citaat van Rozin et al. (1999):

"For human beings, food is a critical contributor to physical wellbeing, a major source of pleasure, worry and stress, a major occupant of waking time and, across the world, the single greatest category of expenditures" (Rozin et al., 1999).

Rozin et al. (1999) onderzochten de houding tegenover voedsel en de rol van voedsel in het leven van mensen binnen vier verschillende culturen. Ze ontdekten dat voedsel ervaren kan worden als een stressfactor, maar ook als een plezier in het leven. De manier waarop voedsel wordt beleefd verschilt per land en per cultuur. Rozin et al. (1999) beweren dat het genieten van eten bijdraagt aan de algehele gezondheid.

Een aanvullende constatering van de relatie tussen voedsel en kwaliteit van leven wordt onder ander gegeven door Amarantos et al. (2001):

"Good nutrition promotes health-related quality of life (HRQOL) by averting malnutrition, preventing dietary deficiency disease and promoting optimal functioning. However, definitions of quality of life also encompass life satisfaction and both physical and mental wellbeing" (Amarantos et al., 2001).

Overige veronderstellingen over maaltijdbeleving en kwaliteit van leven zijn:

- Genieten van het eten kan bijdragen aan de algehele gezondheid.
- Goede voeding kan bijdragen aan de gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven.
- Voeding kan een onderdeel vormen van het goede leven.

- Maaltijden kunnen gevoelens geven van veiligheid, betekenisgeving, orde en structuur en kunnen een bevordering zijn voor de sociale interactie.
- Spalding (1985) vond dat voeding de derde kwaliteitsmeter is van kwaliteit van leven in een zorginstelling, na houding van het personeel en huiselijke omgeving.

3. Habitusverlies

Habitusverlies wil concreet zeggen: 'niet meer in staat zijn om de maaltijd te gebruiken zoals men dat gewoon was'. Verstoring of verlies van habitus gaat gepaard met gevoelens van schaamte, minderwaardigheid, identiteitsverlies, angst en agressie. Ouderen die te maken krijgen met dat verlies geven doorgaans weinig of geen uiting aan hun problemen. De uit hun kindertijd aangeleerde houding van gehoorzaamheid, evenals de sterk aanwezige (vooroorlogse) opvatting 'dat er gegeten wordt wat de pot schaft' maken dat oudere mensen hun problemen zoveel en zolang mogelijk verborgen houden. Indien dit laatste niet meer mogelijk is, bijvoorbeeld door frequent morsen of niet meer alleen kunnen eten, overheerst vaak een gevoel van schaamte of zelfs van schuld (Gastmans et al., 2002).

In twee korte casussen wil ik aantonen hoe confronterend het kan zijn om zelf de maaltijd niet meer te kunnen voorbereiden:

Een dame van 90 jaar wordt opgenomen voor brandwonden op de arm. Ze heeft zich verbrand aan een hete soepketel. Het valt op dat ze al een aantal dagen niet eet. Ze schuift de plateau voor zich uit en zegt dat ze geen honger heeft. Uiteindelijk blijkt dat de plateau veel te verwarrend is voor haar. Deze plateau zorgt voor chaos en ze weet niet meer hoe ze de boterhammen moet smeren of vlees moet snijden. Wanneer men enkel het bord met boterhammen en beleg met het mes voorzet, is ze in staat om zelf de maaltijd voor te bereiden en eet ze ook.

Wanneer ik op een avond de plateau afruim bij een heer, valt het mij op dat hij enkel droge boterhammen heeft gegeten. Ik vraag hem waarom hij geen confituur op de boterham heeft gesmeerd. Hij vertelt me dat hij zich schaamde om te moeten toegeven dat hij de kleine potjes zelf niet open krijgt.

Zorgverleners gaan er vaak van uit dat alles goed gaat, zolang het maaltijdgebeuren hygiënisch en ordelijk verloopt en binnen de tijdslimiet wordt afgerond. Problemen van de ouderen worden pas echt opgemerkt als ze voor de omgeving merkbaar worden door bijvoorbeeld weigeren te eten, morsen, storend gedrag vertonen, niet kunnen eten; terwijl het belevingsaspect onderbelicht blijft. Het mag niet als bedreigend gezien worden als een oudere uitdrukking geeft aan zijn frustratie en aan zijn negatieve beleving van het maaltijdgebeuren. Integendeel, ouderen kunnen het als geruststellend ervaren als zij een kans krijgen om in alle eerlijkheid te zeggen dat hun huidige beleving van de maaltijd grondig verschilt van die van vroeger. Aangezien de oudere persoon zich in een min of meer afhankelijke positie bevindt, dient de zorgverlener een zekere verantwoordelijkheid op zich te nemen om de problemen en de reacties van ouderen daarop bespreekbaar te maken. Van de zorgverlener wordt daarom initiatief verwacht en een houding die uitnodigt tot gesprek. Hier is een kwaliteit van nabijheid nodig die opnieuw kan motiveren tot het leven, ook tot het leven met beperkingen. Openheid voor de beleving van de oudere getuigt van professionaliteit en van de bereidheid zijn zorgpraktijk kritisch te bevragen en zo nodig aan te passen ter bevordering van het welzijn van de oudere (Montaine, 2000).

4. Zorgethiek

Zorgverlening is altijd een ethisch gebeuren omdat ze gericht is op menswaardigheid, het mens-worden, het mens-zijn en mens-blijven. In het geval van ouderenzorg wordt vooral de bevordering van het mens-zijn en mens-blijven van de oudere beoogd in tal van dagelijkse zaken, ook in het verlenen van maaltijdzorg. Maaltijden zijn dus een ethische kwestie. Zorgverleners doen inzake maaltijden niet alleen technische handelingen, maar ook morele. Hierbij gaan ze, met het oog op het welzijn van één of meer ouderen, op zoek hoe ze de maaltijdzorg zo goed mogelijk organiseren. De basis van al onze beslissingen is 'het goede', het welzijn van de oudere persoon (Gastmans et al., 2006).

Goede zorgverlening staat altijd op twee benen. Enerzijds het been van de deskundigheid waarop we voornamelijk steunen om technische oplossingen te vinden voor problemen. Anderzijds het existentiële en communicatieve been dat belangrijke waarden als betrokkenheid en gevoeligheid voor goed en kwaad in de hulpverlening brengt. Helaas staan beide benen vaak op gespannen voet met elkaar door kostenbesparingen, onderbezetting en hoge werkdruk (Kunneman, 1996). Het gevolg daarvan is dat de zorgverlening vaak wordt herleid tot een reeks technische handelingen, waarbij het de zorgverlener ontbreekt aan waakzaamheid en gevoeligheid voor de ethische geladenheid van het dagelijks zorg-verlenen. Dit kan ook verklaren waarom mijn innovatieproject aanvankelijk op tegenkanting kon rekenen.

Als we de taken in verband met de maaltijdzorg alleen op basis van routine uitvoeren, wanneer hulp bij voeding een routine wordt, verschuift de aandacht van de oudere naar de taak. Er wordt niet meer ingegaan op de signalen van de oudere. Het uitvoeren van de voorgeprogrammeerde taak wordt belangrijker dan de persoon. Het fenomeen 'eeltvorming' kan optreden: de zorgverlener wordt gaandeweg onverschillig voor de menselijke betekenis van het maaltijdgebeuren. Hierdoor dreigt de maaltijdzorg 'mensonwaardig' te worden. Gastmans en Vanlaere halen dit ook aan in het boek 'Cirkels van zorg' (2006), waarin ze stellen dat ethiek weinig met spectaculaire zorg te maken heeft. Het professionele leven van zorgverleners bestaat niet uit het nemen van grote beslissingen. Het heeft wel te maken met een andere manier van kijken, namelijk met aandacht, naar hun eigen dagelijkse zorghandelingen. Het dichtrekken van de bedgordijnen als men iemand wast zal voor velen een routinehandeling zijn. Mocht men de zorgverlener hierover aanspreken en zeggen dat hij een zorgethische handeling stelt dan zou deze wel eens erg verwonderd kunnen zijn. Omdat hij het evident vindt dat deze handeling gebeurt, omdat deze zo werd aangeleerd, en niet meer bewust gedaan wordt.

Ethiek wordt gedefinieerd als de kritische reflectie op het eigen gedrag door de zorgverleners. In de zorgverlening hebben deze zorghandelingen vooral te maken met dagelijkse zorginteracties (aanspreking, beleefdheid, zich gewaardeerd weten ...) waardoor duidelijk is dat ethische zorg voor oudere mensen te maken heeft met de dagelijkse zorg en dus niet alleen met levensbelangrijke beslissingen (Woolhead, 2006).

Volgens Tronto (1993), is zorg een specifieke activiteit die alles omvat wat wij doen om onze wereld zo in stand te houden, te continueren en te herstellen dat we daarin zo goed mogelijk kunnen leven. Onze wereld omvat ons lichaam (lichamelijk welbevinden), ons persoon zijn (psychisch, moreel en existentieel welbevinden) en onze omgeving (sociaal-relatieve welbevinden) die we trachten samen te weven tot een complex.

De zorgethiek kijkt vooral naar de zorgpraktijk zelf, naar wat zich daar afspeelt. Goede zorg is niet zozeer het resultaat van het volgen van protocollen, maar eerder het resultaat van dialoog en onderhandelen. Het is een zoekproces dat vertrekt vanuit de kern van zorg, namelijk de relatie tussen een concrete zorgverlener en een concrete zorgvrager. Zorgethiek kan onze houding en de manier waarop we naar een probleem kijken beïnvloeden. Men ziet in de eerste plaats niet het probleem, maar wel de mens en de mens in verhouding met

andere mensen. Het gaat hier om talrijke kleine beslissingsmomenten, een aandachtige manier van kijken. (Montaine, 2000).

Wanneer ik Linus Vanlaere (2013) citeer is ethiek geen 'bijvoeding', niet iets dat aan of bij de maaltijd wordt toegevoegd, tenzij misschien als een soort 'nagerecht' waar het gaat om een (ethische) reflectie, een na-denken. Zorgethiek vormt eerder de 'antipasta'. Het gaat om een integrale visie op maaltijdzorg die deze zorg richting geeft vanuit een aantal waarden en vanuit waardigheid. Zorgethiek is ook geen 'kookboekethiek' die pasklare antwoorden biedt op problemen met betrekking tot maaltijdzorg, maar het begint met een 'manier van kijken'.

De maaltijdzorg is een alledaagse activiteit die grote invloed heeft op het welbevinden van de oudere in al zijn aspecten en dimensies. Gezonde voeding en goede maaltijdzorg vormt dus een belangrijk aandachtspunt binnen de ouderenzorg. De maaltijd nemen staat gelijk aan behoeftebevrediging maar heeft niet alleen te maken met lichamelijk welbevinden, maar ook met sociaal, relationeel, psychologisch, existentieel en moreel welbevinden. De maaltijd gebruiken is bovendien ook een cultureel gegeven (participatie). Eten en drinken krijgt pas zin in een menselijk milieu van waarden en ontleent daar zijn specifieke betekenis. Op het ogenblik dat mensen zo kwetsbaar worden dat er iets gebeurt met de wijze waarop ze de maaltijd nemen, dan gebeurt er ook iets met hun mens-zijn. Maaltijdzorg is de verantwoordelijkheid van verschillende zorgverleners in een proces van reageren op kwetsbaarheid. Het zorgt ervoor dat de oudere ondanks de kwetsbaarheid participeert aan de menselijke samenleving (Van Laere en Gastmans, 2007).

Zorg voor de maaltijd als ethische waarde vraagt dat er gezocht wordt naar hoe een maaltijd een bron kan zijn of blijven van identiteit of stabiliteit. Goede maaltijdzorg omhelst meer dan kwaliteit en kwantiteit van de voeding. Het gaat ook om de sociale context, de context van ruimte en tijd, de afstemming op persoonlijke eetgewoonten, de beleving van de oudere persoon (waarden, voorkeuren, aversies, gewoonten, opvattingen,...) en vereist aansluiting bij de leef- en gevoelswereld van de oudere via aandachtigheid, verantwoordelijkheid, deskundigheid en responsiviteit. Vele zaken in de zorgverlening brengen de ethische waarde van de maaltijdzorg onder druk. Vreemde gebruiken of gewoonten, tijdstip van het maaltijdgebeuren, het minimale contact met bereidingsgebeuren en zij die de maaltijd bereiden, weinig inbreng in menukeuze, storende omgevingsfactoren, lichamelijke of psychische beperkingen als gevolg van ziekte of verouderingsproces. (vb. morsen, schaamte of schuld) Het is zoeken naar een afstemming van leefwereld en systeemwereld (Van Laere en Gastmans, 2007).

De afstemming tussen de leef- en systeemwereld vraagt veel creativiteit van de zorgverleners. In onderstaande casus blijkt dat dit geen gemakkelijke opdracht is.

Mevrouw P. is een dame van in de 80 jaar. Ze heeft een zeer hoge functie gehad in Nederland en woont sinds een aantal jaren in Hasselt. Ze heeft gedurende de jaren een heel eigen voedingspatroon ontwikkeld. Ze slaapt 's morgens graag uit en neemt dan een licht ontbijt rond tien uur. Tegen twee uur in de namiddag gebruikt ze de warme maaltijd, vergezeld van een glaasje wijn of champagne. 's Avonds eet ze graag tussen 20 en 21 uur. De uren in het ziekenhuis zijn 8 uur, 11 uur 45 en 17 uur 15. Mevrouw is niet tevreden met deze uren. Het is voor haar zelfs onmogelijk om zich aan te passen aan deze uren. Het ontbijt wordt haar aangeboden tegen 9 uur. Voor het middagmaal ligt dit moeilijker. De coupes mogen immers maar twee uur bewaard worden op de afdeling en zouden in principe niet meer opgewarmd mogen worden. Dat zorgt ervoor dat ze de lunch moet eten op de afgesproken uren. Het gevolg hiervan is dat deze meestal onaangeroerd wordt afgeruimd. Bij de avondronde wordt haar het eten aangeboden tegen 17 uur 15 maar wordt pas opgegeten rond 21 uur. Er zijn echter ook collega's die de plateau afruimen tegen 18 uur, wanneer ook de andere plateau's terug in de maaltijdkar gaan. Mevrouw houdt zeer sterk vast aan deze aangeleerde gewoontes en weigert om in te stappen in de systeemwereld van het ziekenhuis. Ook sommige zorgverleners hebben moeite om zich te begeven in de

leefwereld van mevrouw. Er zijn collega's die sterk vasthouden aan de uren van de afdeling en de plateau afruimen wanneer het hier tijd voor is. De redenering hierbij is dat mevrouw zich moet aanpassen aan de regels van het ziekenhuis. En, er is immers geen tijd om iedereen te 'bedienen' op het uur van voorkeur.

Uit de visietekst maaltijdzorg van ROB-RVT Avondvrede (2009) verstaat men onder goede maaltijdzorg dat de mens het meest menswaardig wordt benaderd wanneer zijn zelfredzaamheid bij voedsel- en vochtinname maximaal wordt ondersteund en bevorderd. Centraal staat het gerespecteerd worden in zijn eigen maaltijdcultuur en eigen eetstijl die hij tijdens het leven heeft opgebouwd. Dit kan opnieuw geplaatst worden onder de noemer: 'Het vermijden van habitusverlies.' Het menswaardige karakter van een dagelijkse maaltijd kan men zoveel mogelijk garanderen door hele gewone vanzelfsprekendheden zoals een respectvolle en vriendelijke omgang of een zorgzame houding.

5. Maaltijdzorg bekeken op diverse niveaus

Het beleid inzake de maaltijdzorg dient op verschillende niveaus in de organisatie verankerd te worden: op micro, meso- en macroniveau. Beleid op microniveau is voor de individuele zorgvrager en zorgverlener, beleid op mesoniveau gaat over de zorg- en dienstverlening op een afdeling of op de verschillende afdelingen en beleid op macroniveau betreft de voorwaarden en faciliteiten in de gehele instelling.

5.1 Maaltijdzorg op micro-niveau

Op vlak van het zorgaanbod betreffende de maaltijdzorg is het van belang om bijzondere aandacht te schenken aan specifieke elementen die onderdeel zijn in de zorg en die rechtstreeks invloed hebben op de kwaliteit van de zorgverlening. In de context van deze bijdrage is het microniveau te bepalen als het niveau zorgverstrekker-zorgvrager/familie.

5.1.1 Op niveau van de zorgvrager

De maaltijdzorg op microniveau gaat over de individuele zorgvrager. Hij is immers degene die de maaltijd zal ontvangen en staat daarom centraal in dit innovatieproject. De aandachtspunten op dit niveau hebben dan ook betrekking op de wensen en behoeften van de zorgvrager en men probeert de maaltijd zo mogelijk individueel mogelijk en op maat van de zorgvrager af te stemmen. Tevens is de maaltijd voor ouderen in het ziekenhuis één van de belangrijkste aspecten in zijn dagelijkse bezigheid, namelijk ongeveer 30 procent van de daginvulling. Vandaar dat ik heb geopteerd om de zorgvrager op een centrale, eerste plaats te zetten om de kwaliteit van zorg en het welzijn te verbeteren (Wat als een goede maaltijdzorg onvergetelijk wordt, 2014, URL).

Volgens Vandewoude (2009) is een gebrek aan een goede maaltijdzorg een belangrijke risicofactor voor ondervoeding. Een slechte voedingstoestand kan het gevolg zijn van diverse factoren. Partnerverlies of vereenzaming in de thuissituatie zijn vaak de eerste aanleiding van een verwaarloosd voedingspatroon. Als er daarnaast nog mentale of somatische verslechtering optreedt, kan ondervoeding zich makkelijk installeren. Een verlies van zelfstandigheid en/of te weinig aandacht voor de maaltijdzorg in brede zin verhogen het risico significant.

Sommige aspecten verbonden met het ouder worden kunnen een adequate voeding in het gedrang brengen, bijvoorbeeld smaak- en reukvermindering, problemen met het gebit, ziekte(s), verlies van psychische en/of fysieke autonomie maar ook vereenzaming of geldgebrek. Uit het onderzoek van NutriAction (2008, 2013) blijkt dat iets meer dan één op de tien Belgische ouderen ondervoed is. Gezien de gezondheidstoestand van de oudste ouderen is de incidentie hoger in ziekenhuizen en in woonzorgcentra dan gemiddeld bij thuiswonende ouderen.

De wetenschappelijke expertengroep 'Ondervoeding van het Nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België' vult deze bevindingen aan door te stellen dat de prevalentie van ondervoeding in ziekenhuizen, woonzorgcentra en de eerstelijnsgezondheidszorg (thuiszorg) steeds varieert en onder meer afhangt van de gebruikte methode en van de onderzochte populatie. De gegevens variëren volgens hen momenteel tussen 4 en 10% bij thuiswonende mensen, tussen 20 en 62% in het ziekenhuis en tussen 50 en 90% in woonzorgcentra. In februari 2013 onderzochten gespecialiseerde artsen, huisartsen en thuisverpleegkundigen (een samenwerking onder de naam NutriAction) samen met de Universiteit Antwerpen de voedingssituatie van 3641 Belgen ouder dan 70, zowel ouderen die nog thuis wonen als ouderen die in een woonzorgcentrum wonen. Deze studie is een opvolgonderzoek van NutriAction I, uitgevoerd in 2008. Toen werden 5334 Belgische 70-plussers gescreend.

De conclusies van NutriAction II in 2013 tonen aan dat 45% van de onderzochte ouderen een reëel risico heeft om ondervoed te raken, 12% van de onderzochte groep was daadwerkelijk ondervoed. De resultaten van 2008 zijn zeer gelijklopend: 49% van de thuiswonende ouderen kende een reëel risico op ondervoeding en 13% van de gepolste thuiswonende personen was ondervoed. In de woonzorgcentra had bijna zes ouderen op tien (57%) een risico op ondervoeding en bleek 16% ondervoed. Het percentage ondervoede patiënten in de Belgische ziekenhuizen werd dan weer geraamd op 30 tot 40%. Ook de resultaten van een andere studie uit 2007, over de voedingssituatie van geriatrische patiënten in de Belgische ziekenhuizen, zijn onrustwekkend: vier op de vijf oudere patiënten zijn ondervoed of lopen het risico op ondervoeding. Wie wordt opgenomen in het ziekenhuis, wordt nog meer dan in het dagelijks leven geconfronteerd met de pijn en angst hetgeen de toekomst hen nog zal brengen. Er zijn binnen een verzorgingsinstelling veel voorwaarden aanwezig die de maaltijd-habitus in mindere of meerdere mate kunnen verstoren. Het gevolg hiervan is dat er niet altijd sprake is van een humaan maaltijdgebeuren. Vaak eet men samen op de kamer met iemand die men niet goed kent, medische behandelingen vereisen een bepaald voedingsschema, men heeft geen contact met degenen die de maaltijd bereiden, zorgverleners staan onder zware druk om alles binnen een bepaalde tijdspanne vlot te laten verlopen, men krijgt te maken met andere gebruiken of gewoonten, storende omgevingsfactoren kunnen een rustige maaltijd verhinderen, lichamelijke en/of psychische beperkingen als gevolg van ziekte of het verouderingsproces. Al deze beperkingen geven aanleiding tot ernstige verstoring of zelfs een totaal verlies van habitus op vlak van eten en drinken. Anders gezegd, de personen zijn niet meer in staat de maaltijd te gebruiken op de wijze zoals ze dat altijd gewoon zijn geweest. De overwegend negatieve ervaringen van de zorgvrager met betrekking tot eten en drinken ten gevolge van verstoring of verlies van de habitus gaan vaak gepaard met gevoelens van schaamte, minderwaardigheid, identiteitsverlies, angst of agressie. Bij oudere personen heerst nog vaak de opvatting dat men moet eten wat men opgediend krijgt. Daardoor blijven problemen of beperkingen vaak lange tijd onopgemerkt. Van de kant van de zorgverleners daarentegen overheerst dat alles ordelijk, netjes en vlot moet verlopen. Dit geeft aanleiding tot een taakgerichte en geritualiseerde aanpak van het maaltijdgebeuren. Problemen bij zorgvragers merkt men pas echt op wanneer deze zich veruitwendigen onder de vorm van morsen, storend gedrag, weigering, terwijl het belevingsaspect onderbelicht blijft (NutriAction II, 2013).

Het is belangrijk dat zorgverleners de zorgvragers de kans geven om hun huidige en vroegere beleving omtrent de maaltijd in alle eerlijkheid te vertellen. Vermits de zorgvrager zich in een min of meer afhankelijke positie bevindt, dient de zorgverlener een zekere verantwoordelijkheid op zich te nemen tot het bespreekbaar maken van problemen. Er wordt initiatief gevraagd van de zorgverlener en een houding die uitnodigt tot een gesprek. Openheid voor de beleving getuigt van professionaliteit en bereidheid zijn of haar zorgpraktijk kritisch te bevragen en zo nodig aan te passen in functie van de bevordering van het welzijn van de zorgvrager.

Zoals ik de maaltijdzorg kan bekijken op diverse niveaus, zo is het ook mogelijk om 'de zorgvrager' te bekijken op diverse niveaus. Een mens is een holistisch wezen en de maaltijdzorg heeft betrekking op alle aspecten van de mens (Schotsmans, 1988).

