



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (J.M. Peeters, A.L. Francke, A.P.A. van Beek, P.M.M. Spreeuwenberg R.D. Friele, *Ontwikkeling eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen*, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **Ontwikkeling eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen**

J.M. Peeters  
A.L. Francke  
A.P.A. van Beek  
P.M.M. Spreeuwenberg  
R.D. Friele



ISBN 90-6905-806-5  
ISBN 978-90-6905-806-1

<http://www.nivel.nl>  
[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)  
Telefoon 030 2 729 700  
Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Achtergrond	11
1.2 Scope van het onderzoek	12
1.3 Doel en vraagstelling	13
1.4 Indeling van het rapport	13
<b>2 Ontwikkeling van de vragenlijst</b>	<b>15</b>
2.1 Methode van onderzoek	15
2.1.1 Oriënterende literatuurstudie	15
2.1.2 Focusgroepsgesprekken	17
2.1.3 Diepte-interviews	18
2.1.4 Resultaten	19
2.2 Conceptdimensies	22
2.3 Conceptvragenlijst	25
<b>3 Toetsen van de vragenlijst</b>	<b>27</b>
3.1 Steekproeftrekking en gegevensverzameling	27
3.2 Respons en reden voor non-respons	28
3.3 Beschrijving van de onderzoeksgroep	29
3.4 Methode van analyse	30
3.4.1 Itemselectie en schaaloptimalisatie	30
3.4.2 Dimensies	32
<b>4 Beschrijving van de eetprofielen</b>	<b>37</b>
4.1 Ontwikkeling van eetprofielen	37
4.1.1 Schaalscores	37
4.1.2 Item Respons Theorie	38
4.1.3 Indeling van cliënten in klassen	38
4.2 Indeling in eetprofielen	39
4.3 Beschrijving van de eetprofielen	42
4.3.1 Gemakkelijke eter	42
4.3.2 Avontuurlijke eter	43
4.3.3 Kritische eter	43
4.3.4 Traditionele eter	44
4.3.5 Dankbare eter	44
4.4 Eetprofielen en achtergrondkenmerken	47
4.5 Definitieve vragenlijst	48

<b>5 Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>51</b>
5.1 Conclusies	51
5.2 Praktische toepasbaarheid van de vragenlijst	54
5.3 Adviezen en conclusies van experts over gebruik eetprofielen en vragenlijst	54
5.4 Tot slot	55
<b>Literatuur</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage 1: Albron Beter Eten Monitor-lijst</b>	<b>61</b>
<b>Bijlage 2: Verwijderde items</b>	<b>69</b>
<b>Bijlage 3: Verschillen in eetprofielen</b>	<b>71</b>

## Voorwoord

Tot nu toe was er weinig bekend over de voorkeuren van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen op het gebied van eten en drinken. In dit rapport wordt verslag gedaan van *eetprofielen* van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen en de ontwikkeling van een vragenlijst om eetprofielen in kaart te brengen. De combinatie van maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen levert zogenaamde eetprofielen ofwel ‘*typen eters*’ op.

De landelijke cateraar Albron Carewell heeft de zogenaamde ‘*Albron Beter Eten monitor*’ geïnitieerd met als doel: ken uw gast! ‘Waar heeft de cliënt behoefte aan? En hoe kunnen zorgorganisaties daar goed op inspelen? In die monitor verzamelt Albron gegevens over wat cliënten belangrijk vinden bij eten en drinken. Belangrijke uitgangspunten van de monitor zijn: er moet in de zorg een verschuiving komen van ‘vocht en voeding’ naar ‘lekker eten en drinken’. Samen eten, keuzevrijheid, ambiance, aankleding en presentatie van de maaltijden spelen een grote rol voor het welbevinden van cliënten, omdat ze er beter van gaan eten. De ontwikkeling van eetprofielen is een onderdeel van de ‘*Albron Beter Eten Monitor*’. In dit rapport worden de eetprofielen, de vragenlijst en de toepassingsmogelijkheden ervan beschreven. Er is een aparte handleiding bij de vragenlijst verschenen waarin dieper wordt ingegaan op het gebruik en de afname van de vragenlijst<sup>1</sup>.

Het resultaat van dit onderzoek is een beschrijving van de eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen en een vragenlijst om eetprofielen te onderscheiden. De eetprofielen zijn gebaseerd op voorkeuren en behoeften van cliënten (ook wel: gasten<sup>2</sup>) als het gaat om eten en drinken. Dit past in het kader van vraaggerichte zorg, waarbij het cliëntenperspectief uitgangspunt is voor de zorg- en dienstverlening. Het past ook bij de huidige aandacht voor het verbeteren van de voedingstoestand van deze doelgroep.