Lichamelijkheid is niet zomaar te beschouwen als een apart onderdeel van onszelf. Het gevolg is dat iets wat het lichaam raakt, invloed heeft op de hele persoon. Zo kan het afnemen van de eetlust de zorgvrager en naasten erg in beslag nemen, niet alleen fysiek, maar ook emotioneel en mentaal. Indien de maaltijden door een totaal onvermogen van de zorgvrager wegvallen, is het belangrijk om de omgeving te wijzen op alternatieve mogelijkheden zoals aandacht en liefde geven in de zorg voor lichamenlijk comfort. Dit wordt verder in het innovatieproject nog aangehaald (Schotsmans, 1988). Ook op psychisch gebied heeft de maaltijdzorg invloed. Ieder persoon heeft een eigen temperament en een eigen aanvoelen. Voor de oudere blijft de maaltijd een activiteit die behoort tot het privé-leven. De maaltijd is daarom zelfs een delicate tot intieme zorg. De verwachtingen en gewoonten van zorgvrager en naasten kunnen in strijd zijn met de eisen van de zorgverleners. Onzekerheid en onveiligheid verhogen de stress bij de zorgvrager en hebben een negatieve invloed op de zelfstandigheid en voedselinname. Geagiteerde en angstige zorgvragers hebben nog meer moeite dan anderen om voedsel tot zich te nemen, te kauwen en te slikken (Defloor, 1995). Het is van groot belang dat er een klimaat en de praktische mogelijkheid geschapen wordt om de zorgvrager en zijn familie op een deskundige en menselijke wijze te begeleiden. Al hun bezorgdheden en gevoelens die betrekking hebben op de maaltijdzorg moeten met de zorgverleners bespreekbaar gemaakt worden. Frequent praten over voeding of vocht door naasten kan gelinkt worden aan een signaal van bezorgdheid of een vraag naar intensere begeleiding. Zorgverleners moeten erover waken dat niet alleen de maaltijd zelf, maar ook de omgeving waarin het maaltijdgebeuren plaatsheeft, aangenaam is. Omgevingsfactoren zijn belangrijk om de maaltijd zo aangenaam mogelijk te laten verlopen en helpen een klimaat te scheppen waarin ouderen zich goed voelen (Defloor, 1995). Er moet voldoende aandacht gaan naar zorgvragers die moeilijkheden ondervinden bij het eten en het drinken. Bij kamergenoten kan dergelijk gedrag gevoelens van afkeer teweeg brengen en de betrokkenen zelf voelen zich vaak beschaamd. Zorgverleners moeten zich goed realiseren dat een fundamentele afhankelijkheid voor de basisbehoeften erg treffend is voor zorgvragers. Voor de meeste mensen is het afhankelijk worden van anderen voor fundamentele menselijke behoeften ontzettend zwaar om te dragen (Grypdonck, 2000). Het bevorderen van een gevoel van eigenwaarde en persoonlijke integriteit, vooral in deze fase waar lichaamsbeeld, eigenwaarde en persoonlijkheid zo onderhevig zijn aan de gevolgen van normale en abnormale verouderingsprocessen, maakt integraal deel uit van goede zorg. Een mens is een sociaal wezen en dient steeds benaderd te worden als mede-mens. Het is maar door het voortdurende contact met anderen dat men als individu tot ontplooiing komt. Voor een zinvol bestaan zijn relaties met anderen van wezenlijk belang. Het is juist in die relaties dat de meeste zorgvragers zichzelf een plaats kunnen geven in het leven (Schotsmans, 1988).

De maaltijdzorg kan een hefboomfunctie vervullen in de sociale ondersteuning van de zorgvrager. De maaltijd is immers voor zorgvragers een ideaal aanknopingspunt voor sociaal contact met de omgeving. Door regelmatige contacten tijdens de maaltijden kan een vertrouwensrelatie groeien tussen de zorgverleners, zorgvragers en diens naasten. Het is door dergelijke veelvuldige contacten dat men zorg op maat kan bieden. Om de gestoorde en beperkte communicatiesignalen van hulpbehoevende ouderen zo adequaat mogelijk te kunnen interpreteren is het vereist dat een zorgverlener de zorgvrager goed kent en ook inzicht heeft in de achtergrond. De verpleegkundige draagt een specifieke verantwoordelijkheid met betrekking tot de maaltijd, maar bepaalde onderdelen kunnen gedelegeerd worden aan anderen. Dit kan men onderbrengen in een interdisciplinaire samenwerking. Of omgekeerd, voor bepaalde zaken zijn adviezen en tips van andere disciplines nodig. Ook kunnen familieleden aangespoord worden tot een grotere betrokkenheid bij het maaltijdgebeuren. Ze kunnen op deze manier uitdrukking geven aan hun liefde tot de persoon. Het draagt bij aan zin (Grypdonck, 2000). Zingeving verwijst naar de zin of betekenis van het moment die doorgaans gevonden kan worden in relaties met anderen en in activiteiten zoals zorgen voor of zorg ontvangen. Vooral in momenten van pijn, ziekte en lijden duikt de zin vraag op. Een zorgverlener moet elke spirituele behoefte in principe respecteren en zelfs helpen om hieraan te voldoen. Uit het algemeen principe van menselijke waardigheid kan afgeleid worden dat

het de taak van zorgverleners is om zorgvragers zoveel mogelijk de kans te bieden zelf de beslissingen te nemen op grond van wat zij belangrijk vinden, om hen zoveel mogelijk als persoon te bevestigen. De afwezigheid van specifieke menselijke capaciteiten impliceert niet noodzakelijk het verlies van menselijke waardigheid. Het is van belang in welke context keuzes mogen of kunnen gemaakt worden. Men kan deze keuzes ook bevragen via een vertrouwenspersoon of door zo vroeg mogelijk het voedingsprofiel in kaart te brengen. De zorgvrager als morele persoon waarderen, betekent ook dat zijn autonomie in verband met het eet- en drinkgedrag zoveel mogelijk wordt gestimuleerd, ook als dit een extra belasting van de zorgopdracht met zich meebrengt. Er moet naar gestreefd worden om het natuurlijke voedingspatroon zo lang mogelijk in stand te houden. In elke situatie moet men in vraag stellen welke middelen ter beschikking staan om de zorgvrager naar een hoger niveau van autonomie te brengen. Ook hier kan weer de familie in betrokken worden. Familiehulp maakt het vaak langer mogelijk om het natuurlijke eet- en drinkgedrag te behouden (Schotsmans, 1988).

5.1.2 Op niveau van de zorgverlener

De maaltijd is een belangrijk zorgdomein waarin verpleegkundigen en paramedici zich voluit kunnen ontplooiën als zorgdeskundigen. Concreet wil dit zeggen dat zorgverleners hun competente aanpak (kennis en vaardigheden) weten te combineren met een authentieke menselijke betrokkenheid op het welzijn van de zorgvrager als persoon. Via maaltijdzorg kunnen zorgverleners uitdrukking geven aan hun respect voor de mens in het algemeen en zeker voor de kwetsbare oudere. Verpleegkundigen en paramedici werken via een ethische en deontologische code. Deze ethische en deontologische code kan ook concreet toegepast worden op het thema maaltijdzorg. Ik ga kort een aantal codes opsommen van verpleegkundigen en paramedici die passen bij zorg voor de maaltijd. Tevens verduidelijk ik de houding van verpleegkundigen ten opzichte van de maaltijdzorg, aangezien dit mijn eigen functie is. Ten slotte haal ik het belang aan van interdisciplinariteit.

De Ethische en deontologische code van verpleegkundigen:

- De verpleegkunde staat ten dienste van de mens en de mensheid. De verpleegkundige verleent verpleegkundige zorg, onafhankelijk van leeftijd, ras, geslacht, geloofsovertuiging, cultuur, nationaliteit en politieke opvatting. Ze respecteert de persoon en draagt bij tot het verbeteren en herstellen van diens gezondheid. Ze verzacht het lijden, steunt de stervende en diens familieleden en begeleidt deze laatsten bij het rouwproces. (ook wanneer de maaltijd niet meer belangrijk wordt...)
- De verpleegkundige verleent integrale verpleegkundige zorg, aangepast aan de noden van de individuele patiënt.
- De verpleegkundige handelt overeenkomstig de wet betreffende de patiëntenrechten. Ze is gebonden door het beroepsgeheim en de wettelijke bepalingen inzake de bescherming van het privé-leven.
- Bij de uitoefening van haar beroep waakt de verpleegkundige erover dat de rechten, de waarden, de gewoonten, de gebruiken en de overtuigingen van de individuele patiënt gevrijwaard blijven.
- In het kader van haar zorg aan de patiënt heeft de verpleegkundige ook aandacht voor de familie en biedt ze die de nodige ondersteuning.
- De verpleegkundige werkt, in het belang van de patiënt, met de andere zorgverleners samen. De verpleegkundige draagt actief bij tot de interdisciplinaire samenwerking, noodzakelijk voor een optimale zorgverlening aan de patiënt. Ze tracht dan ook zoveel mogelijk aanwezig te zijn op de interdisciplinaire vergaderingen waarop ze uitgenodigd wordt.

(Deontologische code voor verpleegkundigen in België, 2004, URL)

Attitude van verpleegkundigen tegenover voeding bij ouderen en voedingsbeleid

In de literatuur zijn weinig gegevens beschikbaar over de houding van zorgverleners ten aanzien van voeding. Toch heb ik in het eindrapport van 'Evaluatie van ondervoeding binnen geriatrische afdelingen' van Barnes (1990) iets over de gevoelens van verpleegkundigen tegenover langdurig zieke ouderen met specifieke voedingsnoden teruggevonden. Recenter is dit onderzocht geweest door de Federale overheid (2011) in het rapport 'Screening en evaluatie van de voedingstoestand van ROB RVT bewoners'.

Zorgvragers die weinig hulp nodig hadden en makkelijk te voeden zijn, gaven de hoogste voldoening aan verpleegkundigen. Zorgvragers die moeilijk te voeden zijn, veroorzaakten eerder een gevoel van onmacht en demotivatie bij verpleegkundigen. Verpleegkundigen gaven aan dat ze niet dezelfde hoge standaard van zorg konden geven zoals ze het wensten.

Preventie van ondervoeding begint bij de visie, houding en activiteiten van de organisatie en haar medewerkers. Een visie kan omschreven worden als essentiële waarden, basisoriëntaties en algemene doelstellingen die door het beleid worden nagestreefd (De Rycke, 2002). Uit een visie vloeit een beleid voort. Het voedingsbeleid omtrent maaltijdzorg kan omschreven worden als de praktische uitvoering van de visie van de zorg rond voeding. Het gaat dus om de werkwijze, de preventieve en curatieve maatregelen of richtlijnen in verband met de voeding in de organisatie (De Rycke, 2002). De inhoud van een voedingsbeleid is per instelling verschillend. Maaltijdzorg staat laag gerangschikt op de prioriteitenlijst van behandeling en evaluatie. Dit staat in schril contrast met de hoge prevalentie van ondervoeding en onvoldoende behandeling ervan.

Fundamentele grondhoudingen bij verpleegkundigen zijn

Een humane zorgverlening gaat uit van een integrale, dynamische en relationele visie op de mens die tevens oog heeft voor de uniciteit van elke persoon en voor het mysterieuze van de mens (Liégeois, 2009). Binnen deze benadering komt de mens tot zijn recht als een unieke persoon, historisch gesitueerd, met vrijheid begiftigd, affectief bewogen, lichamelijk geworteld, geestelijk gevormd, sociaal ingebed in een netwerk van relaties en spiritueel geraakt. Tegen de achtergrond van het integrale mensbeeld geldt als criterium om na te gaan of het handelen ethisch verantwoord is, de mate waarin men in concrete situaties op zoek gaat naar het meest menswaardig mogelijke binnen de gegeven omstandigheden. Met andere woorden, wanneer het handelen bevorderlijk is voor de mens als gehele persoon, in zijn verschillende dimensies en relaties (Gastmans et al., 2006). Goede zorg als menswaardigheidsbevorderende zorg is niet zozeer een concrete, vaststaande realiteit dan wel een permanente opgave (Van der Arend et al., 2002). Het gaat om een voortdurend streven naar meer menswaardigheid. In de praktijk blijkt het vaak niet mogelijk om het volwaardig menselijk wenselijke in zijn totaliteit te realiseren. Het komt er dan op aan om het meest menselijk haalbare te realiseren, zonder het perspectief van het menselijk wenselijke uit het oog te verliezen.

Een belangrijke graadmeter voor een goede zorgrelatie is de mate van vertrouwen. Vertrouwen in de zorg kan maar bestaan wanneer we binnen de zorgrelatie de persoon als geheel centraal stellen. Dat impliceert dat we in de zorgrelatie twee dimensies samen moeten kunnen beleven (van der Arend et al., 2002). Beide dimensies zijn ook van belang in de context van interculturele zorgverlening (Tonk, 2008). De eerste dimensie is die van professionaliteit, deskundigheid en expertise in de zorg. Die dimensie vraagt dat de gekozen handelingen en behandelingen goed zijn, dat ze de kwaliteit van leven helpen bewaren of verhogen zodat de patiënten tevreden kunnen zijn en weten dat ze in deskundige handen zijn (geweest). Dit duidt op het belang van een multidisciplinaire samenwerking. De tweede dimensie is die van medemenselijkheid en vraagt dat de zorg wordt verleend op een zorgzame manier. Ze verwijst naar de houdingen die worden aangenomen in de zorg zoals de wijze waarop het eerste contact verloopt, naar de bejegening, naar het luisteren en nagaan of de informatie

voldoende overkomt, naar het geduldig ondersteunen tijdens de moeilijke momenten, ... Ook hier geldt dat onderling vertrouwen moet worden opgebouwd binnen het proces van de zorgrelatie. Vertrouwen in de zorg kan maar ontstaan in de openheid van de wederzijds respectvolle ontmoeting tussen mensen (De Dijn, 1993). Respect houdt allereerst de bereidheid in tot dialoog in zijn verschillende vormen. Daarnaast betekent respect ook dat wanneer de gewone, intermenselijke communicatie moeilijk of zelfs onmogelijk is geworden, het respect voor het onherleidbare mysterie van elke persoon blijft bestaan (De Dijn, 1997). Dat gebeurt precies in het verlenen van deskundige en medemenselijke zorg. Kortom, vanuit de houding van wederzijds respect kan men doorheen de dialoog werken aan onderling vertrouwen en uitkomen bij een kwaliteitsvolle zorgverlening.

Ethische en deontologische code van logopedisten:

- De logopedisten moeten hun patiënten zo goed mogelijk behandelen. Daarbij moeten zij vermijden hun bevoegdheden te overschrijden en moeten zij desgevallend aan de patiënt voorstellen zich tot andere zorgverleners te wenden.
 - De essentiële verantwoordelijkheid van de logopedist is het veilig stellen op lange termijn van het welzijn van zijn patiënten.
- (Ethische en deontologische code van de logopedisten, erkenningsraad, 2002, URL)

Ethische en deontologische code van ergotherapeuten:

- De ergotherapeut kadert de gegevens interdisciplinair.
 - De ergotherapeut informeert de patiënt over het behandelplan.
 - De ergotherapeut pleegt overleg met de patiënt over het behandelplan.
 - De ergotherapeut instrueert en conformeert leden van het behandelend team over de beperkingen en mogelijkheden van de patiënt.
 - De ergotherapeut rapporteert relevante gegevens aan leden van het behandelend team.
 - De ergotherapeut houdt bij het opstellen van een plan rekening met somatische, psychische en sociale factoren.
 - De ergotherapeut ontvangt instructies en adviezen van andere zorgverleners.
 - De ergotherapeut gaat therapeutische relaties, aan rekening houdend met cognitieve mogelijkheden, psychische ingesteldheid en socio-culturele achtergrond.
- (beroepscode ergotherapeut, 2001, URL)

Ethische en deontologische code van kinesisten:

- De kinesitherapeut respecteert de individuele rechten en waardigheid van elkeen en voorziet steeds in een begripvolle zorgverstrekking.
 - De kinesitherapeut laat zich leiden door de zorg voor het fysisch, psychisch en sociaal welzijn van de patiënt.
 - De kinesitherapeut respecteert de rechten van de patiënt zoals geformuleerd in de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. De kinesitherapeut draagt de verantwoordelijkheid voor alle aspecten van de kinesitherapeutische zorg.
 - De patiënt heeft recht op respect voor de privacy vanwege de kinesitherapeut.
 - Indien de kinesitherapeut binnen een interdisciplinair team werkt, is hij ertoe gehouden zijn behandeling te kaderen in het totale therapieplan, informatie aan de teamleden te vragen en te geven en met de andere teamleden loyaal en constructief samen te werken.
- (Gedragsregels voor de kinesitherapeut, 2005, URL)

Ethische en deontologische code van diëtisten:

- De diëtiste voldoet aan de behoeften van cliënten in complexe situaties die verband houden met gezondheid, sociale situatie en de omgeving.
- De diëtiste bouwt op en onderhoudt een vertrouwensrelatie met de cliënt/patiënt, die de basis vormt van de beroepsuitoefening. Stelt de cliënt/patiënt centraal en houdt speciaal rekening met individuele verschillen en de invloed die zij hebben op voedings- en leefgewoontes; is op de hoogte van de verwachtingen van de cliënt/patiënt
- De diëtiste is in staat samenwerkingsrelaties op te bouwen en overleg te plegen en advies te geven over dieet en leefstijl.
(Ethiek en Beroepshouding in de Zorg, 2007, URL)

Wanneer ik de deontologische en ethische codes van verpleegkundigen en paramedici kort met elkaar vergelijk valt het op dat er grote overeenkomsten zijn:

- Er moet goede zorg aangeboden worden en de zorgvrager moet centraal staan.
- Men moet rekening houden met de mens in zijn totale leefsituatie, zowel op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied.
- Goede zorg aanbieden betekent samenwerken in een interdisciplinair kader.

Interdisciplinariteit :

Interdisciplinariteit veronderstelt principieel dat de verschillende professionals samengebracht worden in één team en een gemeenschappelijke aanpak realiseren waarbij iedereen bijna automatisch de benaderingswijze van de ander heeft leren integreren. Het doel van interdisciplinair werken is de kwaliteit van leven behouden of verbeteren door integratie van adviezen via aangepaste begeleiding. Communicatie tussen alle betrokkenen in het zorgproces is van het allergrootst belang. Het is eveneens belangrijk om ook familieleden te betrekken.

Interdisciplinariteit in de zorgverlening wint aan belangstelling om de aanpak, de behandeling en opvolging te optimaliseren. Zorgvragers met complexe chronische aandoeningen vergen een integrale individugerichte zorg. Specifieke expertise afkomstig uit verschillende disciplines combineren kan dan nodig zijn. Aangezien wetenschappelijke ontdekkingen steeds vaker plaatsvinden op de grenzen van verschillende disciplines wordt interdisciplinair werken steeds belangrijker. Bovendien bevorderen opvallende maatschappelijke evoluties de nood aan multidisciplinair samenwerken, namelijk de toenemende vergrijzing, de groeiende vraag naar chronische en complexe zorg en de groter wordende sociale kloof in de gezondheidszorg. De meerwaarde van een interdisciplinaire samenwerking zit in de combinatie van kennis en competenties, onderlinge ondersteuning en gemeenschappelijke verantwoordelijkheid (Themagroep multidisciplinaire samenwerking, 2013, URL).

Wanneer ik interdisciplinariteit vertaal via het mission statement van het Jessa Ziekenhuis, kom ik tot volgende bevindingen:

- Aan patiëntvriendelijkheid werken is teamwork.
- Van elkaar leren doen we elke dag opnieuw.
- De eigen aanpak in vraag durven stellen
- Collega's om advies vragen is een noodzaak.
- Men moet als groep samenwerken om te kunnen verbeteren.
- Het nastreven van een gemeenschappelijk doel.
- Aandacht voor de noden op elk domein.

- Nood aan integrale zorg.
- Stimuleer het leren van elkaar.

Er is nood aan engagement voor een interdisciplinaire samenwerking. Interdisciplinaire samenwerking veronderstelt dat je actief naar elkaar luistert en openstaat voor elkaar. En het is belangrijk om steeds het gemeenschappelijke doel voor ogen te houden (Missie in actie, 2014, URL).

5.2 Maaltijdzorg op meso-niveau

Hier gaat het over maaltijdzorg op afdelings- of instellingsniveau. Op de afdeling acute geriatrie 4 is er geen specifiek uitgewerkt afdelingsbeleid omtrent maaltijdzorg. De bedoeling is om, via het Mission Statement, de maaltijdzorg afdelings specifiek te gaan vertalen.

5.2.1 Mission Statement Jessa Ziekenhuis

Elke zorgverlener heeft een partnership met de patiënt. De patiënt staat centraal en men houdt rekening met de onmiddellijke zorgomgeving via interactie en overleg. Goede communicatie met de patiënt over wat wenselijk is, wat kan en niet kan, is een absolute voorwaarde. De dialoog met de patiënt is erop gericht om de zorg te verbeteren. De patiënt heeft rechten, binnen de grenzen van wat de organisatie te bieden heeft. De patiënt wordt mee betrokken in de behandeling en het zorgproces. Men maakt ruimte voor inspraak in de zorg en men helpt bij het maken van keuzes. Inspraak op maat van de patiënt vertrekt vanuit de noden van de patiënt. Als toetssteen of klankbord voor het beleid houden we rekening met feedback van patiënten. Men streeft naar een goed verloop van het zorgproces, vertrekkend vanuit de beleving van de patiënt.

Patiënttevredenheid leidt tot patiëntenloyauteit. Een goed verloop van het zorgproces vanuit de perceptie van de patiënt impliceert dat men voldoet aan de verwachtingen waarmee de patiënt naar het ziekenhuis komt. Men heeft aandacht voor en speelt actief in op tekortkomingen in dit belevingsproces. Men stuurt onmiddellijk bij en communiceert open en eerlijk met de patiënt. Daardoor is er een ombudsfunctie en een degelijke klachtenopvolgingsprocedure. Klachten worden gezien als een opportuniteit om de zorg te verbeteren. Ook interdisciplinariteit is van belang wanneer men werkt met patiënten. Interdisciplinariteit betekent dat men vertrekt vanuit de eigen deskundigheid en expertise waardoor elk zijn inbreng heeft om als team de beste zorg te bieden aan de patiënt (Missie in actie, 2014 , URL).

In het Pluridisciplinair geriatrisch handboek is terug te vinden dat het kwaliteitsbeleid van het zorgprogramma geriatrie in het Jessa ziekenhuis de volgende belangrijke pijlers heeft:

- Respect voor de eigenheid en privacy van de patiënt
- Aanbieden van zorg op maat op basis van onderhandelde zorg
- Integrale zorg

Men streeft een cultuur na waar bejegening van de klant centraal staat, een senior friendly hospital. Een cultuur waar een continu streven naar optimalisatie centraal staat en waar men een belangrijke en betrouwbare partner is in de zorg voor de geriatrische populatie (pluridisciplinair geriatrisch handboek, 2012).

5.3 Maaltijdzorg op macro-niveau

Op dit niveau neemt de zorgverlener deel aan beïnvloedingsprocessen die de grenzen van het micro- en mesoniveau overschrijden. De maaltijdzorg kan ook op dit niveau toegepast worden.

5.3.1 Europees verdrag van de rechten van de mens (4.11.1950)

Wanneer ik dit vertaal naar de maaltijdzorg kan ik volgende artikels opsommen:

- ARTIKEL 1: Verplichting tot eerbiediging van de rechten van de mens.
- ARTIKEL 5: Recht op vrijheid en veiligheid.
- ARTIKEL 8: Recht op eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven.
- ARTIKEL 10: Vrijheid van meningsuiting.

(Europees Verdrag van de rechten van de mens, council of Europ, 2010, URL)

5.3.2 Wet op patiënten rechten

Sinds 22 augustus 2002 bestaat er een wet die de rechten van de patiënt ((De wet op de patiënten rechten, 2002, URL) op een eenvoudige en overzichtelijke manier vastlegt. Volgende onderstaande rechten kunnen mogelijk betrekking hebben op de maaltijdzorg :

Recht op een kwaliteitsvolle gezondheidszorg

Goede maaltijdzorg valt onder een kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Men moet niet enkel gaan zorgen voor een goede voedingstoestand maar ook rekening houden met de mens in zijn totaliteit. Zelfbeschikkingsrecht en waardigheid staan hier centraal. Dit heb ik duidelijk aangehaald op micro-niveau. Tevens staat in deze wet ook duidelijk beschreven dat patiëntgerichte communicatie belangrijk is en ook de houding van beroepsbeoefenaars voldoende aandacht beoogt. Ook dit onderdeel heb ik uitvoerig besproken bij de houding van de zorgverlener op micro-niveau.

Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Maaltijdzorg is een zeer subjectief gegeven. Iedereen vult de maaltijdzorg individueel in. Men kan dit te weten komen via het levensverhaal van iemand, zoals beschreven staat in de visietekst van ROB-RVT Avondvreugde. Het is de bedoeling dat men zoveel mogelijk teruggaat naar het respecteren van de eigen maaltijdcultuur en eigen eetstijl die men tijdens het leven heeft opgebouwd.

Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Wanneer de maaltijdzorg niet goed verloopt, is het belangrijk om dit op te merken als zorgverlener en te zorgen voor de nodige privacy. Het is voor de zorgvrager zeer confronterend om te morsen of te moeten geholpen worden met eten. Het sluiten van het bedgordijn kan hierbij een mogelijke oplossing zijn om privacy te kunnen garanderen. Intimiteit kan het best vertaald worden naar een één-op-één situatie. Men plaatst zich als zorgverlener op hetzelfde niveau van de hulpbehoevende zorgvrager en zorgt ervoor dat de maaltijd in alle sereniteit verloopt. Dit houdt tevens in dat de zorgvrager kan geholpen worden in alle rust met zijn eigen persoonlijke voorkeuren.

Recht op klachtenbemiddeling

De patiënt heeft het recht om een klacht in verband met uitoefening van de patiëntenrechten in te dienen bij een bevoegde ombudsfunctie. De opdrachten van de ombudsfunctie worden in de wet bepaald.

Het recht op klachtenbemiddeling heb ik opgenomen tijdens de patiënteninterviews die terug te vinden zijn in het praktisch deel. Het valt op dat de zorgvragers en/of naasten vaak niet weten dat ze met klachten omtrent de maaltijdzorg terecht kunnen bij de ombudsdienst van het ziekenhuis. Ook blijkt duidelijk bij deze bevragingen dat men zich eerst wenst te wenden tot het verpleegkundig personeel. Dit om te voorkomen dat verpleegkundigen of paramedici problemen kunnen gaan krijgen of uit angst om anders dan voorheen behandeld te worden.

Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

Het is een recht van een zorgvrager om te kiezen wie helpt tijdens de maaltijdzorg, in de mate van het mogelijke.

Het recht op informatie over de eigen gezondheidstoestand

Deze wet heb ik eraan toegevoegd om het belang van communicatie te duiden. Iedere zorgvrager, ondanks toestand heeft het recht op informatie. Ik kan dit het best duiden met een concreet voorbeeld. Het indikken van drank gebeurt vaak door verpleegkundigen of paramedici zonder uitleg te geven aan de desbetreffende persoon. Ook naar naasten toe loopt dit soms fout. Tijdens het interview met mijn ervaringsdeskundige Sonja Vertommen maakt zij op een bepaald ogenblik een opmerking over een gele kaart die op het prikbord hangt van de kamer van haar vader. Ze leest daarop dat dranken ingedikd moeten worden omwille van slikproblemen bij haar vader. Het feit dat niemand de moeite heeft genomen om haar dat uit te leggen, zorgde voor een onaangenaam gevoel. Zij had een duidelijke nood aan informatie die haar pas nadien werd verschaft.

6. Wanneer de maaltijd niet meer belangrijk wordt...

Soms is het noodzakelijk om te stoppen met voeding en vochttoediening. De stervende patiënt gaat steeds minder eten en drinken, omdat het lichaam daaraan geen behoefte meer heeft. Het lichaam droogt vervolgens uit, de patiënt wordt steeds suffer en slaapt tenslotte in (Matthijs, 2012).

Een heel mooi citaat (Leif, 2007, URL) geeft dit ook aan:

“Mensen sterven niet omdat zij niet eten en drinken; zij eten en drinken niet omdat zij sterven.”

6.1 Beslissen om te stoppen met voeding en vocht

Wanneer men beslist dat het niet meer nodig is om voeding en vocht te gaan aanbieden, wanneer zinvol levensverlengend handelen niet meer mogelijk is, kan men pijn en lijden gaan verlichten. Er zijn immers argumenten dat vocht- en voedseltoediening nadelige effecten heeft voor de zorgvrager in terminale fase.

Als een ziek iemand steeds minder gaat eten en drinken, kun je je daar als familie zorgen over maken. Het is belangrijk zich te realiseren dat het in de laatste levensfase normaal is dat men als mens steeds minder voeding en vocht inneemt. Dat hoort bij het natuurlijke proces van het sterven. Daarom is het vrij gebruikelijk om in deze fase geen infuus of sonde meer te geven. De nadelen van te veel vocht, zoals de benauwdheid die daardoor kan ontstaan, zijn groter dan de nadelen van te weinig vocht.

In de terminale of stervensfase kan een patiënt (of zijn lichaam) aangeven dat hij geen behoefte meer heeft aan eten of drinken. Zo dooft het leven langzaam uit, als een kaars die opbrandt. Je komt dit stervensproces ook tegen in de Bijbel, bij mensen die ‘verzadigd zijn van hun dagen’. Mensen trekken zich dan terug en laten hun

voedsel staan. Artsen noemen dit cachexie: een slechte lichamelijke toestand met vermagering en verval van krachten. Dit komt voor in de eindfase van veel dodelijke ziektes en van dementie.

Uiteraard is het geen eenvoudige beslissing om te stoppen met vocht- en voedseltoediening. Bij een wilsbekwame oudere is het de bedoeling om de oudere zo lang mogelijk zelf te laten participeren en te laten beslissen omtrent beslissingen van het levenseinde. Dit kan onder andere opgenomen worden in een advanced care plan. Wanneer er geen sprake is van een wilsbekwame oudere, wanneer participatie niet meer mogelijk is, zijn er andere stappen die men moet doorlopen. Men moet zoeken naar wat de oudere in deze situatie zou gewenst hebben. Dit kan via eerder bekomen informatie van de oudere en via het levensverhaal van familie/naasten.

6.2 Voeding en vocht als vorm van zorgen voor

Communicatie is extreem belangrijk in deze fase. Men moet naast informeren over het naderend levenseinde. De visie op leven en sterven is belangrijk in aanvaarden van stopzetten van vocht- en voedseltoediening. Feiten en fictie in verband met vochttoediening in deze fase is zeer belangrijk. Naast zien geven van vocht en voeding vaak als een zinvolle vorm van zorg en aandacht, zoals ik eerder reeds heb aangehaald. Het is confronterend als de arts vertelt dat de oudere amper nog kan eten of drinken. Op dat moment komt er vaak het inzicht dat het levenseinde heel dichtbij komt. De omgeving zit met het 'zorgen voor' in haar hoofd: wie niet eet, gaat dood. Mensen in de omgeving hebben het gevoel de patiënt tekort te doen als zij geen eten meer geven. En ook voor wie weet dat dit onzin is, is het moeilijk de oer-reflex van het 'eten geven' te onderdrukken. De omgeving moet het besluit van de patiënt en/of de zorgverleners dus goed uitgelegd krijgen, waarbij benadrukt moet worden dat in deze fase voeding niet meer aan de overleving of aan de kwaliteit van leven bijdraagt.

“De palliatieve patiënt is niet meer zozeer op zoek naar behoeftes, maar naar menselijke betekenissen, dus ook via het maaltijdgebeuren die hem het leven als zinvol doen ervaren.” (Leif, 2007, URL)

Om de moeilijkheid omtrent stoppen met voeding te duiden, schrijf ik onderstaande casus neer.

Mijnheer M. is een man van 89 jaar. Hij wordt binnengebracht op de afdeling voor het op punt stellen van pijnmedicatie bij een heupcontusie na een val. Vanaf de eerste dag weigerde hij voeding. In eerste instantie wordt dit toegeschreven aan de pijn. De weigering van voeding blijft echter doorduren. Hij geeft aan dat hij beseft met welke goede bedoelingen wij hem eten willen aanbieden, maar hij wil dit niet meer. Aan een verpleegkundige geeft hij zelfs letterlijk zijn doodswens aan. Via de voeding heeft hijzelf hier controle over.

De dochter komt tijdens het middagmaal en de broodmaaltijd in de avond helpen. Dan eet hij wat yoghurt of een soep. Zij verwijt de zorgverleners dat ze vader in de kou laten staan. Bij haar eet hij immers wel, niet veel, maar toch iets. Op een bepaald moment ziet zijzelf in dat deze voeding niet meer toereikend was. Haar vader vermagert zienderogen. Zij eist dat er wordt gestart met kunstmatige voeding, desnoods met fixatie. Ik was de verpleegkundige die de microsonde moest gaan steken. In overleg met interdisciplinaire teamleden werd beslist om de microsonde te steken maar zonder fixatie. De geriater gaat hier mee akkoord en heeft dit ook gecommuniceerd naar de dochter. Op het moment dat ik mijnheer de microsonde moest gaan plaatsen, kijkt hij mij in de ogen en zegt hij mij dat hij dit niet wil. Na een 30-tal minuten trok hij de microsonde uit. De dochter blijft echter hardnekkig voeding toedienen, ondanks uitleg over het feit dat voeden niet meer zinvol is. Na een aantal dagen wenst de dochter vader naar huis te halen. Daar kan hij beter 'aansterken'. Nog steeds is zij ervan overtuigd dat alles op te lossen valt met het geven van eten en drinken. Opnieuw krijgt het team het verwijt dat vader niet goed wordt verzorgd, zeker wanneer het gaat over voeding. Er wordt niet voldoende aangedrongen en zij doet dat

wel. Er wordt beslist om een intern zorgoverleg te houden. Wanneer mijnheer naar huis zal gaan, in dit palliatief stadium, zou dit enorm veel eisen van de dochter, zowel op gebied van verzorging maar ook op emotioneel gebied. Zij is volledig aangewezen op professionele hulp, aangezien zij een enorm klein sociaal netwerk heeft. Uiteindelijk wordt beslist om mijnheer naar de afdeling palliatieve zorgen over te brengen, omdat zij zeer sterk op zoek is naar een huiselijke omgeving. Daar stierf hij twee dagen later. Tot op het allerlaatste moment bleef haar vraag: 'Heeft papa vandaag nog iets gegeten of gedronken?'

6.3 Fundamentele waardenopties bij het staken van vocht en voeding

Eerbied voor het menselijk leven:

Zorgverleners worden vaak geconfronteerd met problemen, waarbij de waardigheid van de menselijke persoon als zodanig op enigerlei wijze in het geding is. De ethische eis tot fundamenteel respect voor het menselijk leven is primair gefundeerd op het behoren tot de gemeenschap van mensen, op het feit dat wij ons met andere mensen verbonden voelen, en op de unieke relatie tussen God en mens. De waardigheid van de persoon situeert zich op een dieper plan dan wat met een subjectieve invulling van kwaliteit van leven wordt aangeduid. Deze menselijke waardigheid komt steeds sterker in beeld bij zieke en zwakke personen, zoals bijvoorbeeld personen met dementie. Belangrijk is dat deze extra beschermwaardige personen niet vereenzelvigd worden met hun ziekte, maar als een persoon die ziek is geworden. Uit de fundamentele waarde van het persoon-zijn van de zieke leidt de commissie de ethische norm af dat hulpverleners respect moeten tonen voor de waardigheid van de zieke persoon.

Kwaliteit van leven:

Algemeen is men van mening dat de kwaliteit van leven moeilijk objectief is vast te stellen. Dat is een van de redenen waarom men aan de subjectieve inschatting van de kwaliteit van leven doorgaans een zwaar gewicht geeft.

Kwaliteit van sterven:

Als algemene norm voor een goede terminale en palliatieve zorg stelt de commissie voorop dat wanneer definitieve genezing niet meer mogelijk is, of wanneer er een wanverhouding ontstaat tussen de inspanningen om het leven in stand te houden enerzijds en de aanvaardbare kwaliteit anderzijds, het belangrijk is zich te richten op de ethisch verantwoorde en de competente medisch-verpleegkundige begeleiding van de stervende mens. Daarbij gelden als uitgangspunt, naast de noden die alle zieken hebben, namelijk nood aan veiligheid, waardigheid en fysiek comfort, ook de specifieke noden omwille van de naderende dood: angst voor het sterven, nood aan aandacht, nood aan nabijheid van naastbestaanden. Ook deze laatsten hebben nood aan ruime informatie en aan psychologische, sociale en levensbeschouwelijke ondersteuning. Een andere ethische waardenoptie die de besluitvorming inzake de kunstmatige voedsel- en vochttoediening kan onderbouwen, gaat ervan uit dat, hoewel het leven en de verlenging van het leven fundamentele ethische waarden blijven, men geenszins kan stellen dat het hier gaat om absolute waarden. In sommige situaties kan de keuze van een andere waarde belangrijker zijn en eventueel met zich meebrengen dat het leven niet wordt verlengd. Het leven dient niet ten koste van alles verlengd te worden. Dit geldt in het bijzonder als de middelen om het leven te verlengen geen therapeutische winst opleveren en bovendien een onevenredige last met zich meebrengen voor de patiënt en zijn omgeving. De fundamentele waardenprioriteit zou men als volgt kunnen formuleren: men dient slechts de voorhanden zijnde medische mogelijkheden tot levensverlenging aan te wenden, wanneer het welzijn van de zieke daardoor gediend wordt. Het uitgangspunt ligt hier uiteindelijk in de eerbied voor het aflopende stervensproces.

(Zorgethisch advies in verband met het stoppen of staken van kunstmatige vocht- en voedseltoediening bij terminale en niet-terminale patiënten, gemeenschappelijke ethische reflectiecommissie GZA, 2008, URL).

Als besluit wil ik stellen dat het stopzetten van voeding- en vochttoediening een zeer moeilijk onderdeel is van de maaltijdzorg, zowel voor naasten als voor de zorgverleners. Voor naasten is het vaak duidelijk dat het levenseinde nadert maar toch blijft voeding en vocht enorm belangrijk. Alles draait hier om duidelijke communicatie. Dit is ook informatie die vaak herhaald moet worden. In eerste instantie dringt dit niet door bij familieleden. Wanneer ik kijk naar mijn eigen afdeling, weet ik dat we soms falen op vlak van communicatie. Er is geen rechtlijnig beleid. Er is dringend nood aan verandering van het palliatief beleid. Het valt mij op dat symptoomcontrole van pijn en onrust bij verpleegkundigen voorop staat, maar de communicatie omtrent voeding en vocht komt vaak op de achtergrond.

Ook voor zorgverleners blijft dit een heikel punt. Soms zijn er verpleegkundigen die hardnekkig blijven doorgaan met het geven van voeding aan een stervende persoon. Ik herinner mij de casus van een verpleegkundige die me zei: *‘Maar bij mij heeft ze toch goed gegeten, ze was wel heel suf en opende de ogen niet meer. Het duurde lang voordat ze alles heeft doorgeslikt maar toch...Misschien kunnen we haar dan toch wel weer beter maken.’* Een palliatief beleid, ook wat betreft de maaltijdzorg, moet uiteraard ook duidelijk naar alle zorgverleners gecommuniceerd worden. Dit is één van de aanbevelingen die ik zou willen doen naar de toekomst toe.

Voeding kan een zeer krachtig wapen zijn voor zorgvragers om iets duidelijk te maken aan zorgverleners. Ik herinner mij een heer die, na een zware opname op de afdeling intensieve zorgen, terecht komt op de afdeling geriatrie. De eerste dagen is hij zeer verward en eet hij weinig. Nadien vertelt hij ons het volgende:

Mijn vrouw is sinds kort opgenomen in een rusthuis. Al jaren zorg ik voor haar en ik vind het verschrikkelijk dat ik de zorg uit handen heb moeten geven. Jarenlang heb ik mezelf, met veel plezier, voor haar weggecijferd. Ik heb echter wel gezien dat ze er goed verzorgd wordt. Iedereen staat dag en nacht voor haar klaar. En ikzelf ben klaar met het leven. Tot voor kort was ik gezond en kon ik nog genieten. Nu heb ik het gevoel dat het kaarsje aan het uitdoven is. Jullie doen hier allemaal zo hard je best om mij te genezen. Ik moet braaf mijn pillen slikken en allerlei onderzoeken ondergaan. Maar eten en drinken kan ik weigeren, dat kan niemand mij opdringen. Wanneer ik niet eet, ga ik dood en dat wil ik.

Dit voorbeeld geeft ook duidelijk aan dat maaltijdzorg veel meer omvat dan het toedienen van eten en drinken. Meestal is het mogelijk om goede maaltijdzorg te bieden, soms wordt maaltijdzorg vervangen door comfortzorg. Bovenstaand voorbeeld doet echter nadenken over andere vormen van voeding en vochttoediening. Ik stel hierbij volgende vragen: Is het steeds opportuun om vocht toe te dienen? In welke mate kan of mag een zorgvrager beslissen over vochttoediening? Staan wij als zorgverleners überhaupt wel stil waarom iemand niet meer kan of wil eten? Wordt hier uiteindelijk rekening gehouden met de wet op patiëntenrechten, die ik op macro-niveau heb besproken? Het maaltijdgebeuren is een gedeelde zorg gebaseerd op veiligheid, respect en betrokkenheid. Dit moet gebeuren samen met familieleden en zorgverleners uit alle disciplines waarbij men moet streven naar een zorgcommunicatie omtrent eten en drinken. Voldoende opname van voeding en vocht vormen immers niet de enige doelstelling in een goede maaltijdzorg.

Uit het theoretisch deel blijkt duidelijk het belang van een goede maaltijdzorg. De maaltijd is belangrijk voor de oudere zorgvrager maar heeft ook invloed op het welbevinden van de oudere in al zijn aspecten en dimensies. Er is een duidelijke relatie tussen voeding en kwaliteit van leven, zoals aangehaald in diverse onderzoeken. De zorgvrager staat in dit innovatieproject in de brede basis, aangezien hij de persoon is die de maaltijd zal ontvangen. Ook zorgverleners kunnen zich hierin onderscheiden. Zorgverlening, ook maaltijdzorg, is een ethisch geladen gebeuren. Goede zorg is het resultaat van dialoog en onderhandelen in plaats van routinematig te handelen en te verzorgen. Ook de wet op patiëntenrechten en het Europees Verdrag van de rechten van de mens zijn toepasbaar op de maaltijdzorg. Soms blijkt ook dat men moet stoppen met het toedienen van vocht en voeding. Comfortzorg en symptoomcontrole gaan dan primeren. De praktijk op een afdeling verloopt vaak anders, waardoor het nodig is om concreet actie te ondernemen zodat de theorie werkelijk in de praktijk wordt omgezet. In het praktisch deel ga ik vooral stilaan bij de maaltijdzorg op micro-niveau, namelijk het niveau van de zorgvrager, maar ook de zorgverlener.

PRAKTISCH DEEL

1. Inleiding

Zoals ik reeds kort heb aangehaald in de inleiding, is het starschot van dit innovatieproject een gesprek geweest met mijnheer Vertommen en zijn dochter Sonja. Zij hadden bepaalde opmerkingen omtrent de maaltijdzorg. Ik heb dit gesprek voor mezelf verder uitgebreid door zelf mijn kritische blik rond te laten gaan op de afdeling en door te spreken met ervaringsdeskundigen zoals de logopediste en de diëtiste. Ik kwam er al vrij snel achter dat de maaltijdzorg in orde was voor personen die geen of enkel voorbereidende hulp nodig hadden. Personen die meer tot volledige hulp nodig hadden, bleven vaak in de kou staan. Hiermee bedoel ik concreet dat ik plateaus op de tafel zag staan, terwijl de persoon in bed lag en onmogelijk aan het eten kon komen. Ofwel werd de plateau netjes voorbereid op het voorzettafeltje gezet maar de persoon in kwestie kon er enkel naar kijken maar was niet bij machte om zelf aan de maaltijd te beginnen. Of zorgvragers werden in een oncomfortabele houding gepositioneerd zodanig dat de maaltijd geen aangename ervaring kon genoemd worden.

Wanneer de beslissing was gevallen, in samenspraak met mijn hoofdverpleegkundige en de zorgmanager van de zorgcluster geriatrie, heb ik voor mezelf drie belangrijke voorwaarden gesteld. Allereerst wilde ik dit innovatieproject doen voor, maar ook in samenspraak met zorgvragers. De tweede voorwaarde was dat ik het zorgkundig en verpleegkundig team kon betrekken in de uitwerking van dit innovatieproject waarbij we samen realistische doelen en actiepunten konden opstellen. Als laatste wilde ik zeker een interdisciplinaire werking. Binnen een interdisciplinaire werking ziet men een interdisciplinair samengestelde teamwerking zodat er op deze manier verschillende specialismen vertegenwoordigd zijn en waardoor de nodige deskundigheid gewaarborgd wordt om tegemoet te komen aan de complexe hulpvraag van de geriatrische zorgvrager. Het teamwerk biedt extra kansen voor de behandeling van complexe problematieken zoals bijvoorbeeld een goede maaltijdzorg. In vergelijking met de multidisciplinaire werking is er hier sprake van een toegenomen samenwerkingsvorm waarbij er communicatie tussen de verschillende disciplines tot stand komt. Men probeert de individuele handelingen op elkaar af te stemmen vanuit een goed zicht op de hulpvraag van de patiënt, een gezamenlijke visie en op basis van een geïntegreerd plan. Zorgverleners zijn daarbij op elkaar betrokken en van elkaar afhankelijk. Dankzij interdisciplinaire communicatie probeert men alle relevante informatie te integreren tot gemeenschappelijke behandeldoelstellingen die worden besproken op een interdisciplinair teamoverleg. De verschillende disciplines hebben afzonderlijke en specifieke doelstellingen, maar ze kaderen deze via overleg in een gemeenschappelijke visie en een globaal na te streven doel.

In eerste instantie wilde ik een soort protocol of procedure uitwerken omtrent het maaltijdgebeuren waarbij een goede houding en een goede voedingstoestand prioritair waren. Wanneer ik echter terugging naar de initiële hulpvraag, het gesprek met mijnheer en mevrouw Vertommen, kwam ik tot de conclusie dat de maaltijd veel meer omvatte dan voldoende eten en in een goede houding zitten om te eten. De maaltijd draait om sfeer, benadering, tijd maken voor, zorgen voor,...Na een gesprek met de blokcoördinator ben ik mij gaan focussen op de ethische aspecten omtrent het maaltijdgebeuren, wat ik geplaast heb onder de noemer 'maaltijdzorg'.

Ik ga dit praktisch deel starten met het interview van Sonja Vertommen, de dame die mij op het goede spoor heeft gezet om dit innovatieproject ten uitvoer te brengen. Ik heb haar gefilmd op 11 december 2014 en haar openlijk laten vertellen over haar ervaringen omtrent de maaltijdzorg en welke gevoelens en emoties dit bij haar maar ook bij haar vader teweeg heeft gebracht. Sonja heb ik ook gevraagd als ervaringsexpert en heeft ook actief kunnen deelnemen bij de uitwerking van dit innovatieproject. Haar vader is op mijn afdeling terecht gekomen als kwetsbare oudere met de nodige autonomie. Nadien werd hij een oudere die gaandeweg meer en meer hulp nodig had bij de maaltijd. Uiteindelijk kwam hij in de fase dat de maaltijd niet meer belangrijk werd...

2. Interview met Sonja Vertommen

Mijnheer Vertommen was een man van 91 jaar die op een nacht was gevallen. De verpleegkundige van de serviceflat heeft hem recht geholpen. De nacht nadien viel mijnheer Vertommen opnieuw. Hij droeg 's nachts incontinentiemateriaal en daaraan zag men dat hij anaal bloedverlies had. De huisarts stuurde hem door naar de dienst Spoedgevallen. Daar heeft hij bloed bijgekregen. Op Spoedgevallen zei men hem dat hij enkele dagen naar een afdeling geriatrie moest gaan om het hemoglobine nog wat in de gaten te houden. Uiteindelijk bleek de diagnose erger dan verwacht: kanker.

Sonja gaat vervolgens verder over de manier waarop mensen benaderd worden op de afdeling geriatrie. Zij heeft een aantal opmerkingen maar benadrukt ook dat ze over het algemeen zeer tevreden was van de zorg.

Haar eerste punt van kritiek was de manier waarop zorgverleners omgaan met iemand. Dit omschreef ze met de term 'ruw omgaan met...'. Tevens was het haar opgevallen dat zorgverleners informatie slechts eenmaal aanhaalden, ondanks het feit dat mijnheer Vertommen slecht hoorde. Hier werd weinig of geen aandacht aan geschonken.

Het tweede item wat ze aanhaalt, gaat specifiek over de maaltijdzorg. Mijnheer Vertommen had minder eetlust. Er werd geen communicatie gevoerd met hem over het hoe en het waarom, kortom het belang van voeding en aangepaste voeding. Op een bepaald ogenblik zette een verpleegkundige de plateau op de tafel. Mijnheer lag in bed en kon onmogelijk zelf de plateau gaan nemen. De verpleegkundige zei: 'Ik kom zo dadelijk terug.' Uiteindelijk kwam Sonja op de kamer en is zij zelf begonnen met hulp te bieden tijdens de maaltijd. De verpleegkundige kwam na lange tijd pas terug op de kamer. Ook viel het Sonja op dat het eten soms werd 'ingepropt', dat men TV keek tijdens de maaltijdzorg en niet praatte met mijnheer maar met elkaar. Hij was nochtans een zeer communicatief en sociaal iemand. Hij miste een babbel en een vriendelijk woord. De dochter vergoedlijkte dit naar hem toe dat zorgverleners geen tijd hebben voor een gesprek. Achteraf vond ze dit geen terecht antwoord naar haar vader toe. Haar vader hield van sociaal contact en er moest aan zijn noden voldaan worden. Ze omschrijft dit zeer mooi: 'Als je er toch bent, wees dan ten minste begaan met iemand.'