Het onderzoek is opgedeeld in twee fasen: (1) een kwalitatief deel waarin de eetpatronen en voorkeuren voor maaltijden en ambiance van cliënten in kaart zijn gebracht én (2) een kwantitatief deel waarin de vragenlijst is getoetst bij cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen en op grond waarvan verschillende eetprofielen zijn onderscheiden. De resultaten van de eerste kwalitatieve fase van het onderzoek vormden de basis voor de ontwikkeling van de vragenlijst.

Het onderzoek is uitgevoerd bij twee koepelorganisaties van verpleeg- en

---

<sup>1</sup> Peeters, J.M., Francke A.L., Van Beek A.P.A. en R.D. Friele, *Eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen. Handleiding en vragenlijst*, Utrecht: NIVEL, 2006

<sup>2</sup> Een actuele ontwikkeling is dat veel zorginstellingen op het gebied van maaltijdservice de richting inslaan van ‘hotelservice’.

verzorgingshuizen: Laurens, regio Rotterdam en Stichting Sutfene, regio Zutphen. De subsidiënt van het onderzoek is de cateringorganisatie Albron Carewell.

Het onderzoek is begeleid door een externe klankbordgroep met de volgende deelnemers:

Mw. E. Brandsma	Albron Carewell, formulespecialist
Dhr. I. van de Geer	Albron Carewell, projectmedewerker
Dhr. prof. dr. ir. C. de Graaf	Wageningen Universiteit & Researchcentrum, bijzonder hoogleraar Eetgedrag
Dhr. drs. J.W.A. Helmink	Albron Carewell, business development manager
Dhr. D. Huizer	Stichting Sutfene, projectmedewerker facilitair bedrijf
Dhr. drs. H. Mostert	NIZW, projectleider Verbetertrajecten Eten en drinken
Dhr. W. van Prooijen	Albron Carewell, directeur
Dhr. drs. J.H. van Toor	Stichting Zorgspectrum, facilitair manager
Dhr. G. van Wezep	Laurens, clustermanager facilitair bedrijf

Het project is uitgevoerd door mw. dr. J.M. Peeters en begeleid door een interne klankbordgroep met de volgende samenstelling:

Mw. drs. A.P.A. van Beek	NIVEL, projectadviseur
Mw. dr. A.L. Francke	NIVEL, projectleiding
Dhr. dr. R.D. Friele	NIVEL, projectadviseur
Dhr. drs. P.M.M. Spreeuwenberg	NIVEL, methodoloog

We zijn er, mede dankzij de inspanningen van de deelnemende koepelorganisaties, in geslaagd een valide, betrouwbare én praktisch bruikbare vragenlijst te ontwikkelen waarmee eetprofielen van cliënten in kaart gebracht kunnen worden. Inzicht in de eetprofielen van hun cliënten is voor zorgorganisaties van belang om hun dienstverlening op het gebied van eten en drinken beter te laten aansluiten op de voorkeuren en behoeften van hun cliënten, met als doel het plezier in eten en drinken en daarmee de kwaliteit van leven van cliënten te optimaliseren.

Utrecht, 2006

## Samenvatting

In dit onderzoek beschrijven we zogenaamde *eetprofielen* van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen en de ontwikkeling van een vragenlijst om die eetprofielen te onderscheiden. Onder *eetprofielen* verstaan we in dit onderzoek ‘typen eters’ onderscheiden aan de hand van verschillende combinaties van eetpatronen en voorkeuren voor maaltijden en ambiance.

Eerst is vanuit cliëntenperspectief in kaart gebracht wat voorkeuren van cliënten zijn op het gebied van de maaltijden, eetpatronen en ambiance, en vervolgens zijn zogenaamde eetprofielen ontwikkeld. Met *maaltijdvoorkeuren* bedoelen we de voorkeur voor bepaald eten en drinken en de voorkeur waarop de maaltijd wordt genuttigd. Met voorkeuren voor *ambiance* bedoelen we of cliënten er de voorkeur aan geven samen met andere bewoners te eten of in hun eigen appartement, en wat cliënten belangrijk vinden als het gaat om sfeer en presentatie van de maaltijden en de aankleding van de maaltijd. *Eetpatronen* wordt in dit onderzoek gedefinieerd als de frequentie en regelmaat waarmee een cliënt bepaald eten en drinken inneemt én de hoeveelheid eten.

### *Doel van het onderzoek*

Het doel van dit onderzoek was: (1) het verkrijgen van inzicht in eetprofielen van cliënten van verpleeg- verzorgingshuizen; (2) het ontwikkelen van een vragenlijst waarmee de eetprofielen eenduidig in kaart worden gebracht.

Het onderzoek bestond uit een kwalitatief en een kwantitatief deel.