Ten derde haalt ze aan dat de maaltijden smakelijker en mooier voorgesteld kunnen worden. Wegens slikproblemen was de voeding volledig gemalen. Mijnheer gaf aan dat hij het eten beu was, het eten deugde niet. Op een bepaald ogenblik heet Sonja zelf geproefd en ook haar beviel dit niet, zowel wat betreft de presentatie en de smaak.

Wanneer ze op een bepaald ogenblik vraagt om een rietje, geeft een verpleegkundige dit haar onmiddellijk. Ze laat het rietje in het glas staan wanneer ze de volgende keer wil helpen bij het toedienen van drinken. Ze heeft het gevoel dat drinken via een rietje makkelijker is voor haar vader door de slikproblematiek. De dag erna hangt er een grote gele brief op het prikbord aan het bed van mijnheer waarop stond: 'geen drinken geven met een rietje!' Dit stoorde Sonja enorm. Waarom kan dit niet op een open maar vooral menselijke manier gecommuniceerd worden? Dit kwam echt niet goed over en was zelfs zeer kwetsend.

Als laatste haalt Sonja de benadering aan van haar vader maar ook van andere zorgvragers. Ouderen komen vaak uit een warme omgeving, ook haar vader. Hij zat in een serviceflat en werd daar omringd met de beste zorgen. Ook familie ging op een warme manier om met hem. Mensen waren begaan met hem en betuigden hun respect. Op straat werd hij aangesproken met mijnheer Vertommen. Nu lag hij in een bed, niet meer als mens maar als kamernummer. Dit kwam over als een shock bij Sonja. Mijnheer Vertommen gaf dit zelf ook aan: 'Er is geen communicatie met mij, ik voel mij niets of niemand meer.' Verder viel het haar ook op dat mannelijke zorgvragers werden aangesproken met 'jong'. Ze vraagt zich af of men hier vertrouwen mee wil scheppen of een band mee

wil opbouwen. Voor haar had dit woord een zeer negatieve en denigrerende bijklank. Ook zij wil niet aangesproken worden met 'meisje of vrouwke'. Deze aanspreektitels getuigen van een gebrek aan respect voor de respectvolle persoon in het bed. De persoon in bed wordt herleid naar iemand die in bed ligt, verzorgd moet worden en als hij niet wil eten, eet hij maar niet.

Als conclusie geeft Sonja het volgende weer:

'Er zijn mogelijkheden tot verbetering. Mensen moeten niet alleen verplegen. De tederheid en menselijkheid ontbreekt. Er is voldoende communicatie over het ziekteproces, daarin worden we goed begeleid. Communicatie over de mens (mijn vader nvd.) heb ik slechts ervaren van enkelen. Dit voelde aan als een ongemak.'

3. Vragenlijst maaltijdzorg

Eens de keuze voor het innovatieproject gemaakt was, kon ik aan de tweede stap beginnen. Op welke manier ging ik verpleegkundigen, zorgkundigen en paramedici betrekken inzake maaltijdzorg? Hoe kon ik te weten komen hoe zij dachten over de maaltijdzorg? Zaten mijn en hun visies op dezelfde lijn? Waren zij er ook van overtuigd dat er een probleem was?

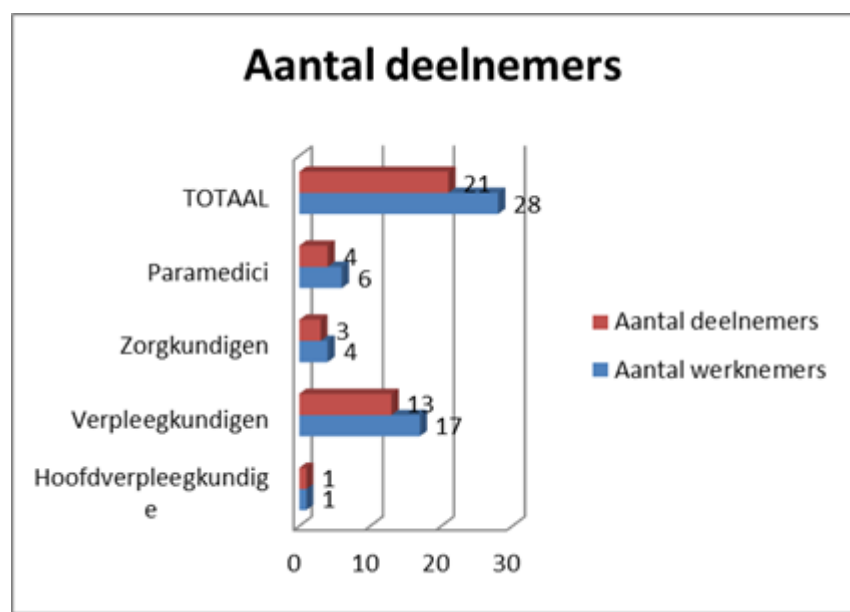
Ik ben gestart met het onderzoeken van de materie in brede zin om een beeld te krijgen van alles wat er in de maaltijdzorg een rol speelt of lijkt te spelen. Om het beeld te complementeren, ben ik te rade gegaan bij experts op het gebied van maaltijdzorg om het te onderzoeken gebied te kunnen begrijpen en afbakenen. Dit waren de hoofd-diëtiste, de diëtiste van de afdeling en de logopediste. Verder ben ik ook een kijkje gaan nemen in het Jessa ziekenhuis. Via Els Volders, van de dienst kwaliteit, heb ik gegevens gekregen over de tevredenheidsenquête. Vraag 22 handelde over de maaltijd. De concrete vraag die men stelt is een cijfer van 1 tot en met 5 te geven over de algemene tevredenheid in verband met de maaltijden. De bijvraag handelt over wat verbeterd kan worden, zoals smaak, variatie, hoeveelheid, tijdstip, temperatuur/warmte en aanpassingen aan een specifiek dieet. Sinds 2013 werd de enquête aangepast en werd de vraag in verband met de maaltijden weggelaten. Voorheen gebruikte men een vragenlijst opgesteld door Pfizer in samenwerking met de deelnemende ziekenhuizen waarin ook de zogenaamde 'hotelfunctie' was opgenomen: voeding, wektijd, kamer, schoonmaak. Sinds 2013 gebruikt men de vragenlijst opgesteld door het Vlaams Patiënten Platform in het kader van het VIP²-project van ICURO. Daarin is de vraag in verband met voeding niet opgenomen.

Geriatric-overschrijdend zijn de diëtisten bezig met het ontwikkelen van een vragenlijst waarbij ze zowel zorgvragers als zorgverleners willen bevragen over de kwaliteit van de maaltijd in de meest ruime zin. Dit zou overeenkomen met de term 'maaltijdzorg' die ik gebruik in dit innovatieproject. De eerste start komt ongeveer in mei/juni 2015. Van elke afdeling zijn er verpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen en zorgkundigen met een sterke affiniteit omtrent voeding en de maaltijd uitgenodigd om deel te nemen aan een eerste brainstorm om een dergelijke vragenlijst te ontwikkelen.

Om een correcte vragenlijst voor medewerkers op te stellen heb ik het stappenplan van ReSoc doorlopen. Het organiseren van een personeelsvragenlijst kan een grote meerwaarde betekenen. Door literatuur te toetsen aan praktijkervaring wordt de procesmatige aanpak van dergelijke vragenlijsten in verschillende fases uitgeschreven (Meten is weten, stappenplan om medewerkers te bevragen, 2015, URL). Op deze manier heb ik zelf een vragenlijst opgesteld. (bijlage 1.1) Deze vragenlijst was een noodzaak om collega's te peilen naar de eigen mening omtrent de maaltijdzorg en de mate waarin de zorgvrager tevreden is over de kwaliteit van de maaltijdzorg. Tevens werd hier gezocht naar waarden die belangrijk kunnen zijn wanneer het gaat over de zorg van een maaltijd, zoals autonomie en zelfbeschikking. Een bevraging is het geschikte instrument om elk teamlid te bereiken en om nadien de gegevens statistisch te kunnen verwerken. Voor de aanvraag van de praktijkstudie

werd toestemming gevraagd bij de stafmedewerker directie verpleging. (Bijlage 1.3) De bevraging werd georganiseerd tijdens een dienstvergadering, zodanig dat 75 procent van de teamleden aanwezig zouden zijn. Als type bevraging heb ik ervoor gekozen om gesloten vragen te stellen en het aantal vragen beperkt te houden, rekening houdend met de tijdsfactor. De vragenlijst werd afgeprint en schriftelijk door elk teamlid individueel ingevuld. Ikzelf heb de bevraging ingeleid, uitgedeeld en terug verzameld. Door het gebruik van gesloten vragen weet de respondent duidelijk het doel van een vraag en kan er een antwoord gekozen worden dat het best op hen van toepassing is. De gewenste doelgroepen zijn de verpleegkundigen, paramedici en zorgkundigen van afdeling geriatrie 4. Ik heb gekozen voor deze onderzoekspopulatie aangezien zij representatief zijn voor de groep waarop het onderzoek zich richt. De doelstelling van de bevraging en de mate van verwerking in dit innovatieproject werd vooraf grondig door mezelf uitgelegd. Tijdens een eerdere dienstvergadering werd het thema van mijn innovatieproject reeds besproken. De bevraging werd twee weken voor de dienstvergadering aangekondigd via de korte inhoud van de desbetreffende dienstvergadering. De gegevens van de bevraging werden statisch verwerkt via het programma Questback, door Els volders van de dienst kwaliteit van het Jessa ziekenhuis. De resultaten worden bekend gemaakt tijdens de ervaringsessie. (Zie 3.1, praktisch deel) Terugkoppeling naar de zorgmanager van de zorgcluster geriatrie gebeurt via mail. (Bijlage 1.2) Door de gegevens die bekomen zijn uit deze vragenlijsten werden concrete actiepunten in groep uitgewerkt. (Zie 3.2, praktisch deel)

Grafiek 1: Aantal deelnemers vragenlijst maaltijdzorg



Bovenstaande grafiek toont het aantal deelnemers die de vragenlijst maaltijdzorg hebben ingevuld per discipline. Ik heb een onderscheid gemaakt tussen verpleegkundigen, hoofdverpleegkundigen, zorgkundigen en paramedici. In totaal zijn er 28 personen (medici en paramedici) werkzaam op de afdeling geriatrie 4, waarvan er 21 hebben deelgenomen aan de vragenlijst. De blauwe balk zijn het aantal personen per discipline werkzaam op de afdeling geriatrie 4. De rode balk toont het aantal personen per discipline die effectief de vragenlijst hebben ingevuld. In de literatuur wordt een response ratio van 25 à 30 % vermeld om de resultaten als representatief te beschouwen. De conclusie die ik kan maken op basis van deze grafiek is dat de resultaten van de vragenlijsten representatief zijn voor de personen werkzaam op geriatrie 4.

4. Ervaringsgericht werken: 'De manier waarop je moet eten raakt je als persoon...'

4.1 Ervaringssessie

Op 10 februari 2015 heb ik een ervarings sessie georganiseerd. Ik had via de resultaten van de vragenlijsten een zicht op hoe de collega's dachten over de maaltijdzorg maar wilde nog een stap verder gaan. Ik wilde hen aan den lijve laten ondervinden hoe het is om hulp te krijgen bij de maaltijd of drinken, al dan niet op een correcte manier.

Er waren twaalf personen aanwezig waaronder ook de logopediste, diëtiste, pastoraal medewerkster, verpleegkundigen en een zorgkundige. Overige teamleden heb ik achteraf gebriefd over de resultaten die voortkwamen uit de proefsessie. Allereerst werden de resultaten van de vragenlijsten maaltijdzorg voorgelegd. De resultaten vielen in de lijn van de verwachtingen. Uiteraard vond iedereen het belangrijk om goede maaltijdzorg te bieden en men was er zich ook van bewust dat er niet altijd goede zorg werd geboden.

Vervolgens ben ik vertrokken vanuit vijf casussen, die ik heb zien gebeuren in de praktijk. Ik wilde mensen met ervaring in het werkveld, de zorgverleners, de kans geven om zich in te leven in het profiel van een kwetsbare oudere aan de hand van een korte, maar zeer herkenbare casus. Ook degenen die de 'rol van zorgverlener' kregen, werkten aan de hand van korte instructies. (Bijlage 1.4 en 1.5)

Het doel hierbij was het ontdekken door te ondervinden met als doel om de ethische deskundigheid van de zorgverleners op de afdeling geriatrie 4 te bevorderen en/of aan te wakkeren. Men blijft hierbij dicht bij concrete zorgpraktijken en de wijze(n) waarop zorgverantwoordelijkheid gestalte krijgt. Ik heb mij gebaseerd op Stimul, het zorg-ethisch lab. Zij geven zorg en verzorgen weer als: "Een intense interactie tussen mensen, een alerte vorm van aanwezigheid, een weten te doen en al doende leren weten, een attent ethisch perspectief en soms zorg(ver)wekkend" (Stimul, zorgethisch lab, inleefsessie, 2013, URL) Direct aansluitend op de ervarings sessie volgde het reflectiegesprek, waarin men in een 'veilige' context kon reflecteren op ervaringen en belevingen als simulant-zorgvrager en als simulant-zorgverlener. De bedoeling van het delen van ervaringen was niet om te evalueren, wel met de bedoeling om kritisch te kijken naar hoe de zorg werd beleefd, naar hoe de zorg concreet gestalte kreeg. Als afsluiting van deze reflectie werd aan alle zorgverleners gevraagd om aan te geven wat zij vanuit de ervarings sessie persoonlijk hebben ervaren als bijzonder relevant om mee te nemen naar de praktijk om goede maaltijdzorg te bevorderen. Op deze manier trachtte ik om ervaringen in een breder zorgethisch kader te plaatsen en werkpunten te formuleren voor de eigen zorgpraktijk op afdeling geriatrie 4.

Mijn collega-zorgverleners noemden dit ingrijpende ervaringen. Ervaringen die fysiek (lijfelijk) voelbaar zijn. Ingedikt water wordt niet ervaren als het drinken van water en krijgt ook opeens een totaal andere smaak. Het wordt zelfs ervaren als 'vies'.

Men ervaarde tevens hoe oncomfortabel een slechte houding kon zijn tijdens het eten of hoe het aanvoelde om een vuile mond te hebben. Het maakte hen bewust van de dingen die men belangrijk vindt om van het maaltijdzorg een smakelijke, aangename én waardige gebeurtenis te maken.

De maaltijdzorg werd door de zorgverleners in een breder perspectief geplaatst. Ze hebben het over de sociale en psychische componenten. Het was zeer confronterend om aan anderen te laten zien dat men morste, hoe afhankelijk men was van anderen, dat men een servet moest dragen of moeilijk kon slikken. Iemand anders getuigde over hoe ze de nood voelde om heel concreet te weten wanneer de hulpverlener zou komen met de lepel, wat er gebeurde en wat men ging doen.

Door het stilstaan bij hun ervaringen en belevingen als simulant-zorgvrager en het reflecteren en dialogeren tijdens het reflectiegesprek, verlegden de meeste zorgverleners spontaan de focus van hun persoonlijke ervaring

naar de zorgvragers voor wie men dagelijks zorgt. Het deed hen inzien dat men mensen iets aandoet dat men zelf niet zou willen, mensen die dagelijks aan hun zorg zijn toevertrouwd. Het op deze manier bewust worden van het perspectief van de zorgvragers en hun zorgafhankelijkheid was een heel ingrijpende ervaring. (bijlage 1.5)

Door mijn collega's te betrekken, en samen na te denken en te reflecteren over de zorg voor de zorgvragers, voelt men zich gedragen, gesteund en ondersteund om inventief te zoeken naar het meest menswaardig mogelijke in de context die men heeft én om dit vol te houden. Op deze manier voelt niemand zich persoonlijk aangevallen en krijgt men het gevoel samen een innovatieproject uit te werken. Het nadenken en bespreken met collega's tijdens de reflectiegesprekken confronteerde hen ook op een cognitieve manier, met het perspectief van de ander, met de zorgvisie van waaruit er wordt gewerkt, het routinematig handelen, de uitdagingen en belemmeringen in het eigen werkveld. Het beïnvloedde de perceptie over kwetsbaarheid, over zorg en hoe menswaardige zorg te verlenen. Het ethisch bewust worden verruimt zich hier tot een ervaring die men zelf als negatief heeft beleefd en die men een ander niet wenst aan te doen.

Uiteraard was niet iedereen even enthousiast en meewerkend om te reflecteren. Het resultaat hiervan lag vooral in de toepassing van de directe zorg (tijdsgebrek, te zware zorgvragers, andere (prioritaire) verpleegkundige taken,...), niet in het dieper nadenken over welke motieven en waarden hier een rol spelen of vanuit welke bewogenheid men op een bepaalde manier wel of niet handelt. Maar het effect zal de kwaliteit van leven van de zorgontvanger toch verhogen, hoe beperkt ook. Bij anderen bracht de ervaring wat indringender veranderingen teweeg. Deze zorgverleners gaan eerder nadenken over meer delen van hun handelen en gaan van A, B en C naar een D, waarmee bedoeld wordt dat ze over meerdere aspecten van hun handelen gaan nadenken en een soort transfer maken van de ene naar de ander soort handeling in de zorg. Een collega had zelf het idee gekregen om negatieve voedingskeuzes op het schrijfbord te noteren voor de voedingsassistenten.

De ervaringen hadden ook een gevoel van verwondering met zich meegebracht. Men heeft gevoeld en men was daar verwonderd over. 'Voelt dat zo?' Deze verwondering maakte bij de meeste zorgverleners een omslag in het denken. Ze beseften dat hun dagelijks handelen heel veel invloed heeft op de beleving en dus de waardigheid van de oudere. Er zou een gevoel van verontwaardiging kunnen ontstaan bij het zien van niet goede zorg, uitgevoerd door collega's. Door hierop in te spelen en feedback te geven aan elkaar zou goede maaltijdzorg moeten lukken op afdeling geriatrie 4.

4.2 Concrete actiepunten

De bedoeling van de ervarings sessie was uiteraard niet enkel aan den lijve ondervinden hoe het voelt om als kwetsbare oudere gevoed te worden, maar ook om samen als groep concrete actiepunten te bespreken.

Allereerst zal er een vrijwilliger komen die komt helpen tijdens de maaltijd en het koffiemoment op donderdag. Ten tweede zal er tijdens het ontbijt en het middageten een verpleegkundige of zorgkundige de rol van maaltijdzorg- coördinator toebedeeld krijgen. Hij of zij zal het aanspreekpunt zijn voor overige verpleegkundigen, paramedici en studenten. Het valt op dat de maaltijden vaak in de schoenen van studenten worden geschoven, zonder enige vorm van begeleiding of ondersteuning. De coördinator zal zorgen voor deze extra begeleiding of ondersteuning. Deze persoon is ervoor verantwoordelijk dat iedereen de nodige hulp krijgt, dat de medicatie binnen handbereik staat, dat er vers drinkwater aanwezig is, dat de zorgvrager in een correcte houding is gepositioneerd en dat men de nodige hulpmiddelen ter beschikking heeft zoals een lichte beker met groot oor om koffie of soep uit te drinken. Meestal wordt deze functie toebedeeld aan de zorgkundige op de afdeling. Dit wordt met veel enthousiasme door deze personen onthaald. Het geeft hen een gevoel van verantwoordelijkheid. Een bepaalde zorgkundige op de afdeling gaf dit als volgt aan: 'Ik ben zeer blij dat we deze taak mogen uitvoeren, eindelijk kunnen wij als zorgkundige ook een stem hebben. Meestal gaat het om verpleegkundige beslissingen en

dan vind ik het moeilijk om mijn mening hieromtrent te laten horen. Nu kan ik eindelijk mij bekwamen in iets wat ook zorgkundigen aanbelangt.' Er zijn voornamelijk twee zorgkundigen zeer sterk bezig met de coördinerende rol tijdens de maaltijdzorg. Zij hebben samen beslist om te werken rond positieve en negatieve keuzes. Cognitief goede of betere personen kunnen hun voorkeuren perfect duidelijk maken aan de voedingsassistenten. Cognitief mindere personen of personen met dementie zijn hiertoe niet in staat. Er zijn bepaalde voedingsassistenten die hier rekening mee houden; anderen gaan voor de meest voor de hand liggende keuze zoals confituur en de standaard lunch. De twee zorgkundigen trachten te fungeren als de stem van de dementerende persoon. Door de juiste vragen te stellen, door observaties en door bevraging bij familieleden zijn zij in staat om negatieve keuzes maar ook positieve keuzes op het bord aan het bed te noteren. Ze gaan zelfs zo ver dat ze voorkeuren van bijvoeding doorgeven aan de diëtiste, die dit onmiddellijk kan aanpassen in de computer. Opvallend is wel dat wanneer verpleegkundigen deze taak toegewezen krijgen, dit minder vlot verloopt. Het lijkt mij dat verpleegkundigen vaker bezig zijn met medicatie-inname dan met de maaltijd op zich. Ik krijg het gevoel dat ze het maaltijdgebeuren zo snel mogelijk achter de rug willen hebben, om terug te starten met, in hun ogen, noodzakelijke verpleegkundige taken.

4.3 Reflectiemoment

Het reflectiemoment op 30 maart 2015 kan rekenen op minder deelnemers dan de ervarings sessie, doordat er door ziekte- omstandigheden een aantal personen afwezig waren op de afdeling en bepaalde collega's moesten verder werken in de zorg. Vandaar dat ik collega's vooral tijdens werkmomenten bevraagd heb omtrent de huidige maaltijdzorg. Het is opvallend hoe vaak maaltijdzorg op niveau van 'voldoende' eten werd teruggebracht, vooral door verpleegkundigen.

De vrijwilligster werd door iedereen positief onthaald, vooral omdat zij voldoende tijd kon besteden aan de maaltijd maar ook aan de individuele zorgvrager. Het coördineren van de maaltijden werd door de zorgkundigen met veel lof omschreven; verpleegkundigen vonden dit echter geen taak die meerwaarde bracht op de afdeling zelf. Ze vonden dit zeer tijdrovend, terwijl ze het gevoel hadden dat ze te weinig tijd hadden om zich bezig te houden met andere verpleegkundige taken. Tijdens het reflectiemoment werd de rol van de coördinator opgedeeld in een gezamenlijke coördinerende rol. De persoon die als hulp staat van de verantwoordelijke verpleegkundige, is verantwoordelijke van de desbetreffende zone inzake maaltijdzorg. De nachtzorgkundige bereidt elke morgen een lijst voor met specifieke aandachtspunten per individuele zorgvrager. Een aantal voorbeelden hiervan zijn:

- Slikproblemen
- Volledige hulp
- Voorbereidende hulp
- Koffie of soep in een bruine beker
- Eet aan tafel of in bed
- Geen studenten laten helpen bij de maaltijd omwille van een zware slikproblematiek

Het derde punt is hulp van naasten tijdens de maaltijd sterker gaan promoten. Naasten zijn welkom buiten de bezoeken als ze hulp bieden tijdens de maaltijd. Veel familieleden zijn niet op de hoogte van deze afdelingsafspraken. Als extra surplus krijgen deze 'helpende handen' een gratis parkeerkaartje. In de nabije toekomst zou de ergotherapeut een soort van flyer willen ontwikkelen om dit op het mededelingsbord te hangen, centraal gelegen op de afdeling.

5. Patiënteninterviews

Patiënteninterviews dienen om bevindingen van patiënten over hun ervaring van opgenomen te zijn op een bepaalde afdeling in kaart te brengen, om op basis van deze informatie, samen met het team acties tot verbetering van de patiëntenzorg te plannen. Het verschil met patiëntentevredenheid is dat hier de vragen niet gesteld worden op basis van wat de zorgverleners belangrijk vinden, maar dat er geprobeerd wordt zoveel mogelijk de inbreng van patiënten centraal te stellen. Ik heb de vraagstelling als dusdanig gesteld dat ik kan vertrekken vanuit de bril van de zorgvrager. Het is een zeer belangrijk instrument om patiënten te laten bijdragen tot het identificeren van bepaalde gebieden waar een kwaliteitsverbetering nodig is en om na te gaan aan welke aspecten van hun ervaring zij belang hechten (Grypdonck, 2010).