### *Kwalitatieve fase*

In de kwalitatieve fase van het onderzoek zijn focusgroeps gesprekken en diepte-interviews met cliënten van zestien verpleeg- en verzorgingshuizen van twee koepelorganisaties (Laurens, in de regio Rotterdam en Stichting Sutfene in de regio Zutphen) gehouden. Deze gesprekken leverden veel informatie op over de verschillen in voorkeuren op het gebied van maaltijden, ambiance en eetpatronen tussen individuele cliënten en hebben geleid tot een eerste versie van een vragenlijst die gericht was op het in kaart brengen van eetprofielen.

Het kwalitatieve deel heeft een aantal dimensies opgeleverd die cliënten belangrijk vinden als het gaat om eten en drinken. Deze dimensies maakten deel uit van de conceptvragenlijst.

### *Kwantitatieve fase*

De kwantitatieve fase van het onderzoek bestond uit het toetsen van de conceptvragenlijst. In dit deel is bij cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen getoetst of de onderscheiden dimensies uit de kwalitatieve fase zijn terug te vinden. In de periode april-mei 2006 is deze lijst uitgezet bij de deelnemende koepelorganisaties, onder de volgende cliëntgroepen: cliënten langdurende somatische problematiek (verzorgingshuis

of verpleeghuis), cliënten opgenomen in een verpleeghuis voor revalidatie, cliënten met psychogeriatrische problematiek in het verpleeghuis en extramuraal cliënten in aanleunwoningen en zelfstandig wonend in de wijk.

In totaal hebben 309 cliënten de vragenlijst ingevuld. Van psychogeriatrische cliënten hebben we een naast familielid gevraagd de lijst in te vullen vanuit het perspectief van de cliënt.

De geïnterviewde cliënten zijn het er over eens dat het eten goed gaar moet zijn, smakelijk moet zijn én er aantrekkelijk moet uitzien, dat het eten lekker moet ruiken, dat het eten vers en gezond moet zijn, en tot slot dat huiselijkheid en een vriendelijke bediening belangrijk zijn. Het gaat hier om randvoorwaarden waaraan de maaltijdvoorziening moet voldoen.

### *Dimensies*

Op basis van de analyse van vragenlijstgegevens kwamen enkele definitieve dimensies van eetprofielen naar voren. Deze zijn: *'Presentatie en variatie'*, *'Gericht op eten'*, *'Avontuurlijk'*, *'Kritische grondhouding'*, *'Tussendoortjes'* en *'Sociaal gericht'*. Bijna alle cliënten vinden een aantrekkelijke presentatie en variatie van de maaltijden belangrijk. Ook bijna iedereen vindt tussendoortjes lekker. Cliënten variëren dus nauwelijks op deze dimensies. Op de dimensies *'Avontuurlijk'* en *'Kritische grondhouding'* variëren de cliënten meer en we gebruikten deze dimensies dan ook bij de indeling in eetprofielen. Op grond van de scores op de dimensies *'Avontuurlijk'* en *'Kritische grondhouding'* hebben we vijf eetprofielen ofwel 'typen' eters onderscheiden (zie hierna). De dimensies *'Sociale gerichtheid'* en *'Gericht op eten'* gebruiken we in een later stadium in de analyses om een nader onderscheid binnen elk eetprofiel te maken.

### *Eetprofielen*

De ontwikkelde eetprofielen zijn geordend van veel naar weinig voorkomend in dit onderzoek:

1. *Gemakkelijke eter* (32% van alle ondervraagden). De 'gemakkelijke eter' is niet zo uitgesproken in zijn/haar opvattingen over eten en drinken. Dit betreft cliënten met de volgende kenmerken: lust eigenlijk alles, is niet zo kieskeurig als het gaat om eten en drinken en is geen grote eter. Wel vindt hij/zij het fijn om met anderen te eten en een vriendelijke bediening te krijgen.
2. *Avontuurlijke eter* (20% van alle ondervraagden). Dit betreft cliënten met de volgende kenmerken: houdt van gerechten uit de buitenlandse keuken en eet graag voor hem/haar nieuwe dingen en houdt van rijstgerechten.
3. *Kritische eter* (15% van alle ondervraagden). Dit betreft cliënten met de volgende kenmerken: is kritisch en kieskeurig wat eten en drinken betreft, klaagt wel eens over het eten, heeft een verfijnde smaak, houdt van een luxe maaltijd en hecht veel belang aan de mogelijkheid om de familie mee te laten eten.
4. *Traditionele eter* (13% van alle ondervraagden). Dit betreft cliënten met de volgende kenmerken: eet 't liefst wat hij/zij van huis uit gewend is, eet niet graag voor hem/haar nieuwe dingen, houdt van iets lekkers bij de koffie, hecht weinig belang aan een luxe maaltijd en houdt niet van gerechten uit de buitenlandse keuken.



5. *Dankbare eter* (12% van alle ondervraagden). Dit betreft cliënten met de volgende kenmerken: is niet kritisch en niet kieskeurig wat eten en drinken betreft, klaagt nooit over het eten, heeft geen verfijnde smaak en hecht weinig belang aan een luxe maaltijd.

Vrijwel alle cliënten zijn in de genoemde vijf eetprofielen onder te brengen: 8% van de cliënten scoort hoog op meer dan één dimensie en behoort tot een minder vaak voorkomend profiel. Deze hebben we buiten de verdere analyses gehouden.

#### *Verfijning eetprofielen*

Binnen de vijf gepresenteerde eetprofielen is een nader onderscheid te maken in cliënten die ‘*Sociaal gericht*’ zijn of ‘*Individueel gericht*’ én tussen cliënten die erg ‘*Gericht op eten*’ zijn of ‘*Niet gericht op eten*’. De grootste groep ondervraagde cliënten (87%) is ‘*Sociaal gericht*’, dat wil zeggen ze geven er de voorkeur aan samen met anderen te eten en houden van huiselijkheid. Bijna één op de vijf cliënten (19%) is erg ‘*Gericht op eten*’: zij beschouwen de warme maaltijd als het hoogtepunt van de dag en vinden eten en drinken érg belangrijk. Een gedetailleerde beschrijving van de eetprofielen is te vinden in hoofdstuk 4 van het rapport.

*Samenvattend* kunnen we concluderen dat in dit onderzoek een betrouwbare en valide vragenlijst is ontwikkeld, die praktisch toepasbaar is én op basis waarvan vijf eetprofielen zijn te onderscheiden.

Op basis van de antwoorden op de schriftelijke vragenlijst kunnen cliënten worden ingedeeld in een, van elkaar onderscheidend eetprofiel. De ontwikkelde eetprofielen kunnen worden vertaald naar de maaltijdvoorziening van de organisatie. De zorgorganisatie kan de verdeling van eetprofielen binnen haar instelling vergelijken met het maaltijdaanbod, de sfeer, de locatie en ambiance waarin de maaltijd wordt genoten. Op die manier wordt duidelijk of het assortiment en de dienstverlening voldoende breed zijn om alle typen eters te bedienen en kan worden aangesloten bij de eetprofielen van cliënten.



# 1 Inleiding

De zorgsector maakt de omslag van een aanbodgericht naar een vraaggericht systeem. Vraaggerichte zorg moet aansluiten bij het cliëntenperspectief. De professional en de cliënt komen op gelijk niveau te staan, terwijl de organisatie een ondersteunde rol heeft. Bij een vraaggestuurde benadering staat de vraag centraal: *“Wat vindt de zorgvrager?”* Voor zorgorganisaties, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, is het belangrijk de wensen en ideeën van hun cliënten te inventariseren, ook als het gaat om eten en drinken, om daar op in te kunnen spelen. In dit rapport beschrijven we de ontwikkeling van eetprofielen en de validering van een vragenlijst om eetprofielen ofwel ‘typen eters’ te onderscheiden op basis van bepaalde combinaties van maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen. Dit eerste hoofdstuk is gewijd aan de achtergrond, scope en onderzoeksvragen van het onderzoek.

## 1.1 Achtergrond

Eten en drinken zijn basale menselijke behoeften die bijdragen aan de kwaliteit van leven. Allereerst omdat eten en drinken het lichaam voorzien van energie en voedingsstoffen. Maar ook omdat maaltijden en drinkpauzes voor veel mensen een belangrijke sociale betekenis hebben en belangrijke momenten vormen. Aandacht voor de maaltijdvoorziening is dan ook onontbeerlijk.

Iedere cliënt heeft bepaalde voorkeuren en patronen op het gebied van eten en drinken. We kunnen daarbij denken aan dagelijkse etenstijden en aan de soort en hoeveelheid geconsumeerd eten. Maar ook aan voorkeuren voor bepaalde voedingsmiddelen, zoals vers fruit of snoep, en voor tussendoortjes.

Voeding en mogelijke problemen op het gebied van eten en drinken spelen een belangrijk rol in de gezondheidstoestand van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen. Zo draagt een goede voeding bij aan het voorkómen van ondervoeding en het voorkómen van decubitus (Sidenvall et al., 1996). Ook een prettige sfeer tijdens de maaltijden is van invloed op het gewicht en welzijn van cliënten (Mathey et al., 2001).

Uit nationaal en internationaal onderzoek komt naar voren dat de maaltijdvoorziening niet altijd aansluit bij de wensen en behoeften van cliënten. Cliënten verschillen in de mate waarin zij de maaltijden waarderen en smakelijk eten. In een onderzoek van Van Nispen et al. (2005) in vier verpleeg- en verzorgingshuizen vond 40% van de cliënten de kwaliteit van de maaltijden goed en 35% van de cliënten vond het eten (zeer) slecht. Oorzaken van deze negatieve beoordeling waren onder andere dat het eten te lang was gekookt, het eten niet lekker smaakte, dat de maaltijden te koud werden opgediend en dat de sfeer tijdens de maaltijd niet prettig was. Uit ander onderzoek komt eveneens naar voren dat cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen veel belang hechten aan de

contacten tijdens de maaltijden en de aankleding van de ruimte (Nijs et al., 2003; 2004; 2006).