Volgens Vleugels en Bauwens (2002) laten de ervaringen van zorgvragers toe om te meten in welke mate het ziekenhuis de zorgvrager centraal stelt in het zorgproces. Het meten van ervaringen van 'ervaringsdeskundigen' is geen doel op zich, maar een middel om verbetering na te streven.

Ik heb toestemming gekregen van de zorgmanager van de zorgcluster geriatrie om patiënten interviews af te nemen bij vijf zorgvragers en/of naasten. Uiteraard moest elk interview vergezeld worden van een informed consent, wat ik na afloop van het interview moest laten ondertekenen door zowel zorgvrager als leidinggevende. (bijlage 1.6 en bijlage 1.7)

Net zoals de vragenlijsten in verband met de maaltijdzorg voor collega's ben ik ook op zoek gegaan in de literatuur welke specifieke vragen ik kon stellen aan zorgvragers/naasten om de tevredenheid omtrent de maaltijdzorg te peilen. Er zijn twee soorten mogelijke vragenlijsten terug te vinden; namelijk het belang van (goede) voeding en vragen over algemene zorg. Specifieke onderwerpen gerelateerd aan de maaltijdzorg zijn niet terug te vinden in de literatuur. Via de masterthesis 'Beleving van de maaltijd bereid uit lokaal betrokken producten in zorginstelling Joris Zorg' (2012) heb ik een aantal voorbeeldvragen kunnen opstellen. De schrijver van deze thesis onderzoekt genieten van eten, eten in relatie met kwaliteit van leven en het gebruik van lokale producten.

Ik heb de vragenlijst zelf opgesteld met als doel meer te weten te komen over bepaalde items maaltijdzorg, de tevredenheid in verband met de maaltijdzorg, correcte hulp door zorgverleners, bepaalde waarden,... Deze onderwerpen zijn tevens de rode draad in mijn innovatieproject. Ik heb bij het afnemen van deze interviews rekening gehouden met een aantal belangrijke inhoudelijke aspecten (meetprotocol Vlaamse patiënten Peiling, 2015):

- De doelgroepen waren licht tot zware hulpbehoevende zorgvragers op de afdeling geriatrie 4. De zorgvrager mag zelf de vragen beantwoorden of met hulp van een naaste. De antwoorden worden letterlijk genoteerd door mezelf.
- De meetperiode was februari / maart 2015.
- Het meetmoment gebeurde een aantal dagen na opname. Dit meetmoment was niet vooraf bepaald.
- Het interview is niet uitgebreid. Het bestaat uit dertien korte vragen. Dit maakt dat het weinig tijd hoeft en maakt de drempel tot deelname minder hoog.
- Het taalgebruik is aangepast aan de doelgroep. Er wordt bewust geen gebruik gemaakt van vakjargon. De interpretatie is zo eenduidig mogelijk gehouden zodanig dat de vraag niet anders begrepen kan worden. De vragen zijn duidelijk en de zinnen bevatten niet te veel woorden, zodanig dat de zin niet te ingewikkeld wordt.
- De belangrijkste vraag wordt als eerste gesteld. Het doel van het interview is om essentiële informatie te verkrijgen. De meest eerlijke antwoorden worden vaak in het begin van het interview gegeven.

- Er worden open vragen gesteld omdat de vragen peilen naar gevoelens, gedachten, meningen van de respondenten.
- De toestemming moet van de zorgvrager of naaste moet uitdrukkelijk gegeven worden nadat er voldoende informatie werd gegeven. De informatie heeft betrekking op het doel, de aard en de duur van het interview.

De volledige patiënten interviews zijn terug te vinden in bijlage 1.9. Enkele belangrijke opmerkingen of aandachtspunten zijn:

- Personen die weinig tot geen hulp nodig hebben bij de maaltijd, zijn over het algemeen zeer tevreden. Wanneer de persoon in kwestie meer zorgbehoevend is, komen er ontevredenheden aan de oppervlakte, vaak gemeld door naasten.
- Het is zeer opvallend dat de meeste zorgvragers maar ook naasten weinig of niet op de hoogte is van het bestaan van een ombudsdienst. De minderheid die ervan op de hoogte is, weet allereerst niet dat ze met klachten of problemen omtrent de maaltijdzorg ook terecht kunnen bij de ombudsdienst. Ten tweede bestaat er een zekere schroom om met dergelijke klachten te gaan naar een persoon van de ombudsdienst. Een bepaalde zorgvrager zei me dat hij liever zweeg over ontevredenheden, omdat hij bang was dat zorgverleners represailles van bovenaf zouden krijgen. De derde reden is dat men verkiest klachten of opmerkingen persoonlijk te bespreken met de persoon in kwestie.
Uiteraard heb ik zelf contact opgenomen met de ombudsdienst. Zij hebben gekeken op afdelings- en geriatrieniveau of er bepaalde klachten zijn geweest omtrent de maaltijdzorg in 2013, 2014 en 2015. Er zijn een miniem aantal klachten geweest over koud eten, koude koffiekannetjes en over het aanleveren van een foutieve maaltijdkeuze. Over de maaltijdzorg in de meest ruime zin zijn tot op heden nog geen klachten terecht gekomen bij de ombudsdienst.
- Wanneer ik de zorgvragers en/of naasten bevrage, komt zeer vaak het woord 'vriendelijkheid' over de lippen. Vriendelijkheid staat symbool voor het aangenaam maken van de maaltijd. Wanneer ik dit even reflecteer naar de opmerking dat maaltijdzorg tijd kost, ontkennen deze stellingen dat goede maaltijdzorg tijd kost. Een 'smakelijk eten' en een brede glimlach kosten geen tijd en zorgen voor een grote patiëntentevredenheid.
- Ook het woord 'communicatie' komt zeer vaak terug tijdens deze bevraging. Er is duidelijk een gebrek aan communicatie en dit wordt als zeer storend ervaren, vooral door naasten. In de eerste twee interviews komt niet zo duidelijk naar voren dat er een gebrek is in de communicatie, terwijl de laatste drie personen waarbij ik het interview afnam, dit als grootste negatieve punt aangaven. Vaak gaat het om een aangepast dieet. De logopediste of diëtiste worden gevraagd bij een nieuwe opname wanneer een verpleegkundige twijfelt of de maaltijd voldoende is aangepast aan een bepaalde zorgvrager. Uiteraard komen deze personen ongeveer tussen 24 en 48 uur na opname bij elke zorgvrager op de kamer, ongeacht een bepaalde vraag of problematiek van de verpleging uit. Aanpassingen worden aan het verpleegkundig personeel gemeld tijdens de briefing om 9 uur en worden door de desbetreffende persoon aangepast op het briefingblad. De communicatie tussen zorgverlener en zorgvrager/naasten loopt mank. Zorgvragers en naasten hebben nood aan informatie waarom, wanneer,...de maaltijd wordt aangepast. Geen communicatie leidt tot frustratie of onrust bij de zorgvrager en familieleden. Dit is ook een belangrijke verpleegkundige taak die hoort onder de noemer 'maaltijdzorg'. In de avonduren zijn de paramedici naar huis en is het tevens ook het tijdstip dat de meeste familieleden aanwezig zijn. Ze zijn dus aangewezen op de goodwill van het verpleegkundig personeel om de nodige info te krijgen.
- Nog een opvallend iets, is het streven naar autonomie. Uit één gesprek bleek dat het nastreven naar autonomie geen gemakkelijksoplossing mag zijn. Drang naar autonomie is te rechtvaardigen zoals de

dochter in het interview mooi samenvatte: 'Men moet kijken naar wat nog mogelijk is, naar wat een persoon nog zelf kan. Maar men moet zeker ook kijken naar wat niet meer gaat en op dat vlak de nodige hulp bieden.

Naar aanleiding van deze interviews is er via de logopedisten onmiddellijk al een werkpunt aangepakt. De zorgvragers en naasten die opmerkingen hadden over een gebrek aan communicatie bij verandering van een dieet, bij slikproblemen waarvoor dranken ingedikt worden, ... krijgen een persoonlijke brief op de kamer. Deze brief geeft aanleiding tot verheldering van vragen door een expert maar kan anderzijds ook een opener zijn om te communiceren naar een bepaalde verpleegkundige omtrent aanpassingen of adviezen. (Bijlage 1.10)

Discussie

In deze discussie ga ik in eerste instantie bekijken of mijn innovatieproject voldoet aan twee basisvoorwaarden, namelijk of mijn innovatieproject innoverend te noemen is, alsook of het interdisciplinaire karakter voldoende aan bod is gekomen. In tweede instantie ga ik na of de resultaten overeen komen met eerdere bevindingen. Ten slotte geef ik op basis van informatie bekomen uit het praktisch deel aanbevelingen voor de toekomst.

Innovatie:

West & Farr (1989) omschrijven innovatie als volgt:

“Het bewust in een rol, groep of organisatie invoeren en toepassen van ideeën, processen of procedures die nieuw zijn voor de betreffende unit en die bedoeld zijn om het individu, de groep, de organisatie of de bredere samenleving van nut te zijn. Het goed om op te merken dat er een verschil is tussen verbeteren, innoveren en uitvinden! Verbeteren doe je aan bestaande dingen, uitvinden is vaak individu gericht en kent geen tijdsdruk en strategie vooraf, is veel meer toeval gericht. Innoveren doe je met een team in een omlijnd kader volgens het best haalbare innovatieproces.”

Wanneer ik bovenstaande definitie toepas, blijkt dat mijn innovatieproject terecht innoverend te noemen is. Mijn innovatieproject is een groepswerk, waarbij ik verpleegkundigen, paramedici maar ook zorgvragers heb betrokken in een door mij vastgelegd kader volgens het best haalbare innovatieproces. Er waren beperkingen om de zorgvrager te betrekken in mijn innovatieproject door het beroepsgeheim en wet op de privacy. Van de zorgverleners kon ik medewerking verwachten, op voorwaarde dat dit geen extra arbeidstijd zou kosten. Dit leg ik verder uitgebreid uit.

Interdisciplinariteit:

De tweede vraag die ik mij heb gesteld, is of mijn innovatieproject kadert binnen interdisciplinariteit. Ook hier moet ik positief op antwoorden. Het is zelfs zo dat paramedici, zeker degenen die een rechtstreeks verwantschap hebben met het maaltijdgebeuren en de maaltijdzorg, grote steunpilaren en voortrekkers waren. Alle verpleegkundigen en zorgkundigen worden hierin betrokken door middel van vragenlijsten, reflectiemomenten en een proefsessie. De actiepunten die worden opgesteld kaderen ook binnen een interdisciplinaire context.

Is het mij gelukt om iedereen te bereiken, dan is het antwoord negatief. Ik was ervan overtuigd dat een ervarings sessie ging zorgen voor een ommekeer in bewustwording en bewustmaking van het belang van maaltijdzorg bij alle zorgverleners. Naarmate dit innovatieproject vorderde ging dit mij meer en meer frustreren. Het gaf mij het gevoel dat ik het onmogelijke vroeg van collega's, terwijl dit in mijn ogen een uiterst haalbare opdracht was. Dankzij een gesprek met de zorgmanager van de zorgcluster geriatrie ben ik kunnen komen tot een evenwicht. De personen die grote medewerking vertonen, kan ik gaan verzamelen in een soort van focusgroep. Dankzij hen kan goede maaltijdzorg 'zich gaan verspreiden als een inktvlek'. Een tweede punt wat de zorgmanager heeft aangehaald is het feit dat alle zorgverleners goede zorg willen bieden. Goede zorg betekent voor elke zorgverlener iets anders. Er zijn er die de focus leggen op orde en netheid, op wondzorg, op communicatie,...Voor mij ligt de focus, mede dankzij dit innovatieproject, op de maaltijdzorg, en op dit onderdeel van goede zorg leg ik de lat heel erg hoog. Het is belangrijk voor mezelf om te beseffen dat niet iedereen de lat voor goede maaltijdzorg op dezelfde hoogte legt. Soms is het belangrijk om de lat wat lager te leggen, ook voor mezelf, om tot een compromis te komen. Uiteindelijk kan ik dan de meeste personen bereiken, zonder op weerstand te rekenen. Het allerbelangrijkste wat nodig is tot slagen van innovatie of een innovatieproject, is het doel (goede maaltijdzorg) niet uit het oog te verliezen, maar om dit te bereiken moet ik collega's uit mijn team

intrinsiek gaan bewegen naar mijn doel. Anders gezegd, ik moet collega's zo gaan overtuigen dat ze verandering willen vanuit zichzelf, niet omdat ik dit opleg of voorstel.

De gegevens die ik verwerkt heb via de vragenlijsten van de zorgverleners zijn gebaseerd op een subjectieve basis. Hier kan men uiteraard niet spreken van een wetenschappelijke verwerking. Ze zijn voor mij persoonlijk wel een goed startpunt geweest. Wanneer ik innovatie vraag van een team, van een afdelingsgegeven, moet ik weten dat de meerderheid meegaat in de stelling dat maaltijdzorg een belangrijke zorgtaak is.

Ook de patient stories geven mij slechts een subjectieve indruk en zijn totaal niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Een interview is een vraaggesprek of onderzoeksgesprek waarbij sprake is van een sociaal proces van interactie tussen interviewer en respondent. Deze methode leent zich vooral voor kwalitatief onderzoek. Een beperking van deze methode is dat zowel de onderzoeker, de onderzochte, het instrument en de omstandigheden een bron kunnen zijn van fouten. Het is mogelijk dat de onderzochte de feiten verdraait of dat de onderzoeker wantrouwen scheidt. Het komt ook voor dat de vraagstelling de eigen mening van de interviewer weergeeft (suggestieve vragen) of dat de omstandigheden belemmerend werken. Maar zelfs door deze beperkingen waren de interviews voor mij een duidelijke bron van informatie. Maaltijdzorg heeft wel degelijk een belangrijke impact op kwaliteit van leven voor de zorgvragers maar ook op het welbevinden van naasten.

Het is duidelijk dat mijn innovatieproject niet stopt na de voorstelling in juni. Ik blijf verder aan de slag als referentiepersoon voeding en ga zeker trachten de meerderheid van zorgverleners op het correcte pad te houden. Degenen die ik (tot nu toe) nog niet heb kunnen bereiken, ga ik blijven overtuigen van het belang van een goede maaltijdzorg.

Er zijn een aantal aanbevelingen in de toekomst die ik wens op te noemen, waaraan we als team zeker verder kunnen werken.

Aanbevelingen op korte termijn:

Vanaf 1 juli 2015 gaan we starten met een focusgroep 'maaltijdzorg'. Er gaan personen bij betrokken worden die reeds sterk voeling hebben met goede maaltijdzorg. Er zijn een aantal verpleegkundigen en zorgkundigen die goede maaltijdzorg ter harte nemen en via hen ga ik proberen andere collega's trachten te begeleiden naar hetzelfde doel. Deze focusgroep wil ik laten bijstaan door paramedici zoals de logopediste en diëtiste. De bedoeling is om een aantal maal per jaar samen te komen om de maaltijdzorg kritisch onder de loep te nemen en samen actiepunten te gaan opsommen en ten uitvoer te brengen. Concrete actiepunten of aanbevelingen die we actueel zijn gaan ondernemen met de focusgroep zijn:

- Uit het derde, vierde en vijfde patiënteninterview bleek het gebrek aan duidelijke communicatie naar aanpassing van voeding en/of een aangepast dieet. Er is nood aan betere uitleg en begeleiding van zowel verpleegkundigen als paramedici.
- Het is vaak het geval dat zorgvragers door een cognitieve dysfunctie of door een bepaalde pathologie geen keuzes kunnen maken wat ze wensen te eten. Zorgverleners moeten ervoor zorgen dat zulke personen een stem krijgen. Dit kan door gerichte observaties, het stellen van de juiste vragen en dit door te geven aan de voedingsassistenten. Anderzijds kunnen naasten hierin een belangrijke rol spelen. Zij kunnen bij opname of zo kort mogelijk na opname bevraagd worden over positieve of negatieve keuzes, over bepaalde wensen en voorkeuren, over vaste gewoontes,... Een mogelijk idee zou zijn om dit kort te bevragen bij een anamnese en dit te noteren in het verpleegdossier. De diëtiste kan dit dan ten alle tijden aanpassen in de computer.

Aanbevelingen op middellange termijn:

Vanaf september 2015 zou ik willen starten met deze aanbevelingen, tevens weer ondersteund door collega-verpleegkundigen en paramedici. Het opname- en ontslagbeleid wordt in zijn geheel tijdens de zomermaanden onder de loep genomen om te kijken hoe men betere zorg en service kan leveren naar de zorgvragers en naasten toe. Ook de maaltijdzorg zal hierin een specifiek onderdeel van zijn.

- Wanneer er voor de opname sprake was van een bepaald dysfagie-dieet of aangepaste voeding ten gevolge van bijvoorbeeld een slikproblematiek, zou dit bij anamnese doorgegeven moeten worden. WZC geven meestal een bundel met informatie mee, maar zelden staat hierover iets in aangaande de voeding. Ook de thuiszorg zou hierop kunnen inspelen door dit in het persoonlijk dossier, wat ook zeer vaak wordt meegegeven bij opname, te kunnen opnemen.
- Wanneer een persoon met ontslag gaat, krijgt hij in het ontslagformulier een brochure en individueel aangepast dieetadvies mee. Wanneer mensen de ontslagbundel meekrijgen gaat de communicatie meestal over de medicatie, wondzorg, verdere afspraken,... Het zou nuttig zijn om even samen het individueel aangepast dieetadvies door te nemen. Naar WZC toe zou dit kunnen gebriefd worden wanneer men het WZC opbelt om de ontslagdatum door te geven. Op die manier hebben zij de kans om dit minimum 24 uur op voorhand door te geven aan de keuken.
- Op dit moment is er ook een innovatieproject lopende door een aantal studenten van de Banaba zorgmanagement die een (elektronisch) transferdocument woon- en zorgcentra - ziekenhuis aan het implementeren zijn. Het transferdocument is reeds voorhanden maar wordt weinig tot niet gebruikt. De bedoeling is om terug te gaan werken met dit transferdocument, eventueel in elektronische versie, zodanig dat elke zorgverlener de juiste zorg kan bieden en alle nodige gegevens heeft. Op dit transferdocument kan aangegeven worden welke hulp er nodig is bij de maaltijd, maar ook welk dysfagie-dieet of specifiek dieet (diabetes, maagdarmsparend, zoutarm) men heeft in het woon- en zorgcentrum. Op deze manier kan men als zorgverlener vanaf dag 1 individuele en aangepaste hulp bieden tijdens de maaltijd, aangezien men dan over de nodige gegevens beschikt.

Aanbevelingen op lange termijn:

Voor deze aanbevelingen is het moeilijk om een concrete termijn te kunnen zeggen, maar zijn een pluspunt om de maaltijdzorg in de toekomst te kunnen verbeteren.

- Ten slotte is er ook uniformiteit nodig wanneer men beslist om over te gaan tot comfortzorg, wanneer men beslist om te stoppen met voeding en vochttoediening. Allereerst moet de arts-geriater dit duidelijk communiceren dat het gaat om een palliatieve situatie. Daarna moet in interdisciplinair team samen beslist worden op welke manier dit aangepakt moet worden. Dit mag, in tegenstelling tot de dag van vandaag, niet meer afhangen van het aanvoelen of de mening van een bepaalde verpleegkundige.
- Gelijklopend met mijn innovatieproject waren de ergotherapeuten ook bezig met een geriatrie-overschrijdend project om de maaltijdzorg te gaan verbeteren door het aanbieden van allerlei hulpmiddelen. Ik denk dan aan gekleurde placemats, aangepast bestek of een verhoogde bordrand. De bedoeling was door ADL-training, door observaties van verpleegkundigen en paramedici, de maaltijd voor zorgvragers makkelijker te laten verlopen. Hun visie hierbij was de autonomie zo lang mogelijk zo hoog mogelijk te laten verlopen. Helaas is dit project op dit ogenblik nog niet mogelijk. Sinds de keuken gecentraliseerd is op Campus Virga Jesse, is er geen mogelijkheid meer om materiaal te laten afwassen in de keuken van het Salvator ziekenhuis. De voorwaarde om te werken met dergelijk materiaal is dat het via een speciale procedure wordt gereinigd in een professionele keuken. Het mag dus niet gewoon

afgewassen worden in de keuken van een afdeling. Het probleem bevindt zich net in de keuken. Zij vinden het een zeer omslachtige procedure om extra materiaal te gaan verdelen en terug te bezorgen aan de desbetreffende afdeling. Onderhandelingen tussen keukens en ergotherapeuten zijn op dit moment nog steeds volop aan de gang.

Reflectie

Mijn eerste idee was een praktijkgerichte procedure opstellen om het maaltijdgebeuren optimaal te stellen. Na het doornemen van wetenschappelijke literatuur bleek dat enkel het maaltijdgebeuren optimaal stellen een te eng kader was om mee te werken. Ik ben dan vervolgens vertrokken met het idee om zowel de praktische als ethische aspecten te gaan belichten. Na overleg en advies van lectoren heb ik ervoor gekozen om mij toe te spitsen op de ethische aspecten binnen de maaltijdzorg. Ik stuitte op twee hindernissen. Er is zeer veel literatuur terug te vinden omtrent ethiek in de verpleegkunde maar dat is zeer zware theorie en vaak onbegrijpelijk voor mij. Wanneer ik mijn zoektocht ging toespitsen op ethiek en maaltijdzorg, vond ik niet altijd de literatuur die ik hoopte te vinden. Uiteindelijk heb ik, naar mijn gevoel, een duidelijk en concreet theoretisch deel geschreven waaruit ook duidelijk mijn doelstelling blijkt. De tweede hindernis was het feit hoe ik collega's kon warm maken voor mijn innovatieproject. Het woord 'ethiek' klinkt zeer zwaar en oninteressant en dat kreeg ik regelmatig als opmerking. Ik ben op zoek gegaan naar een verbintenis tussen ethiek in theorie en praktijk. Persoonlijk vond ik het zeer belangrijk dat ieder teamlid werd betrokken bij mijn innovatieproject omdat dit de kans op slagen alleen maar kon verbeteren.

Tijdens de concrete praktijkuitwerking vond ik het zeer moeilijk om de zorgvrager in dit innovatieproject te plaatsen. Er waren immers beperkingen waar ik rekening mee moest houden zoals het beroepsgeheim en de wet op privacy. Wanneer ik bijvoorbeeld ging werken met enquêtes, moest dit eerst voor de ethische commissie verschijnen en dat leek mij een quasi onhaalbare opdracht door de tijdslimiet. Uiteindelijk heb ik dan toch toestemming gekregen om te werken rond patiënteninterviews. Op deze manier kreeg ik een zicht op hoe de 'sleutelfiguur' in dit innovatieproject de maaltijdzorg ervaart.

Ikzelf ben gebotst met hardnekkigheid, het vasthouden aan routine. Er zijn bepaalde collega's die mij het gevoel gaven dat hetgeen ik vroeg met mijn innovatieproject, een onmogelijke opdracht was. Ik vond het zeer moeilijk om hen op het juiste spoor te krijgen. Ik heb heel lang geworsteld met de vraag op welke manier ik dergelijke individuen kon overtuigen. Ik ben vertrokken vanuit het woord 'verbondenheid', het samenwerken, overleggen en bevragen bij elkaar. Vanuit 'verbondenheid' gaat men 'beïnvloeding' creëren waardoor men allen kan gaan in de richting van het afdelingsdoel. Ik kan spreken van een goed besluit of geslaagd innovatieproject wanneer groepsleden zich zo autonoom mogelijk naar hetzelfde afdelingsdoel bewegen.

Kernwoorden die ik hierbij heb gebruikt zijn:

- Samenwerken.
- Luisterbereidheid: luisteren naar de voorstellen van de ander en rekening houden met de mening van de ander.
- Steeds spreken in de wij-vorm.
- Voldoende kennis hebben van het doel: bewustmaking en bewustwording van een goede maaltijdzorg.
- Rekening houden met de eigenheid van elke collega.

Mijn ultieme doel is dat alle collega's maaltijdzorg als belangrijke verpleegkundige zorg gaan beschouwen en hier ook naar gaan handelen.

Besluit

Maaltijdzorg is een zeer belangrijke verpleegkundige taak die soms, ten onrechte, niet als dusdanig wordt beschouwd. Voor zorgvragers, maar ook voor naasten, is de maaltijd enorm belangrijk. In het theoretisch deel heb ik meermaals aangehaald dat een maaltijd niet alleen bestaat uit gezonde voeding of ondervoeding voorkomen, maar dat er betekenissen verbonden zijn aan een maaltijd. Maaltijdzorg handelt niet enkel op de brede basis zorgvrager-zorgverlener, maar kan ook toegepast worden op meso- en macroniveau.