Ook wijst onderzoek uit dat er culturele verschillen zijn in maaltijdvoorkeuren. Sidenvall et al. (1996) vonden in een onderzoek in Zweden dat goede tafelmanieren, de smaak van het eten en normen en waarden met betrekking tot eten (in het bijzonder niet klagen en tevreden zijn met wat je krijgt) bepalend waren voor de perceptie van maaltijden van cliënten in verpleeghuizen.

In verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen verschillende groepen cliënten worden onderscheiden. In verpleeghuizen kan een onderscheid worden gemaakt tussen cliënten met overwegend psychogeriatrische of overwegend somatische problemen die langdurig in de instelling verblijven en cliënten die tijdelijk ter revalidatie zijn opgenomen. In verzorgingshuizen kan men een onderscheid maken tussen cliënten die intramuraal langdurig zorg ontvangen in verband met psychogeriatrische of somatische problematiek. Daarnaast zijn er nog cliënten in aanleunwoningen die extramuraal zorg ontvangen vanuit het verzorgingshuis of verpleeghuis. Er is nog onvoldoende inzicht in hoeverre deze groepen cliënten van elkaar verschillen in eetpatronen en voorkeuren voor maaltijden en ambiance. Uit onderzoek van Van Beek et al. (2004), dat is uitgevoerd op 37 afdelingen voor mensen met dementie in verpleeg- en verzorgingshuizen, blijkt dat psychogeriatrische cliënten in verpleeghuizen vaker kauw- en slikproblemen ondervinden in vergelijking met psychogeriatrische cliënten in verzorgingshuizen. Psychogeriatrische verpleeghuiscliënten nuttigen ook vaker gemalen eten, terwijl psychogeriatrische cliënten in verzorgingshuizen vaker een deel van hun warme maaltijd laten staan. Wellicht heeft dit verschil te maken met de grootte van de porties op de afdelingen of het groter aantal kansen dat een verzorgingshuiscliënt heeft om tussendoor te eten.

Het voorgaande laat zien dat er al eerder onderzoek is verricht op het gebied van eten en drinken in de ouderenzorg. Inzicht in eetprofielen (typen eters) in verpleeg- en verzorgingshuizen ontbrak echter nog, wat aanleiding was voor deze studie.

## 1.2 Scope van het onderzoek

Dit onderzoek richt zich op eetprofielen, onderscheiden op basis van eetpatronen, maaltijdvoorkeuren en voorkeuren voor ambiance van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen. *Eetpatronen* worden in dit onderzoek gedefinieerd als de frequentie en regelmaat waarmee een cliënt bepaald eten en drinken inneemt én de hoeveelheid eten. Met *maaltijdvoorkeuren* bedoelen we de voorkeur voor bepaald eten en drinken en de voorkeur voor de manier waarop de maaltijd wordt genuttigd. Voorkeuren voor *ambiance* komen tot uitdrukking in de voorkeur voor het al dan niet samen met andere bewoners eten en de presentatie, de sfeer en de aankleding van de maaltijd.

Op basis van deze eetpatronen en maaltijd- en ambiencevoorkeuren worden 'eetprofielen' ontwikkeld. Onder *eetprofielen* verstaan we in dit onderzoek 'typen eters', onderscheiden aan de verschillende combinaties van eetpatronen en voorkeuren voor maaltijden en ambiance. Aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijst kunnen zorginstellingen de maaltijdservice beter laten aansluiten bij de behoeften en voorkeuren van de cliënten.

### 1.3 Doel en vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Ten eerste, inzicht verkrijgen in eetprofielen van cliënten van verpleeg- verzorgingshuizen. Ten tweede, het ontwikkelen van een vragenlijst waarmee de eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen eenduidig in kaart worden gebracht.

In het onderzoek worden de volgende vragen beantwoord:

1. Wat zijn de voorkeuren van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen voor maaltijden, voor ambiance en eetpatronen?
2. Zijn er verschillen tussen cliënten in maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen?
3. Welke eetprofielen van cliënten kunnen worden onderscheiden?
4. Kunnen de eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen met de ontwikkelde vragenlijst op een valide en betrouwbare wijze worden vastgesteld?

Het onderzoek is opgedeeld in twee fasen.

*Fase 1* is een kwalitatief deel waarin de eetpatronen en voorkeuren voor maaltijden en ambiance van cliënten in kaart zijn gebracht én waarin een conceptversie van de vragenlijst is ontwikkeld. Tevens zijn we op zoek gegaan naar verschillen tussen individuele cliënten op het gebied van eten en drinken.