Er is sprake van bewustmaking en bewustwording op gebied van de maaltijdzorg bij verpleegkundigen en paramedici. Er zijn in het bijzonder twee zorgkundigen die een heel grote pluim verdienen wat betreft de coördinatie van de maaltijdzorg. Ook zijn er een heel aantal verpleegkundigen die dankzij de ervarings sessie een stuk bewuster omgaan met het maaltijdgebeuren in de ruime zin. Vooral de proefsessie en de nabespreking hebben een grote invloed gehad op de zorgverleners. Het aan den lijve ondervinden doet ervaren wat een kwetsbare oudere dagelijks ervaart.

Om optimale zorg te bieden zijn er drie pijlers van ontzaglijk belang.

Allereerst is er de pijler goede zorg. Bieden wij de juiste zorg of dienstverlening aan, gebaseerd op wetenschappelijke evidenties? Wat vinden de zorgvragers van de zorg of dienstverlening die de zorgverleners aanbieden? Vinden zij dit ook de juiste zorg? Ik heb gekozen voor het thema maaltijdzorg omdat ik, door mijn kritische blik en door feedback van zorgvragers en naasten, de indruk kreeg dat de zorg tijdens de maaltijd niet de juiste zorg was.

De tweede pijler was het team. Ik heb ervoor gekozen om dit innovatieproject interdisciplinair te laten verlopen. Concreet wil dit zeggen dat ik alle disciplines geïntegreerd heb laten samenwerken om tot goede zorg te komen. De uiteindelijke bedoeling was om het team zichzelf te laten bewegen naar het doel, namelijk goede maaltijdzorg. Het slagen van een innovatieproject heeft veel te maken met een goed, betrokken team.

De derde en laatste pijler is performantie. Performantie wil kortweg zeggen dat men dit doet met de juiste inzet van de middelen. Ik heb meermaals aangehaald, zowel in het praktisch als theoretisch deel, dat er geen mogelijkheid is om extra mensen in te zetten om tot een goede maaltijdzorg te komen. Wanneer ik verandering of innovatie wilde bekomen, moest ik het doen met de mensen die ik op dit moment ter beschikking had zonder extra tijd te vragen.

Bovenstaande pijlers hebben elk een eigen aandeel en zijn met elkaar verbonden. Het beschikbare team moet kunnen samenwerken om goede zorg te bieden en de tevredenheid bij zorgvragers te vergroten.

Als team willen we de best mogelijke zorg, inclusief zorg voor de maaltijd brengen. De zorgvrager en naasten moeten warme en persoonlijke zorg ervaren. Warmte en betrokkenheid wordt niet gezien als een uitdaging, maar als een vanzelfsprekendheid bij de job. Samen met leden van het interdisciplinaire team worden er samenwerkingsverbanden gerealiseerd rondom de zorg voor een zorgvrager. Er moet sprake zijn van mensgerichte zorg en dat is een kwestie van dialoog. Zorgvragers verdienen aandacht en glasheldere informatie.

Ik wil besluiten dat dat dit innovatieproject geslaagd is. Ik heb collega's van diverse disciplines betrokken in dit project en we zijn samen, onder leiding van mezelf, op weg gegaan om goede maaltijdzorg te bieden aan zorgvragers. Dit heeft als resultaat gehad dat zorgvragers, maar ook naasten een groter tevredenheidsgevoel hebben omtrent de maaltijd en de sfeer rondom de maaltijd. Uiteraard was het ook mijn bedoeling om collega's ethisch bewust te maken omtrent de zorg van de maaltijd. Ook hierin ben ik geslaagd. Vooral de ervarings sessie en het eerste reflectiemoment waren een keerpunt. Het aan de lijve ondervinden heeft een grote impact op het

gedrag van mensen. Het is niet altijd een gemakkelijk parcours geweest, aangezien er collega's waren die bleven werken op oude routine en moeilijker konden omgaan met verandering, maar stilaan is er een keerpunt merkbaar. Zoals ik reeds eerder heb aangehaald in het praktisch deel, moet iedereen vanuit zichzelf gaan beslissen dat maaltijdzorg een belangrijke (verpleegkundige) taak is. De meerderheid kreeg ik gedurende de maanden van de uitwerking mee op pad en degenen die in eerste instantie weigerachtig stonden tegenover innovatie of verandering, komen stilaan met de neus in de goede richting te staan. Ik heb bewust gekozen om iedereen op de afdeling te betrekken bij de uitwerking van dit innovatieproject, met als uiteindelijke doel dat iedereen mee was in mijn verhaal. Ik merk ook dat collega's vertrouwen hebben in mij als 'deskundige' op gebied van de maaltijdzorg. Ze komen vaak vragen om feedback en dat sterkt nogmaals mijn gevoel dat het innovatieproject geslaagd is. Uiteraard zijn er nog een heel aantal acties die ondernomen kunnen worden in de nabije of verdere toekomst. Ook hier ga ik mijn schouders onder zetten. Vanaf juli gaat de focusgroep 'maaltijdzorg' opgericht worden en gaan we verder om verdere aanbevelingen om te zetten in de praktijk. Verder zal het opname- en ontslagbeleid ook een luik maaltijd/voeding gaan bevatten, zodanig dat we vanaf dag 1 (opname) tot na het ontslag (terug naar huis of opname in een WZC) goede maaltijdzorg kunnen aanbieden. Kortom, er zijn grote eerste stappen gezet in de goede richting, wat zorgt voor personeelstevredenheid en ook zorgvragers geven positieve feedback. Dat sterkt alleen maar om verder te ontwikkelen als team, onder andere door opgesomde aanbevelingen, om blijven te werken aan goede maaltijdzorg.

Literatuurlijst

- Amarantos, E., Martinez, A., Dwyer, J. (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *Journal of Gerontology, Series A*, Vol. 56A, 54-64.
- Barnes, K.E. (1990). An examination of nurses' feelings about patients with specific feeding needs. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 703-711.
- Cummins, R.A. (2002). *Proxy responding for subjective well-being: A review*. International review of research in mental retardation, 25, 183-207.
- De Dijn, H. (1993). De grenzen van de autonomie als waarde. *Ethische Perspectieven*, 3, 3-7.
- De Dijn, H., (1997). Kwaliteit en respect in de zorg. *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek* 7;2: 40-44.
- Defloor, T. (1995). De voeding van demente bejaarden, opgenomen in tehuizen. Een literatuuroverzicht. *verpleegkunde*, 10, 86-97.
- De Rycke, R. (2002). *Strategisch management voor de gezondheids- en welzijnssector*. Tielt: Lannoo.
- De Visscher, J.(1998). Samen aan tafel bij de oude port. Gedachten over maaltijd vieren. *Kultuurleven*, 65, 90-97.
- Gastmans, C., Dierickx K. (2002), *Ethiek in witte jas. Zorgzaam omgaan met het leven*. Leuven: Davidsfonds.
- Gastmans C. en Van Laere L. (2006). *Cirkels van zorg, ethisch omgaan met ouderen*. Leuven: Davidsfonds, P. 81-102.
- Gastmans, C. (2006).The Care Perspective in Health Care Ethics. In: Davis, A., Tschudin, V., De Raeve, T. (Eds.) *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics. Perspectives and Methods* . Oxford: Elsevier.
- Grypdonck, M.(2000). Kwaliteit van leven in verpleeghuizen. *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 110, 175-180
- Grypdonck, M. (2010).Verpleegkundige spreekuren in de zorg voor mensen met een chronische ziekte. *Academia Press*.
- Kunneman, H., (2006). *Van theemutscultuur naar walkman-ego. Contouren van postmoderne professionaliteit*. Meppel: Boom.
- Lambert, G., (2013). Kunstmatige voeding bij ouderen: medische en ethische aspecten. Presentatie AZ Sint Jan, Oostende, 22 maart 2013.
- Liégeois, A. (2009). *Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg*. Leuven: Lannoo Campus.
- Matthijs F., (2012) Docent sociologie en ethiek, *Kunstmatig voeden en versterven*, Opleiding Voeding en Diëtetiek, Haagse Hogeschool.
- Montaine, F. (2000). Verpleegkunde. Een persoonlijke bewogenheid, in Gastmans C., Dierckx B. *verpleegkundige excellentie. Verpleegkunde tussen praktijk en ethiek*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 121-139.
- Montaine, F. (2000). Verpleegkunde. Een persoonlijke bewogenheid, in Gastmans C., Dierckx B., *verpleegkundige excellentie. Verpleegkunde tussen praktijk en ethiek*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 130.
- Nispen, R.M.A, Van Beek, A.P.A., Wagner, C. (2005). *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingstehuizen: een kwalitatief onderzoek*. NIVEL.
- NutriAction I, (2008). *Resultaten van een studie over ondervoeding bij ouderen in België*, Brussel.
- NutriAction II, (2013). *Resultaten van een studie over ondervoeding bij ouderen in België*. Persbericht, Brussel.

- Rozin, P., Fischler, C., Imada, S., Sarubin, A., Wrzesniewski, A. (1999). Attitudes to food and the role of food in life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France: Possible implications for the diet-health debate, *Appetite*, 33, 163-180.
- Spalding, J.A. (1985). Quality of care from the residents' point of view. *American Health Care Association journal*.
- Schotsmans, P.(1988). Responsible Involvement and Conscientious Freedom: A Relational Approach to Medical Ethics' in Selling J. (Ed.), *Personalist Morals. Essays in Honor of Professor Louis Janssen*, University Press, 167-184.
- Tonk, F. (2008). *Het belang van vertrouwen. Empowerment en participatie van migranten in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Mikado.
- Tronto, J. (1993). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Tuts, C.(2010), *Eet, drink en wees gelukkig. Opmvattingen over kunstmatige voedsel- en vochttoediening bij ouderen met dementie*. Niet gepubliceerd eindwerk, Diepenbeek: Katholieke Hogeschool Limburg, Departement Gezondheidszorg.
- Van der Arend, A., Gastmans, C. (2002). *Ethisch zorg verlenen*. Handboek voor de verpleegkundige beroepen. Baarn: HBUitgevers.
- Vandewoude, R. S. (2009). Gezond eten op gevorderde leeftijd. Aandachtspunten voor actieve senioren en minder actieve bejaarden. *Nutrinews*, 4.
- Vanlaere L, Gastmans C. Ethics in Nursing Education: Learning to Reflect on Care Practices. *Nurs Ethics* 2007; 14 (6): 758-66
- Vanlaere, L. (2013), *Presentatie 'ethiek bij maaltijdzorg voor ouderen'*. Kick-off geriatrische voedingszorg en beleid, 2 mei 2013.
- Vleugels, A., Bauwens, P. (2002). Kwaliteit van zorg in Vlaamse ziekenhuizen, wet- en regelgeving. *Actua Hospitalia*, 42, 5-32.
- West, M.A., & Farr, J.L. (1989). Innovation at work: psychological perspectives. *Social Behavior*, 4, 15-30.
- Wetenschappelijke expertengroep Ondervoeding van het Nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België, (2013). *Advies van de Wetenschappelijke expertengroep Ondervoeding van het Nationaal voedings- en gezondheidsplan voor België. Screening op ondervoeding en evaluatie van de voedingstoestand*, Brussel.
- Woolhead G., Tadd W., Boix-Ferrer J.A., Krajcik S., Schmid-Pfahler B., Spjuth B., Stratton D. (2006) A European Qualitative Study of Dignity and Communication with Older People in Health and Social Care Settings. *Patient Education Counseling*, 61.

Elektronische bronnen

- Deontologische code voor verpleegkundigen in België. Goedgekeurd door de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België in november 2004, geraadpleegd op 06/04/2015 via <http://www.nvkvv.be/file?file=72663>
- Beroepscode voor de ergotherapeut, 2001, geraadpleegd op 06/04/2015 via <http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl/PDF/Beroepscode%20Ergotherapeut%202001.pdf>
- Ethische en deontologische code van de logopedisten, erkenningsraad, 2002 geraadpleegd op 03/03/2015 via <http://www.vvl.be/organisatie/ethische-en-deontologische-commissie>
- Nationale raad voor de kinesitherapie, gedragsregels voor de kinesitherapeut, 2005, geraadpleegd op 06/04/2015 via <http://www.eurokine.be/eurokine/pages/kinenl.htm>
- Ethiek en Beroepshouding in de Zorg, 2007, geraadpleegd op 06/04/2015 via <http://www.beroepshoudingindezorg.nl/page1/beroepscode.html>

- Versterven is een natuurlijke dood, 2007, geraadpleegd op 07/04/2015 via <http://www.leif.be/nieuws/versterven.html>
- Zorgethisch advies in verband met het stoppen of staken van kunstmatige vocht- en voedseltoediening bij terminale en niet-terminale patiënten, gemeenschappelijke ethische reflectiecommissie GZA, 2008, geraadpleegd op 07/04/2015 via http://www.ethischecommissiegza.be/fileadmin/upload_bestanden/Etische_commissie/ethischeadviezen/Palliatieve_Sedatie.pdf
- Visietekst maaltijdzorg WZC Avondvreugde, 2009, geraadpleegd op 15/03/2015 via http://www.wzc-avondvrede.be/uploads/Algemeen_maaltijdzorg.pdf
- Meten is weten, stappenplan om medewerkers te bevragen, 2015, geraadpleegd op 12/04/2015 via <http://www.resocmechelen.be/wp-content/uploads/downloads/2012/12/4-5metenisweten.pdf>
- Stimul, zorgethisch lab, inleefsessie, 2013, geraadpleegd op 13/04/2015 via <http://www.stimul.be/uitbouw/aanbod/inleefsessies/> en <http://www.uzleuven.be/stimul>
- Missie in actie, Jessa ziekenhuis, 2014, geraadpleegd op 13/04/2015 via <http://www.jessazh.be/over-jessa/algemeen/mission-statement>
- Europees Verdrag van de rechten van de mens, council of Europ, geraadpleegd op 06/04/2015 via http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_NLD.pdf
- De wet op de patiënten rechten geraadpleegd op 03/04/2015 via <http://www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/patientenrechten/>
- Aline Le Clef – Wat als een goede maaltijdzorg onvergetelijk wordt..., geraadpleegd op 12/04/2015 via http://zorgondersteuning.be/wp-content/uploads/2014/03/05_Aline-Le-Clef_Sodexo_PRESENTATIE-21-MAART-2014.pdf
- meetprotocol Vlaamse patiënten Peiling, 2015, geraadpleegd op 14/04/2015 via http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Beleid/Kwaliteit_van_zorg/Kwaliteitsindicatoren_Vlaamse_ziekenhuizen/2015.01.13%20Indicatorfiche%20Vlaamse%20Pati%C3%ABnten%20Peiling.pdf

Overige bronnen:

- Pluralistisch geriatrisch handboek, VZW Jessa Ziekenhuis, Zorgcluster geriatric, 2012.
- Themagroep multidisciplinaire samenwerking, 2013. VINO strategische documenten.
- Screening en evaluatie van de voedingstoestand van ROB RVT bewoners, Januari 2011, federale overheid, volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.
- masterthesis 'Beleving van de maaltijd bereid uit lokaal betrokken producten in zorginstelling Joris Zorg' (2012)

Bijlagen

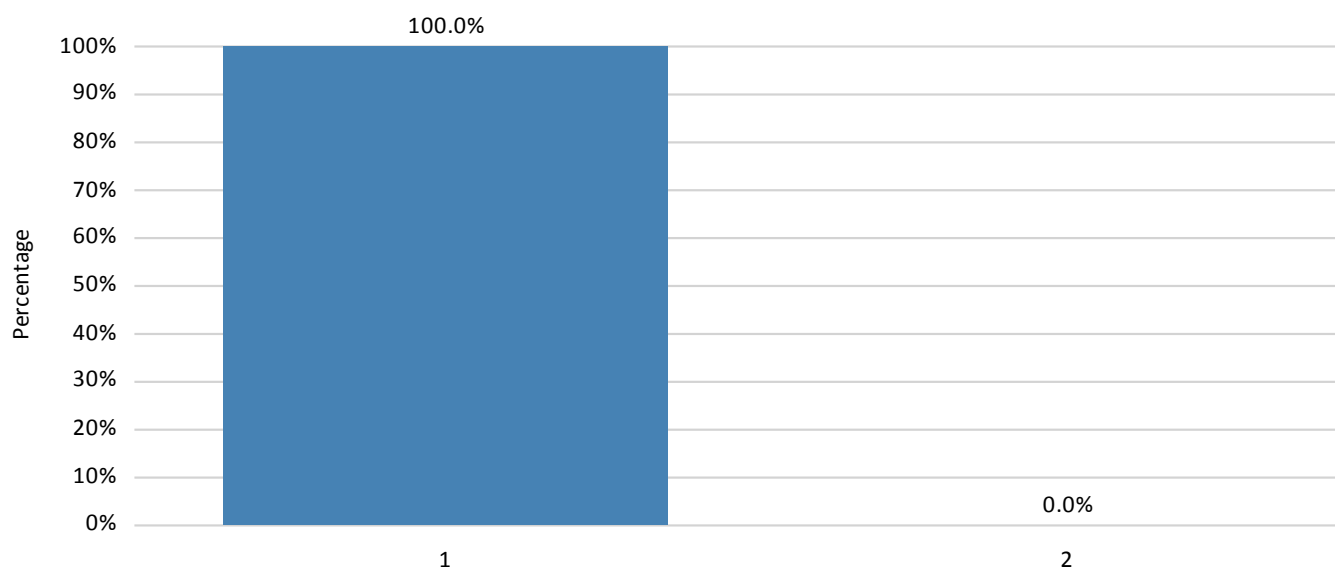
Bijlage 1.1 Vragenlijst Maaltijdzorg

1. Is het maaltijdgebeuren belangrijk voor jou?
JA/NEEN
2. Is er een verschil tussen maaltijdzorg en het maaltijdgebeuren?
JA/NEEN
3. Is het maaltijdgebeuren een belangrijke verpleegkundige taak?
JA/NEEN
4. Is er voldoende tijd om het maaltijdgebeuren optimaal te begeleiden?
JA/NEEN
5. Gebeurt het maaltijdgebeuren op een correcte manier?
JA/NEEN
6. Zijn de zorgvragers/naasten volgens jou tevreden over het maaltijdgebeuren?
JA/NEEN
7. Ga je individueel te werk bij het maaltijdgebeuren? Bied je zorg op maat?
JA/NEEN
8. Spelen je eigen waarden en normen een rol in het maaltijdgebeuren?
JA/NEEN
9. Vind jij waarden zoals zelfbeschikking en autonomie van de zorgvrager belangrijk?
JA/NEEN
10. Wordt er rekening gehouden met een goede voedingstoestand?
JA/NEEN
11. Zijn er meerdere factoren, buiten de voedingstoestand, die meespelen tijdens de maaltijd? (bv. het sociale, spirituele of psychologische aspect)
JA/NEEN
12. Gebeurt de maaltijdzorg op de afdeling op een correcte manier?
JA/NEEN

Bijlage 1.2 Verwerking gegevens vragenlijst maaltijdzorg

INNOVATIEPROJECT

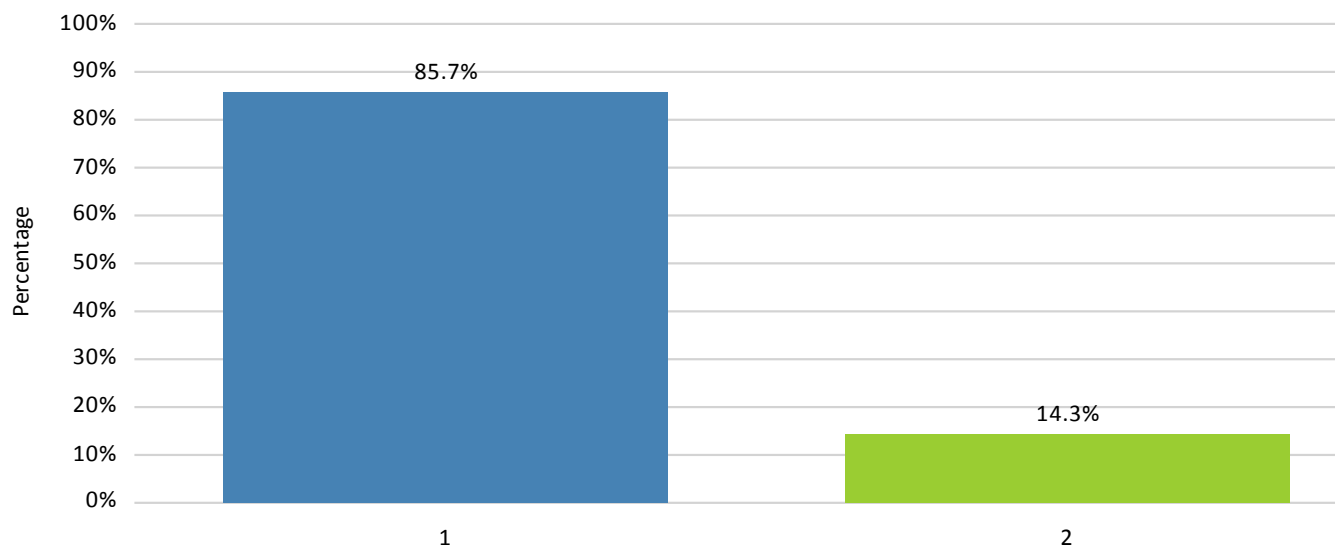
1. Is het maaltijdgebeuren belangrijk voor jou?



	Naam
1	Ja
2	Neen

Naam	Percentage
Ja	100,0%
Neen	0,0%
N	21

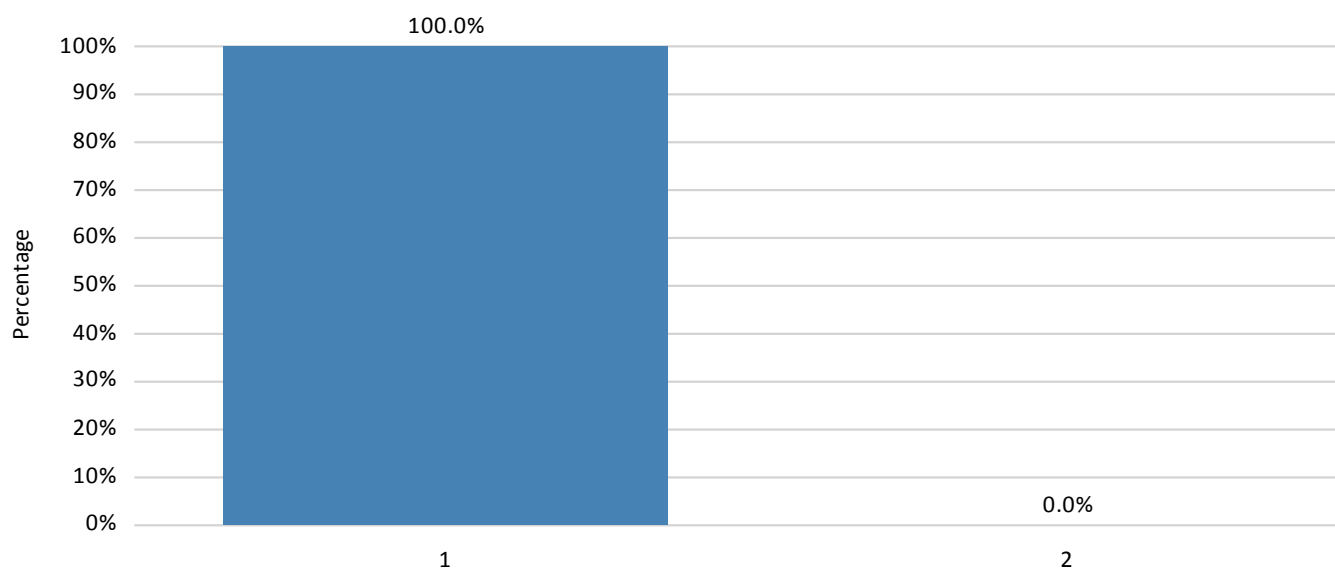
2. Is er een verschil tussen maaltijdzorg en het maaltijdgebeuren?