*Fase 2* is kwantitatief van aard. In deze fase is de vragenlijst getoetst bij een groot aantal cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen. We zijn nagegaan welke eetprofielen ('typen eters') op basis van de schriftelijke vragenlijst kunnen worden onderscheiden. Ook doen we uitspraken over de validiteit, betrouwbaarheid, praktische toepasbaarheid en bruikbaarheid van de vragenlijst.

### 1.4 Indeling van het rapport

In hoofdstuk 2 gaan we kort in op de gehanteerde methode van de eerste, kwalitatieve fase. Tevens beschrijven we de ontwikkeling van de eerste conceptversie van de schriftelijke vragenlijst. We ronden dit hoofdstuk af met een korte beschrijving van de conceptdimensies en van de conceptvragenlijst. In hoofdstuk 3 wordt verslag gedaan van de tweede, kwantitatieve fase: de dataverzameling, de beschrijving van de onderzoeksgroep, de analyses en de toetsing van de psychometrische eigenschappen van de vragenlijst. We ronden het hoofdstuk af met de beschrijving van de aanpassingen in de vragenlijst die hebben geleid tot de definitieve vragenlijst. Op basis van de resultaten van de onderzoeksgegevens beschrijven we in hoofdstuk 4 de eetprofielen ('typen eters') van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen en de vragenlijst voor de *Albron Beter Eten Monitor*. De conclusies en aanbevelingen zijn te vinden in hoofdstuk 5. De geraadpleegde literatuur volgt daarna. De definitieve versie van de vragenlijst treft u aan in bijlage 1 van dit rapport. De verwijderde items zijn te vinden in bijlage 2 en bijlage 3 laat verschillen in eetprofielen tussen de deelnemende koepelorganisaties en cliëntgroepen zien.



## 2 Ontwikkeling van de vragenlijst

### 2.1 Methode van onderzoek

De eerste, kwalitatieve fase van het onderzoek bestond uit (1) een oriënterende literatuurstudie, (2) focusgroepsgesprekken en (3) diepte-interviews met cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen. We geven in de volgende paragrafen aan waarom we voor deze opzet hebben gekozen en wat de verschillende onderdelen hebben opgeleverd.

#### 2.1.1 Oriënterende literatuurstudie

Een belangrijk doel van de literatuurstudie was vast te stellen welke vragenlijsten er zijn op het gebied van maaltijdvoorkeuren en andere aspecten van eten en drinken van cliënten. Tevens is een literatuurstudie uitgevoerd om te achterhalen welke onderwerpen van belang zijn bij de ontwikkeling van een vragenlijst, waarmee cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen zijn in te delen in eetprofielen.

De literatuurstudie bestond uit gerichte zoekacties in belangrijke, internationale literatuurbestanden (Pubmed, Psychinfo en CINAHL). Er is gezocht op 'appetite', 'meal', 'nursing homes', 'residential care', 'food' en 'ambiance' en is een aantal trefwoorden met elkaar gecombineerd. Daarna is gezocht op specifiekere trefwoorden: 'preference', 'satisfaction', 'attitude', 'eating behaviour' en 'old age'. We hebben de belangrijkste bevindingen hierna kort samengevat, te beginnen met een inventarisatie van vragenlijsten op het gebied van voedselinname.

##### *Inventarisatie bestaande vragenlijsten*

In de literatuur worden verscheidende vragenlijsten genoemd met betrekking tot aspecten van eten en drinken van cliënten in verpleeg- of verzorgingshuizen. De vragenlijsten richten zich met name op de eetlust en het verband met gewichtsverlies en ondervoeding. Verschillende vragenlijsten worden genoemd: Appetite Hunger and Sensory Perception questionnaire (AHSP)<sup>3</sup>, Council on Nutrition Appetite Questionnaire (CNAQ)<sup>4</sup>, Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ)<sup>5</sup>, Mini Nutritional Assessment (MNA)<sup>6</sup>, Food and Fluid Estimation Diagram (FFED)<sup>7</sup>, Nutritional Risk Screening Tool

---

<sup>3</sup> Mathey MF, Assessing appetite in Dutch elderly with the Appetite, Hunger and Sensory Perception (AHSP) questionnaire, *J Nutr Health Aging*, 2001; 5:22-8.

<sup>4</sup> Wilson MGG, DR Thomas, LZ Rubenstein, JT Chibnall, S Andersone, A Baxi, MR Diebold and JE Morley, Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents, *Am J Clin Nutr* 2005; 82:1074-81.

<sup>5</sup> Zie 4; de SNAQ is een vragenlijst, bestaande uit 4 items, afgeleid van de CNAQ, vertaald in het Nederlands en gevalideerd.