Naam	
1	Ja
2	Neen

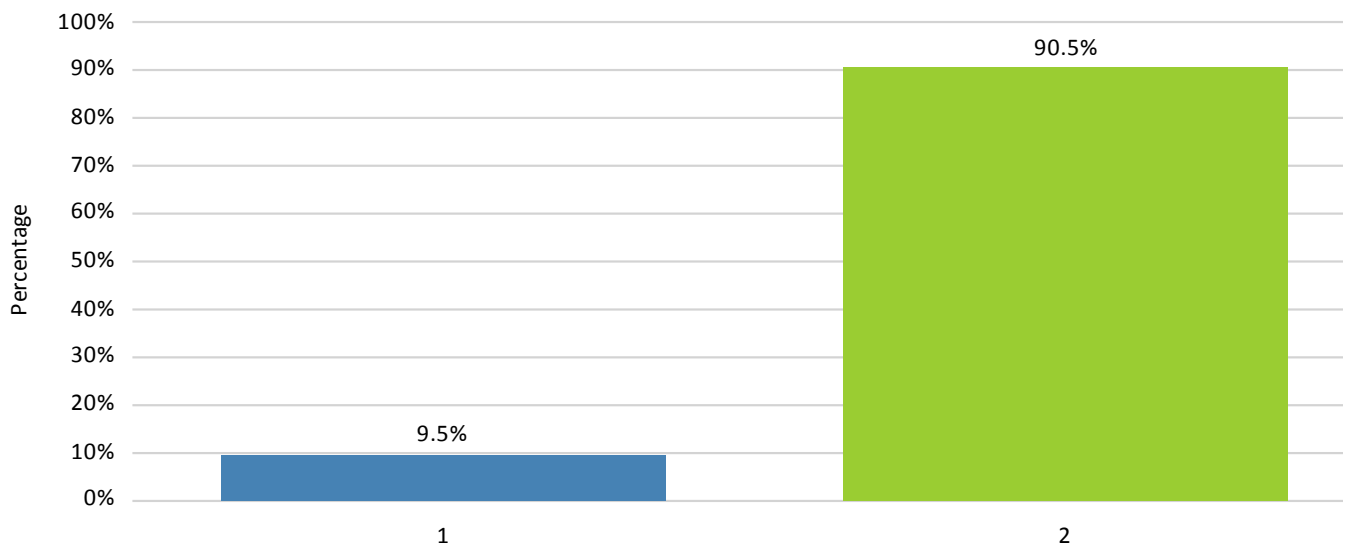
Naam	Percentage
Ja	85,7%
Neen	14,3%
N	21

3. Is het maaltijdgebeuren een belangrijke verpleegkundige taak?



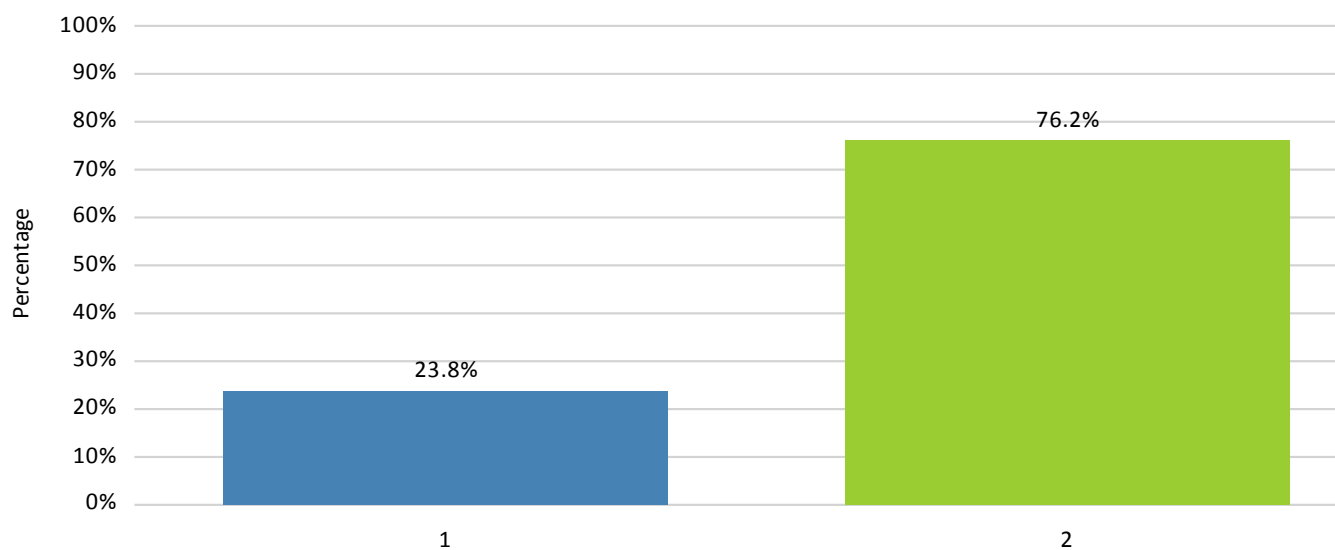
Naam	
1	Ja
2	Neen
Naam	Percentage
Ja	100,0%
Neen	0,0%
N	21

4. Is er voldoende tijd om het maaltijdgebeuren optimaal te begeleiden?



Naam	
1	Ja
2	Neen
Naam	Percentage
Ja	9,5%
Neen	90,5%
N	21

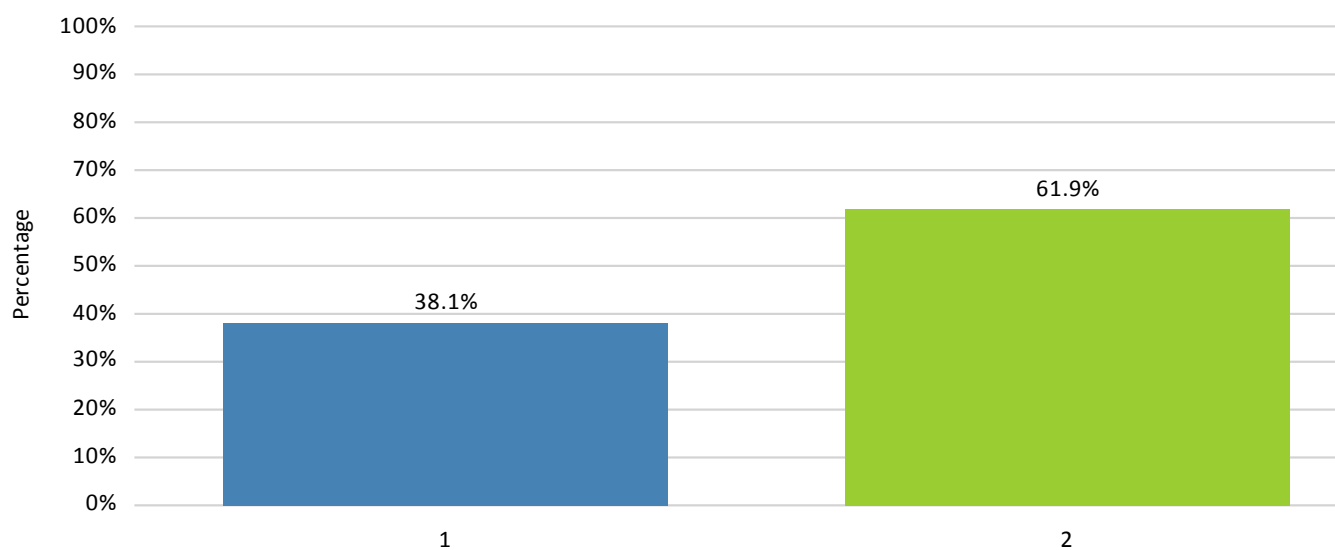
5. Gebeurt het maaltijdgebeuren op een correcte manier?



Naam	
1	Ja
2	Neen

Naam	Percentage
Ja	23,8%
Neen	76,2%
N	21

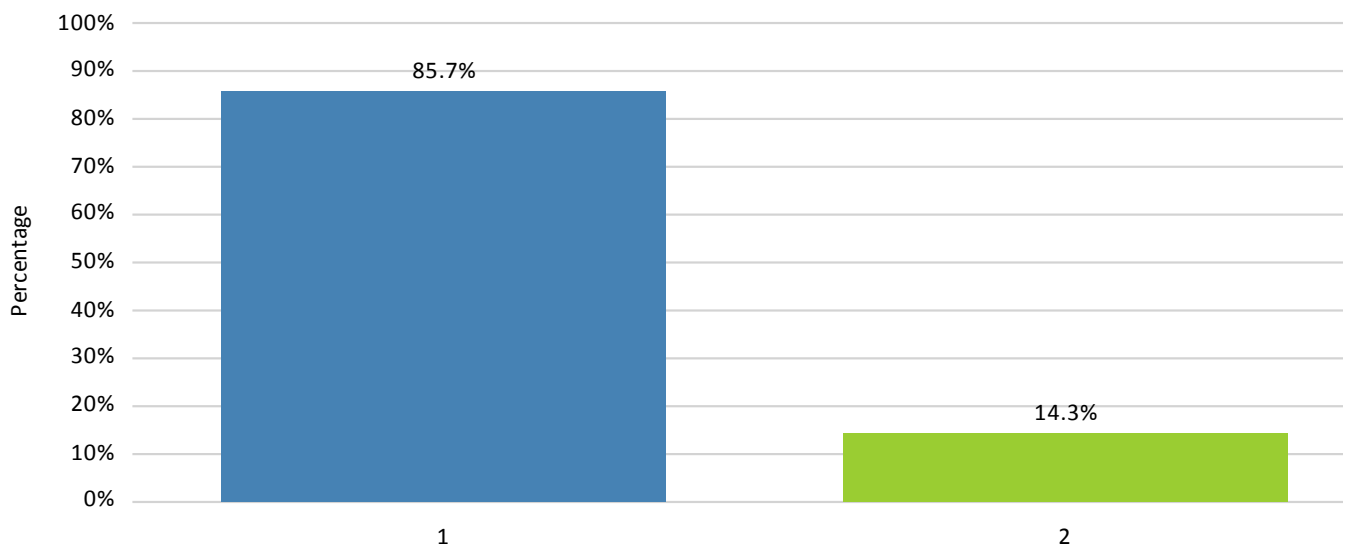
6. Zijn de zorgvragers/naasten volgens jou tevreden over het maaltijdgebeuren?



	Naam
1	Ja
2	Neen

Naam	Percentage
Ja	38,1%
Neen	61,9%
N	21

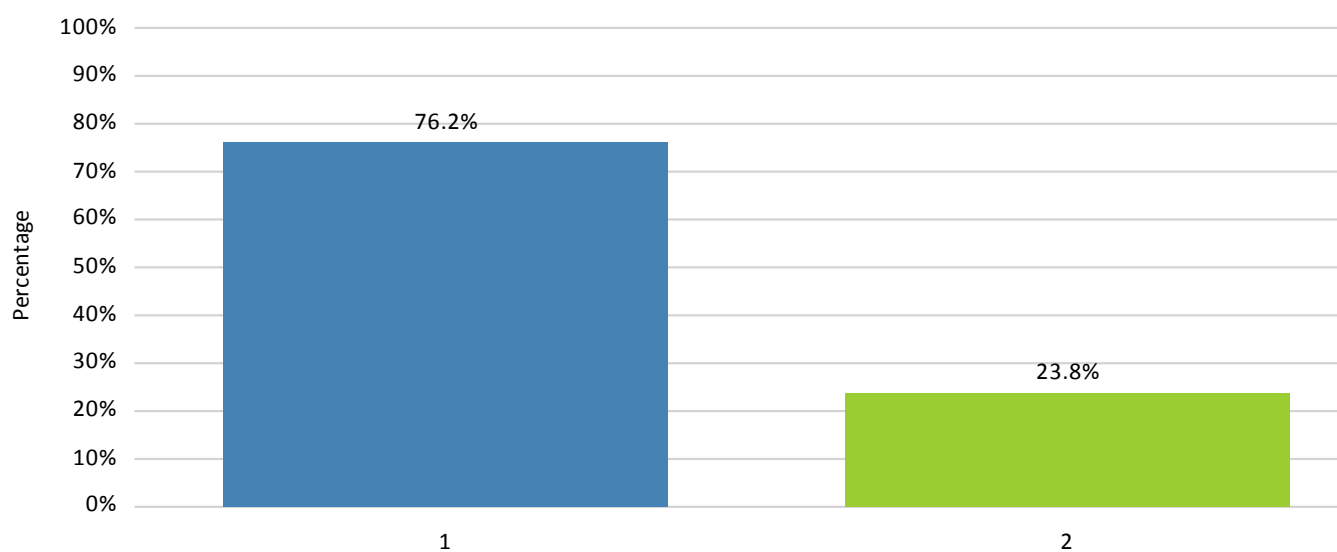
7. Ga je individueel te werk bij het maaltijdgebeuren? Bied je zorg op maat?



	Naam
1	Ja
2	Neen

Naam	Percentage
Ja	85,7%
Neen	14,3%
N	21

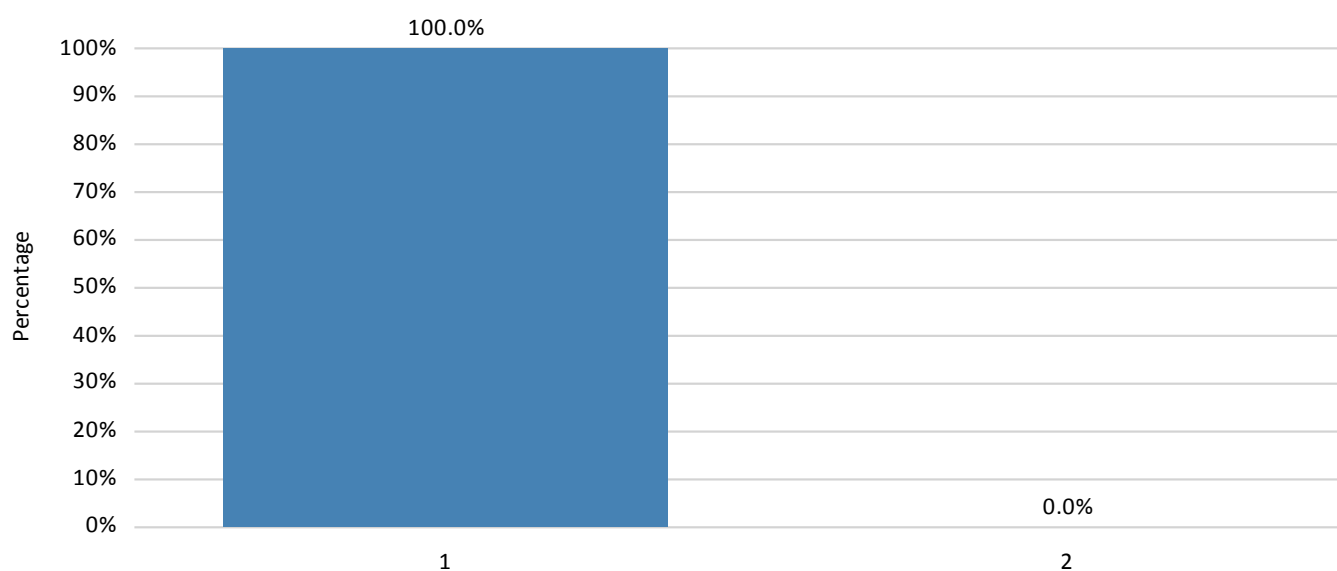
8. Spelen je eigen waarden en normen een rol in het maaltijdgebeuren?



Naam	Percentage
1	76,2%
2	23,8%
N	21

Naam	Percentage
1	76,2%
2	23,8%
N	21

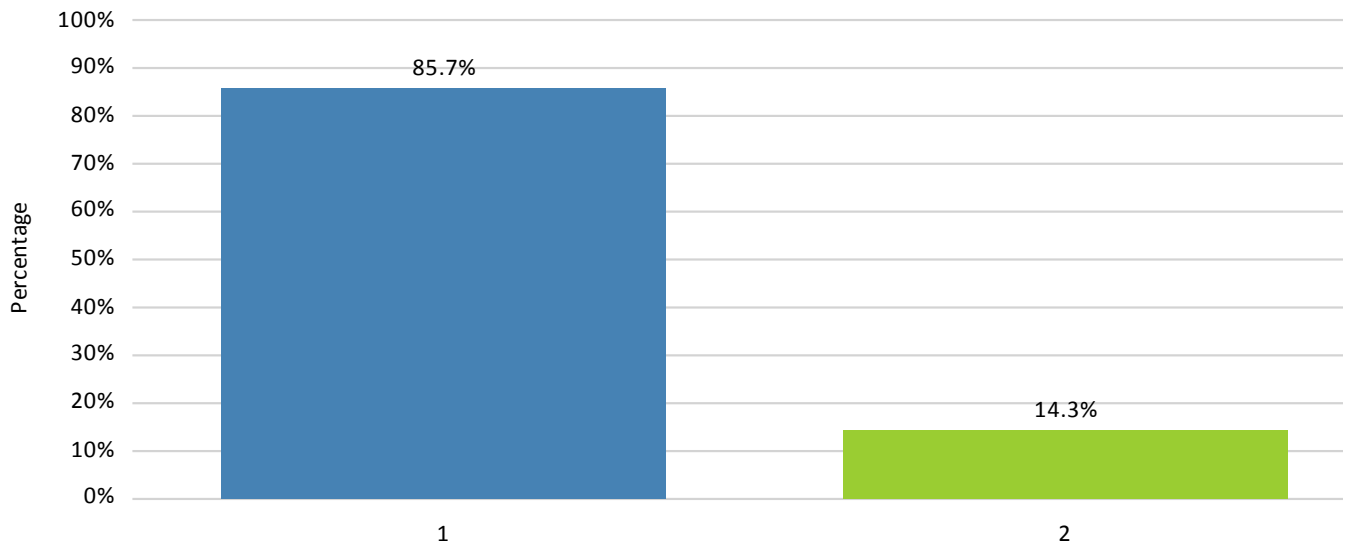
9. Vind jij waarden zoals zelfbeschikking en autonomie van de zorgvrager belangrijk?



	Naam
1	Ja
2	Neen

Naam	Percentage
Ja	100,0%
Neen	0,0%
N	21

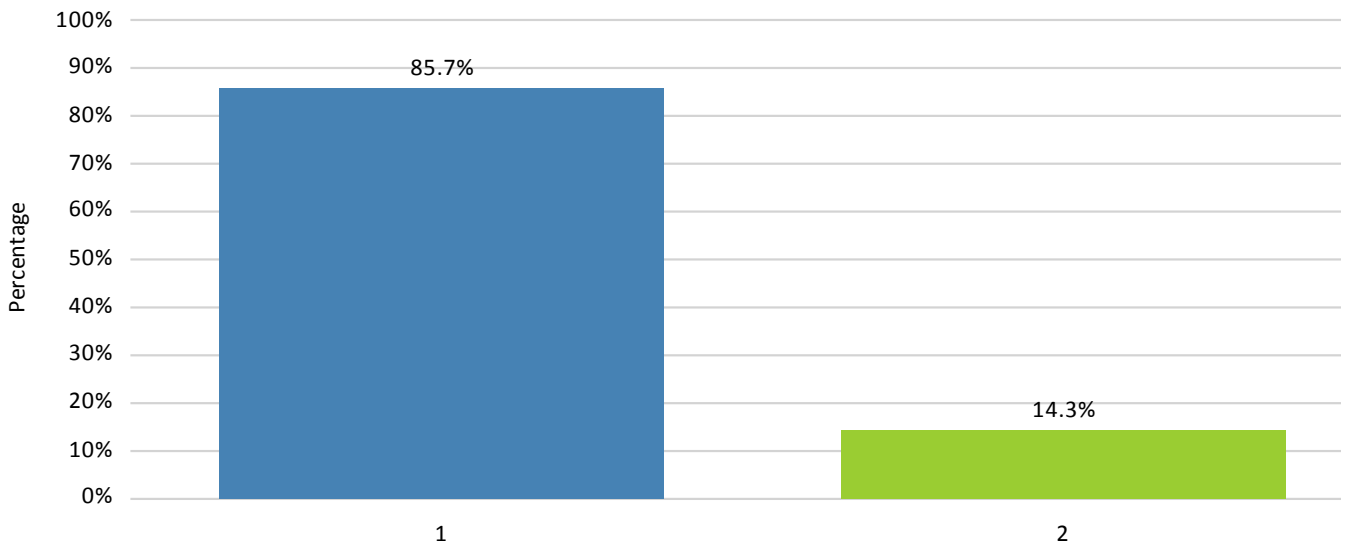
10. Wordt er rekening gehouden met een goede voedingstoestand?



	Naam
1	Ja
2	Neen

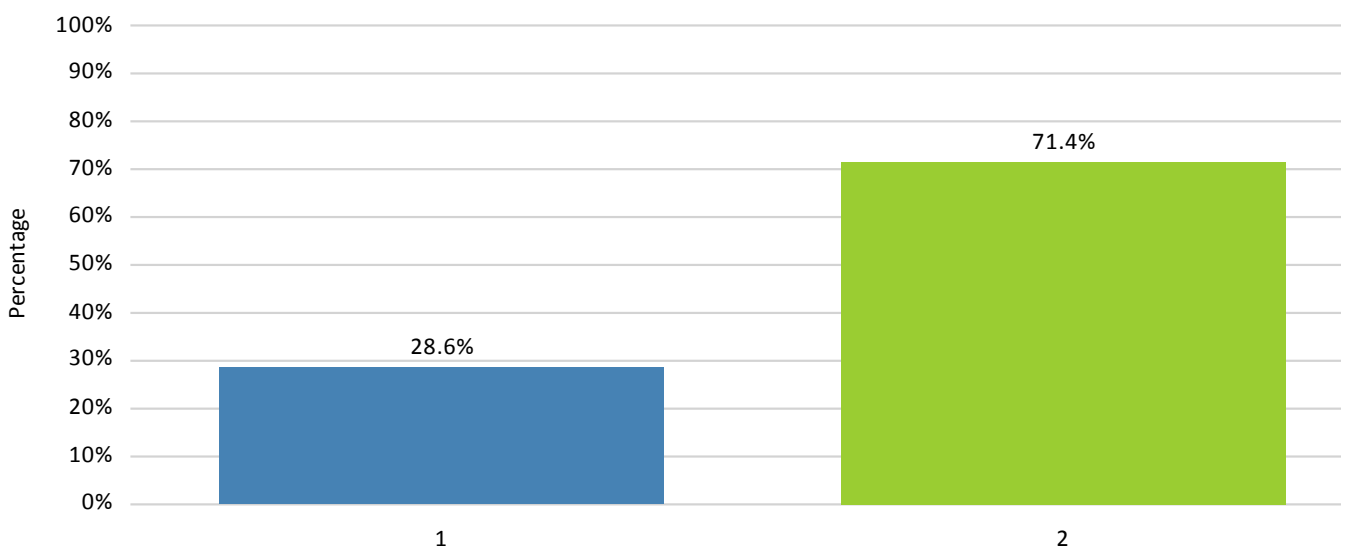
Naam	Percentage
Ja	85,7%
Neen	14,3%
N	21

11. Zijn er meerdere factoren, buiten de voedingstoestand, die meespelen tijdens de maaltijd? (vb. het sociale, spirituele of psychologische aspect)



Naam	Percentage
1	85,7%
2	14,3%
N	21

12. Gebeurt de maaltijdzorg op de afdeling op een correcte manier?



	Naam
1	Ja
2	Neen

Naam	Percentage
Ja	28,6%
Neen	71,4%
N	21

Bijlage 1.3 Aanvraag Praktijkstudie in het kader van een eindwerk

Aanvraag praktijkstudie in het kader van een eindwerk.
(enquête, praktijkonderzoek, interview)

STUDENT Naam : ADRIAENS Voornaam : NATHALIE
Adres : WIJNGAARDSTRAAT 17, 3500 HASSELT
School : PXL Studiejaar : 2° JAAR
BANABA INTERDISCIPLINAIRE OUDERENZORG

1. Het eindwerk :
Titel : ETHISCHE ASPECTEN ONTRENT DE MAALTIJDZORG.
Promotor : MEVR. DIGNEFEE, MEVR. HERTENS, MEVR. BOULOGNE
Korte inhoud : HET MAALTIJDGEBEUREN MOET MAALTIJDZORG
WORDEN.
→ AANDACHT VOOR HET HOLISTISCHE ASPECT

2. De Praktijkstudie
Doelstelling van de studie : VERLOOPT HET MAALTIJDGEBEUREN
OP AFDELING GER 4 CORRECT ?
BEWUSTWORDING - BEWUSTMAKING INTERDISCIPLINAIRE
Doelgroep : patiënten verpleegkundigen anderen TEAM
Dienst (en) die in aanmerking komen : GERIATRIE 4
Contact name met de betrokken dienst : nee ja, met : DIENSTHOOFD
Tijdsinvestering : globaal :
per enquête : 5 MINUTEN / PERSOON
Wie neemt het interview af : NATHALIE ADRIAENS
Gewenste periode van afname : DECEMBER 2014

Aanvraagformulier indienen bij stafmedewerker directie verpleging.
Enquête toevoegen in bijlage.
Eindwerk bezorgen aan vormingsverantwoordelijke.

Goedkeuring stafmedewerker directie verpleging
Positief : [Handwritten Signature] Negatief :
13/11/14

Bijlage 1.4 Ervaringssessie: Casussen

Casus 1:

Je bent een dame van 95 jaar en opgenomen met een zware pneumonie. Je kan zeer moeilijk slikken. De logopediste heeft je een dysfagie 1 voorgeschreven. Ook moet je ingedikt water drinken.

Casus 2:

Je bent een man van 80 jaar en je bent blind. Je moet volledig geholpen worden met eten en drinken.

Casus 3:

Het is heel druk op de afdeling. Je hebt een CVA gehad en moet geholpen worden.

Casus 4:

Je ben afgezakt in de zetel. De verpleegkundige heeft dit niet gemerkt en je moet op deze manier eten. Je kan jezelf niet in een goede houding plaatsen.

Casus 5:

Je krijgt in de namiddag een potje pudding. Je bent halfzijdig verlamd. De verpleegkundige doet het potje niet open.

Casus 1:

Laat de persoon DD 1 eten en zorg voor ingedikt water.

Casus 2:

Zet de persoon een blinddoek op. Help hem bij de maaltijd. Vraag niet wat hij op de boterham wil. Dit bereid je zelf voor. Steek dit vervolgens in de mond. Geef de persoon ook water. Zeg eerst niets, doe dit zonder woorden. Geef vervolgens aanwijzingen wat je gaat doen.

Casus 3:

Neem een soeplepel en schep hem volledig vol met pudding. Steek dit zonder woorden in de mond. Knoei ook wat. Steek snel een aantal lepels achtereen in de mond. Blijf steeds rechtstaan naast de persoon. Ga niet zitten.

Casus 4:

Zorg ervoor dat de persoon oncomfortabel zit. Zet hem het bord voor. Ga daarna weg.

Casus 5:

Zet het potje pudding voor. Open dit niet. Stimuleer de persoon om dit zelf te doen.

Bijlage 1.5 Verslag Ervaringssessie 10/02/2015

Verslag door Melanie Boulogne

CASUS 1: PUDDING GEVEN AAN PT MET CVA MET GROTE LEPEL.

Margriet voedt Jan.

- Jan vindt het moeilijk om gevoed te worden met een grote lepel. Hij heeft het er zelf moeilijk mee om alles geslikt te krijgen.
- Jan zit niet in een goede houding (onderuitgezakt door CVA) en Margriet staat recht tijdens het voeden.
- Jan heeft bavet/servet aan; hoe voelt dit voor een patiënt?
 - Steeds vragen of pt hier nood aan heeft.
 - Spreken van Servet.
 - Indien niet om de hals, aanbieden om het op de schoot te leggen.
- Patiënten krijgen op hun plateau ook een servetje, maar wordt weinig gebruikt omdat de bandkaart erop ligt.

Bandkaart verplaatsen zodat servetje zichtbaar wordt?

CASUS 2: BOTERHAMMEN SMEREN EN AANBIEDEN AAN PT DIE BLIND IS. VOEDING GEBEURT SNEL + WATER DRINKEN.

Chadia voedt An.

- Voordat je begint te smeren, vragen aan de pt hoe de boterhammen gesmeerd mogen worden.
 - Vaak smeren we onze eigen voorkeur zonder dit te bevragen aan de pt.
- Tijdens het voeden is het belangrijk om te vragen of de pt klaar is voor een nieuwe hap, of een nieuwe slok water.
 - Patiënten durven niet altijd aan te geven wanneer het te snel gaat... Aandacht voor hebben. An had hier zelf ook moeite mee. Vooral bij drinken.
- Denk aan de houding van de pt.
- Beleg op de boterhammen; afwisseling van confituur!
 - Voldoende eiwitten aanbieden; pt'en vragen naar kaas op de boterham, gebruik het beleg dan ook ipv alleen confituur.

CASUS 3: INGEDIKT WATER LATEN DRINKEN.

Bruno geeft Mark te drinken.

- Textuur van ingedikt water is proefbaar. Niet aangenaam.
- Siroopdikte is voldoende.
- Glas water niet in de mond van de pt gieten, zo heeft hij geen controle over de afname.
 - Eerder glas aan de mond zetten en pt zelf laten afhappen. Pt kiest zo zelf hoeveel hij drinkt, en aan welk tempo.
- Steeds verbaal begeleiden!

CASUS 4: PT VOEDEN DIE IN EEN ONCOMFORTABELE HOUDING ZIT (ONDERUIT GEZAKT)

Kristel voedt Melissa.

- Houding is cruciaal voor de slikfunctie.
- Slikken in deze houding was voor Melissa erg moeilijk.
- Houding van de pt is moeilijk in orde te krijgen tijdens ontbijt en avondeten, pt'en verzakken vaak.
- Wanneer je dit weet van een pt, nooit alleen de kamer binnen gaan. Altijd met 2, zodat je hulp krijgt bij het positioneren.
- Het koffiemoment is een voorbeeld van een zwaar onderdeel van de werkdag ivm juiste houding en voeden.

Hulp van een vrijwilliger? (Melanie)

Concreet: actiepunt van Marc

- Per dag is iemand verantwoordelijk voor de correcte maaltijdzorg.
- Iemand die telkens de kamers in- en uit loopt om te kijken of alles in orde is.
- Houding, eten de patiënten zelfstandig, is er ondersteuning waar nodig, ...
- Goed idee, maar kan de verantwoordelijke vpk van elke zone deze taak niet op zich nemen?

Concreet: actiepunt van Veerle

- Ergo meer inschakelen bij problemen bij de maaltijd.
- Hulpmiddelen aanbieden, controle van gebruik van deze hulpmiddelen...

Bijlage 1.6 Aanvraag Praktijkstudie in het kader van een eindwerk (patiënten interviews)

Aanvraag praktijkstudie in het kader van een eindwerk.
 (enquête, praktijkonderzoek, interview)

STUDENT Naam : ANDREAENS Voornaam : NATHALIE
 Adres : WIJNGAARDSTRAAT 17, 3500 HASSELT
 School : PXL Studiejaar : 2^e JAAR

BANANA INTERDISCIPLINAIRE OUDEREN 2026

1. Het eindwerk :
 Titel : ETHISCHE ASPECTEN ONTRENT DE MAALTIJD 2026
 Promotor : MEV. DIEMEERTE J., MEV. NERTENS F., MEV. BOOLOGNE M.
 Korte inhoud : MAALTINGEBEUREN MOET MAALTIJD 2026 WORDEN AANDECHT VOOR HET HOLISTISCH ASPECT

2. De Praktijkstudie
 Doelstelling van de studie : MAALTIJD 2026 - BEVRAGING VIA PATIËNTENINTERVIEWS
 Doelgroep : patiënten verpleegkundigen anderen
 Dienst (en) die in aanmerking komen : GERIATRIE 4
 Contact name met de betrokken dienst : neen ja, met :
 Tijdsinvestering : globaal : 2 U 30 MINUTEN
 per enquête : 1 30 MINUTEN
 Wie neemt het interview af : VERPLEEGKUNDIGE NATHALIE
 Gewenste periode van afname : MAART 2015

Aanvraagformulier indienen bij stafmedewerker directie verpleging.
 Enquête toevoegen in bijlage.
 Eindwerk bezorgen aan vormingsverantwoordelijke.

Goedkeuring stafmedewerker directie verpleging
 Positief : [Handwritten Signature] Negatief :

Bijlage 1.7 Geïnformeerde toestemming

Hasselt,



GEINFORMEERDE TOESTEMMING

Geachte Mevrouw, Mijnheer,

Op onze afdelingen doen we voortdurend projecten om onze zorgverlening te verbeteren met als doelstelling het *optimaliseren van de patiëntenzorg*. Hiervoor is het belangrijk dat wij een inzicht krijgen in de zorg die op deze afdeling gegeven wordt. Hiervoor worden onder andere gesprekken gehouden met patiënten en wordt de patiëntenzorg geobserveerd.

Het patiëntengesprek gebeurt door een (hoofd)verpleegkundige van het ziekenhuis. Het gesprek, waarin naar uw ervaringen gepeild wordt, zal maximaal één uur duren. U kan om gelijk welke reden het gesprek op elk ogenblik onderbreken. Indien u dit wenst kan het gesprek op een later tijdstip hervat worden. Het gesprek kan eventueel opgenomen worden op geluidsband om volledigheid na te streven.

De hoofdverpleegkundige of leidinggevende kan ook, samen met een collega, de zorg die aan u wordt gegeven komen observeren. Dit betekent dat er twee extra personen gaan aanwezig zijn tijdens de verzorging. Zij gaan kijken hoe deze verzorging verloopt en een aantal zaken noteren die voor mogelijke verbetering van de zorg vatbaar zijn.

U heeft het recht uw deelname aan dit gesprek of deze observatie op eender welk moment stop te zetten, zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven. Uw beslissing om al dan niet deel te nemen zal geen invloed hebben op de behandeling die u krijgt. U kan ook altijd de (eventuele) bandopname onderbreken tijdens het vraaggesprek en u bent niet verplicht op eender welke vraag te antwoorden.

De informatie die u ons geeft zal op strikt vertrouwelijke wijze behandeld worden en zal enkel gebruikt worden in functie van kwaliteitsverbetering binnen het Jessa Ziekenhuis.

1/2

De hoofdverpleegkundige of leidinggevende geeft zijn garantie deze richtlijnen in acht te nemen doorheen het volledige proces. Zij/hij zal u ook een antwoord geven op eventuele bijkomende vragen, bedenkingen of opmerkingen.

Indien u instemt om deel te nemen, gelieve dit document te ondertekenen.

Handtekening patiënt
Datum:

Handtekening leidinggevende
Datum:

Bijlage 1.8 Vragenlijst patiënteninterviews

1. Wanneer ik vraag wat maaltijdZORG is, kunt u daar een antwoord op geven?
2. Wat vindt u van het maaltijdgebeuren op de afdeling? (Positieve // negatieve ervaringen)
3. Wat vindt u van de maaltijden op zich?
4. Krijgt u voldoende tijd om de maaltijd te gebruiken?
5. Wat vindt u van de sfeer omtrent de maaltijd? (link naar psychisch, spiritueel en sociaal luik)
6. Heeft u hulp nodig bij de maaltijd?
7. Wordt er hulp geboden of krijg je de nodige ondersteuning bij het maaltijdgebeuren ?
8. Heb je het gevoel of vind je dat de zorgverleners individueel te werk gaan tijdens het maaltijdgebeuren?
9. Gebeurt de aanpak omtrent de maaltijdzorg door zorgverleners correct?
10. Wat kan voor u de maaltijd aangenaam maken?
11. Wordt uw autonomie en zelfbeschikking gerespecteerd tijdens het maaltijdgebeuren?
12. Wat zou u willen veranderen of anders willen omtrent de maaltijdzorg?
13. Weet u dat u met klachten omtrent de maaltijdzorg terecht kan bij de ombudsdienst? Zou u hier wel of niet gebruik van maken?

Bijlage 1.9 Uitwerking patiënten interviews

Vraag 1: Wanneer ik vraag wat maaltijdzorg is, kunt u daar een antwoord op geven?

Het gevoel van 'opgediend' te worden, het moet een aangenaam moment in een dag zijn.

De maaltijd op zich is zeer verzorgd. Er wordt gevraagd of mijn boterhammen gesmeerd moeten worden of verpakkingen geopend moeten worden. Dat komt heel hartelijk over bij mij.

Voor mij is maaltijdzorg: kijken of mijn vader goed eet, maar ook kijken of het haalbaar is wat hij kan eten. Met andere woorden: of het eten aangepast is. Voor mij persoonlijk als dochter, wanneer ik thuis ben en niet kan aanwezig zijn tijdens de maaltijd, is er altijd een soort van onrust. Zou er voldoende toezicht zijn of hij goed eet?

Helpen waar nodig, alles goed klaarzetten en alles wat nodig is binnen handbereik plaatsen. Af en toe eens komen kijken of het goed gaat. Een servet aandoen maar vooral aandacht hebben voor de mens die aan het eten is.

Maaltijdzorg is zorgen voor...Er is een periode geweest dat mama zelf niet meer kon eten. Ik heb getracht om zoveel mogelijk zelf te komen helpen. Toch stelde ik mij de vraag, wat met personen die geen familie hebben om hen te helpen? Is er daar genoeg aandacht voor?

Vraag 2: Wat vindt u van het maaltijdgebeuren op de afdeling? (Positieve // negatieve ervaringen)

Geen opmerkingen.

Zeer goed en meer dan genoeg.

Positief: de logopediste volgt de maaltijden van nabij op en zorgt voor aangepaste voeding.
Negatief: in het begin was de maaltijd totaal niet aangepast.

Op een bepaald moment was er sprake van een slikproblematiek. Op een avond waren de boterhammen vervangen door granenpap. Er was geen communicatie geweest waarom dergelijke aanpassingen waren gebeurd. Wanneer ik hiervan op de hoogte was gebracht, zou ik dit wel als positief hebben beschouwd. Nu werd de plateau gewoon neergezet op de tafel en dit was nogal verschietachtig. Wat ik verder nog als positief heb ervaren, waren de tips van de logopediste die na dit voorval toch wel regelmatig aanwezig was op de kamer en ons een goede uitleg heeft gegeven.

Er is een mankement in de communicatie dat de logopediste is langs geweest en dat het dieet is aangepast. Het 'waarom' van deze aanpassing ontbreekt vooral in deze communicatie. Wanneer ik de plateau van mama opende zag ik granenpap staan terwijl ze zin had in een boterham. De dame naast mama kreeg dan wel een smakelijk boterhammetje. Dat zorgde voor mij voor een frustratie.

Vraag 3: Wat vindt u van de maaltijden op zich?
Vooral het middageten is erg smakelijk.
Voldoende keuze en variatie.
Het uitzicht van volledig gemalen voeding valt wat tegen. Dat ziet er niet echt smakelijk uit.
Voldoende wat betreft portie en variatie.
De maaltijden zijn meer dan ok.

Vraag 4: Krijgt u voldoende tijd om de maaltijd te gebruiken?
Ja.
Ja.
Ja.
Tijdens de avond wordt er vaak te rap afgeruimd, zeker wanneer het gaat over oudere en hulpbehoevende mensen die meer tijd nodig hebben om te eten.
Ja.

**Vraag 5: Wat vindt u van de sfeer omtrent de maaltijd?
(link naar psychisch, spiritueel en sociaal luik)**

Vooraf de vriendelijkheid van het verzorgend personeel is belangrijk. Vriendelijkheid kost niets en daar word ik blij van. Ik ben vroeger ook zelfstandige geweest en ik weet hoe belangrijk dat een vriendelijk woord is naar de 'klanten' toe.

Ik hou ervan om eens te kunnen lachen. De meisjes weten dat ook. Daar geniet ik van.

De sfeer tijdens de maaltijden zit wel goed. Er springt regelmatig eens een zorgverlener binnen bij mijn vader.

Er is veel te weinig aandacht voor de mens in het bed. Er is te weinig communicatie met de persoon en familie en wanneer het te druk is merk ik dat bepaalde personen minder vriendelijk gaan zijn. Dan wordt het pillendoosje op de tafel gezet en men gaat de kamer uit zonder iets te zeggen. Sommige personen geven de indruk van uitgeblust te zijn. Ze vragen niet eens: " hoe is het met u vandaag" of zelfs "smakelijk eten" kan er niet vanaf. Wat ik ook misschien nog belangrijk zou vinden is als de verantwoordelijke verpleegkundige zich even zou voorstellen. Ik heb een foto van de twee hondjes van mijn vader op het prikbord gehangen met als bedoeling dat dit een eerste aanzet zou zijn voor een gesprek met mijn vader. Er is niemand geweest die dit heeft opgemerkt of de moeite heeft genomen om hierover een gesprek aan te gaan. Zeer jammer is dat, aangezien mijn vader een zeer sociaal persoon is en graag praat.

Geen opmerkingen hierover. Er was vanaf dag 1 sprake van een persoonlijke aanpak.

Vraag 6: Heeft u hulp nodig bij de maaltijd?

Ja, voorbereiding van de boterhammen en het snijden van het vlees. Ik kan ook niet zelf aan tafel komen, dus ze moeten mij de plateau op het nachttafeltje zetten.

Neen.

Wij als familie proberen zo vaak als mogelijk te helpen.

Soms is er wel hulp nodig.

Mama heeft in het begin van opname zeker hulp nodig gehad.

Vraag 7: Wordt er hulp geboden of krijg je de nodige ondersteuning bij het maaltijdgebeuren ?

Ja, ...meestal toch...Soms moet ik het wel zelf vragen.

Er wordt steeds gevraagd of ze nog iets voor mij kunnen doen. Zolang ik nog alles kan, doe ik dit liever zelf. Ik maak liever een grapje en babbel even met de 'meisjes'. En ze vragen ook steeds of ze mij moeten helpen om aan tafel te komen.

Ja, verpleegkundigen merken op wanneer het bij mijn vader niet meer alleen lukt.

Niet altijd. Wat betreft de maaltijden heb ik hier niet altijd zicht op. Maar ik kan dit wel met een ander voorbeeld duiden. Mijn vader moest zich deze morgen helemaal alleen wassen en ik weet dat dit voor hem niet mogelijk is. Hij kan wel de handen, gezicht en borstkas wassen. Thuis hebben wij ook gezorgd voor een verpleegkundige die volledige hulp biedt, omdat wij weten dat hij dit alleen niet meer kan. Het was ook duidelijk te zien dat hij dit alleen had moeten doen. Hij had twee onderbroeken aangedaan en er waren nog sporen van stoelgang te zien in de bovenste onderbroek.

Ik bleef mij toch afvragen over er tijd en ruimte was voor voldoende en correcte hulp.

Vraag 8: Heb je het gevoel of vind je dat de zorgverleners individueel te werk gaan tijdens het maaltijdgebeuren?

Ja.

Ja.

Er is een individuele werking. Ze weten over wie en over wat het gaat. Er is zeker sprake van een goede opvolging. Soms voel ik wel dat er haast achter de handelingen zit. Alles moet 'rap rap' gaan. Dat zorgt ervoor dat er soms te 'ruw' met de mensen wordt omgegaan.

Ja.

Ja.

Vraag 9: Gebeurt de aanpak omtrent de maaltijdzorg door zorgverleners correct?
Ja.
Ja.
Ja.
Niet altijd. Weer haal ik het voorbeeld aan dat mijn vader zichzelf moest wassen. Daarom vrees ik dat het maaltijdgebeuren altijd correct verloopt.
Meestal wel.

Vraag 10: Wat kan voor u de maaltijd aangenaam maken?
Eten is noodzakelijk en is nodig om in leven te blijven. In mijn geval zelfs aansterken. Properheid en netheid is ook altijd belangrijk.
Ergens anders smaakt het eten altijd beter. (Noot dochter: Pa zegt altijd: 'Ach, het eten was toch weer lekker, maar veel te veel. Ondertussen is wel zijn heel bord leeg.')
Als ik dit mag duiden met een voorbeeld: mijn vader heeft graag een speciaal soort van kaas. Ik had dit in de frigo gelegd en dit gezegd aan de verpleegkundigen. De volgende morgen heeft hij boterhammen gegeten met de kaas die hij zo graag heeft.
Vriendelijkheid. En mijn vader op weg helpen. Misschien ook de communicatie omtrent de maaltijd op een andere manier gaan aanpakken.
Vriendelijkheid en een lach. Een lach doet mensen opfleuren, geeft positieve energie en kan ook bijdragen tot het welbevinden van een zieke mens. Waar ik persoonlijk ook behoefte aan heb, is te weten wat mama heeft gegeten. Dit kan misschien dagelijks op een blad genoteerd worden.

Vraag 11: Wordt uw autonomie en zelfbeschikking gerespecteerd tijdens het maaltijdgebeuren?

Mensen kennen mij nu en bereiden automatisch de maaltijd voor. Ik weet het dus niet.

Volgens mij wel. Ik wil dit ook wel zelf doen. Het lukt mij nog, dus...waarom niet.

Ja.

Er wordt soms teveel gevraagd wanneer het gaat over autonomie. Het is belangrijk om te kijken wat nog zelf gaat maar ook kijken wat niet meer zelf gaat.

Ja.

Vraag 12: Wat zou u willen veranderen of anders willen omtrent de maaltijdzorg?

Niets.

Soep en hoofdgerecht tegelijkertijd ben ik niet gewoon. Het liefst zou ik eerst de soep krijgen en nadien pas mijn hoofdgerecht. Ook vind ik het jammer dat ik geen koffie meer krijg wanneer het koffieronde geweest is. Ik was deze week toevallig twee keer op dat moment naar een onderzoek.

Vooraf zorgen voor een degelijke voorbereiding van de maaltijd.

Communicatie en vriendelijkheid.

De manier waarop een plateau wordt gebracht, mag geen vluchtig moment zijn. Men mag bij voorbeeld de menu uitleggen, zeker bij gemalen voeding wat altijd sterk op elkaar gelijkt. Verder vind ik het jammer dat familie niet wordt bevraagd over bepaalde keuzes in het menu. Misschien kan dit bij opname gebeuren. Mama kon in het begin zelf geen keuzes maken omdat ze te ziek was. Ze kreeg altijd koffie terwijl ze dit niet drinkt. Ze wil liever thee. Ik heb dit zelf moeten noteren op het bord aan het bed van mama en toch heeft het nog een aantal dagen geduurd vooraleer ze thee kreeg.

Vraag 13: Weet u dat u met klachten omtrent de maaltijdzorg terecht kan bij de ombudsdienst? Zou u hier wel of niet gebruik van maken?

Ik zou dit niet durven. Het is belangrijk dat ik dit eerst en vooral aan de verpleging zeg. Ik wist eigenlijk ook niet dat de maaltijdzorg behoorde bij de taken van een ombudsdienst. Ik heb dit in het verleden wel al gebruikt voor slechte verzorging en onvriendelijk personeel. Toen had ik dit ook eerst gemeld aan de hoofdverpleegkundige, maar zonder resultaat.

Nee, nooit gehoord van de ombudsdienst. Ik zou er ook geen gebruik van maken. Ik zeg dit liever rechtstreeks tegen de meisjes. Ik ben bang dat ze berispingen van bovenaf gaan krijgen en dat wil ik niet.

Ik weet van het bestaan van een ombudsdienst. Wanneer ik meerdere malen merk dat er iets fout loopt, zou ik hiervan wel gebruik willen maken.

Ik weet van het bestaan van een ombudsdienst. In eerste instantie zou ik wel geneigd zijn om dit te doen maar zou dan denken: 'toch maar niet'. Ik weet dat het een zeer drukke dienst is en dat zou mij tegenhouden om niet te gaan. Wanneer het echt de spuigaten zou uitlopen, zou ik toch wel gaan. Het is uiteindelijk door klacht in te dienen dat er wezenlijk veranderingen zouden kunnen gebeuren.

Ik was niet op de hoogte van het bestaan van een ombudsdienst. Ik zou hiervoor niet onmiddellijk kiezen maar wel de desbetreffende verpleegkundige aanspreken. Ik zou liever gaan voor de persoonlijke confrontatie dan te werken via een omweg.

Bijlage 1.10 Memo voor familie bij verandering

Campus Salvator
Salvatorstraat 20, 3500 Hasselt
www.jessazh.be



Logopedie

Margriet Goltstein
Tel. 011 33 89 85
Inge Thielens
Tel. 011 33 89 86

Hasselt,

Geachte familie,

Ten einde een veiliger verloop van eten en drinken te bekomen hebben we bij uw familielid enkele aanpassingen gedaan.

- Dranken indikken
- Geen rietje / geen tuitbeker / geen flesje gebruiken
- Aanpassing van de maaltijdconsistentie: dysfagiedieet ...

.....

.....

Voor meer uitleg mag u ons altijd contacteren, dit kan via de verpleegkundige of telefonisch.

Margriet Goltstein
Logopediste 011/338985

Inge Thielens
Logopediste 011/338986