<sup>6</sup> Ciarella G, Mini Nutritional Assessment (MNA) in nutritional risk in elderly. A proposal of nutritional surveillance

(NRST)<sup>8</sup> en de FoodEx-LTC<sup>9</sup>.

De voedselinname van cliënten wordt, aan de hand van vragenlijsten, vaak ingeschat door verzorgenden of verpleegkundigen. Dit levert geen eenduidige resultaten op. De vragenlijst de FoodEx-LTC gaat daarentegen wél uit van het cliëntenperspectief. Deze vragenlijst bestaat uit 44 items die ingaan op de tevredenheid van cliënten met de maaltijd, de presentatie en maaltijdservice. Er zijn in de literatuur geen bestaande vragenlijsten gevonden die specifiek betrekking hadden op eetprofielen, maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen.

#### *Voedselinname van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen*

Een aantal artikelen behandelt de voedselinname van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen (Schmid, 2003; Van Staveren e.a., 2002; Simmons e.a., 2003). Uit deze artikelen komt naar voren dat een groot aantal cliënten problemen heeft met eten door fysieke problemen, bijvoorbeeld kauwen, slikken of het eten naar de mond brengen. Cliënten met psychogeriatrische problematiek of andere cognitieve problemen ondervinden een aantal specifieke problemen op het gebied van eten en drinken. Zo is gewichtsverlies met name een belangrijk aandachtspunt bij psychogeriatrische cliënten, onder andere door gedragsproblematiek. Ook lichamelijke beperkingen en het verlies van smaak draagt bij aan een beperkte voedselinname (Schiffman, 1994). Cliënten met psychogeriatrische problemen lijken het meeste te eten tijdens het ontbijt (Young, 2001; Deijen, 2003; Knoops e.a., 2005). Het tijdstip tussen ontbijt en lunch is met name een probleem in verpleeghuizen. Cliënten van verzorgingshuizen of extramurale cliënten bepalen vaak zelf het tijdstip waarop ze ontbijten en hebben dus meer de mogelijkheid om de tijd tussen de maaltijden in de gaten te houden.

De tijd die verpleegkundigen of verzorgenden hebben om cliënten te assisteren tijdens de maaltijden is beperkt. Hierdoor is de voedselinname van cliënten niet optimaal voor wat betreft het aantal calorieën en vitamines en mineralen (Simmons e.a. 2004). Ook door veranderingen in smaakperceptie van cliënten en beperkte mogelijkheden die cliënten hebben om zelf hun voedselinname te regelen wordt minder goed gegeten (Osborn, 1993). De voorkeuren van cliënten voor maaltijden en specifiek voedsel worden onder andere bepaald door hun culturele achtergrond (Crogan e.a., 2004). Om de voedselinname van cliënten te optimaliseren is het van belang voldoende personeel in te zetten en de sfeer tijdens de maaltijden te verbeteren (Nijs, 2006).

#### *Sfeer en ambiance tijdens de maaltijden*

Uit de literatuurstudie komt naar voren dat de sfeer tijdens de maaltijden in verpleeg- en verzorgingshuizen vaak te wensen over laat. Bij het verbeteren van de sfeer tijdens maaltijden is het belangrijk rekening te houden met de persoonlijke voorkeur van de

---

system for the Department of Public Health, *Ann Ing* 2005, Jan-Febr 17 (1):35-46.

<sup>7</sup> Andrews YN, Castellanos VH, Development of a method of estimation of food and fluid intakes by nursing assistants in long-term care facilities: a pilot study 2003, *J Am Diet Ass* July 107(7):873-7.

<sup>8</sup> Green SM, Watson R Nutritional Screening and assessment tools for older adults: literature review. *J Adv Nurs* 2006 May 54 (4):477-90.

<sup>9</sup> Evans B and NL Crogan, Using the FoodEx-LTC to Assess Institutional Food Service Practices Through Nursing Home Residents' Perspectives on Nutrition Care, *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, 2005. Vol. 60A, No. 1, 125-128.



cliënt (Evans, 2003), de wijze waarop voedsel wordt verstrekt (Nijs e.a., 2003) en de werkzaamheden en motivatie van het personeel (Pearson e.a., 1003). In de literatuur wordt een aantal aspecten benoemd die kunnen leiden tot een verbetering van de sfeer tijdens de maaltijden, zoals het eten in kleine groepen, het creëren van rust tijdens de maaltijden, en voldoende assistentie en interactie met cliënten door het personeel. Een aantal studies toont aan dat bovengenoemde aspecten ook kunnen leiden tot een verhoogde voedselinname bij de cliënt en een verhoogde kwaliteit van leven (Nijs e.a., 2006; Mathey, 2001).

### *Conclusies*

Op grond van de literatuurstudie kunnen we concluderen dat dit onderzoek naar eetprofielen een aanvulling is op de huidige kennis en ontwikkelingen op het gebied van voedselinname en maaltijdvoorzieningen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen. In de literatuurstudie is geen vragenlijst ontdekt waarmee eetprofielen, eetpatronen, maaltijdvoorkeuren of voorkeuren voor ambiance vanuit cliëntenperspectief in kaart kunnen worden gebracht. Er is, zoals we bij de inventarisatie van bestaande vragenlijsten hebben aangegeven, wel een gevalideerde, Nederlandstalige vragenlijst beschikbaar om de *eetlust* van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen in kaart te brengen: de Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (SNAQ). De vier items van de SNAQ zijn in de door ons ontwikkelde conceptvragenlijst meegenomen, ervan uitgaande dat eetlust een belangrijk achtergrondkenmerk is van cliënten. Uit de beperkte studies naar sfeer en ambiance komt naar voren dat cliënten meer gaan eten als de sfeer en de ambiance tijdens de maaltijden verbetert en er (meer) aandacht is voor individuele begeleiding tijdens het eten.

De literatuurstudie heeft mede richting gegeven aan de inhoud van de topiclijst voor de focusgroepsgesprekken. In de volgende paragraaf beschrijven we wat deze centrale thema's zijn.

### **2.1.2 Focusgroepsgesprekken**

Het doel van de focusgroepsgesprekken was het in kaart brengen van voorkeuren voor maaltijden, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen van cliënten. Het ging in de gesprekken om concrete voorbeelden op het gebied van de genoemde onderwerpen en het achterhalen van verschillen tussen cliënten. In deze kwalitatieve fase zijn opvattingen van cliënten over eten en drinken geïnventariseerd. De deelnemers van de focusgroepsgesprekken zijn geworven door de clustermanager en de projectmedewerker facilitair bedrijf van de aan dit onderzoek participerende koepelorganisaties.

#### **Methode**

In beide deelnemende organisatie zijn drie focusgroepsgesprekken gehouden: (1) met cliënten (2) met naaste familieleden van psychogeriatrische cliënten (vanwege de cognitieve beperkingen zijn deze cliënten niet rechtstreeks ondervraagd) én (3) met professionals van de organisatie. In totaal hebben vijftien *cliënten* aan de focusgroepsgesprekken deelgenomen: twee cliënten kortdurende zorg verpleeghuis

(revalidatie), twee cliënten langdurende somatische zorg verpleeghuis, vijf cliënten langdurende somatische zorg verzorgingshuis en vier cliënten die extramurale diensten ontvangen vanuit de instelling. Aan de focusgroeps gesprekken met *familieleden van psychogeriatrische cliënten* hebben dertien personen (partners van de cliënt, dochter, zoon of schoondochter) deelgenomen. Tot de twaalf deelnemers van de focusgroeps gesprekken met *professionals* van beide koepelorganisaties behoorden: een verzorgende, een diëtiste, teamleider restaurant, voedingsassistente, gastvrouw, cateringmedewerkster, medewerker restaurant, kok, verzorgende, manager welzijn en dienstverlening, een logopediste en een medewerkster servicebalie (voedingsadministratie).

### 2.1.3 *Diepte-interviews*

Om nóg meer zicht te krijgen op de individuele verschillen in eetpatronen, maaltijdvoorkeuren en voorkeuren van ambiance van cliënten hebben we diepte-interviews gehouden met cliënten.

#### **Methode**

In totaal hebben we negen cliënten van beide koepelorganisaties geïnterviewd, verdeeld over de vier verschillende cliëntgroepen en met een verschillende sociale en culturele achtergrond. Er is een gesprek gevoerd met twee cliënten langdurende somatische zorg, twee cliënten kortdurende zorg verpleeghuis (revalidatie), twee familieleden van psychogeriatrische cliënten, in aanwezigheid van de cliënt en drie cliënten die extramuraal zorg ontvangen vanuit het verpleeg- of verzorgingshuis. De interviews duurden gemiddeld een uur. De gesprekken zijn opgenomen op band en tijdens het interview zijn aantekeningen gemaakt. Alle diepte-interviews zijn na afloop uitgewerkt in een letterlijk gespreksverslag.

De focusvraag van de groeps gesprekken en de diepte-interviews met cliënten was: “*Wat zijn uw wensen en behoeften als het gaat om eten en drinken?*” Met *uw* bedoelen we de cliënt van het verpleeghuis, verzorgingshuis of de extramurale cliënt. We hebben tijdens de gesprekken een topiclijst gebruikt met de volgende thema’s:

1. Wat vindt u<sup>10</sup> echt lekker? (maaltijdvoorkeuren)
2. Wanneer, met wie en waar zou u het liefst willen eten? (eetmomenten en keuzemogelijkheden)
3. Wat is voor u een ‘goede’ maaltijd? (normen en opvattingen over eten en drinken)
4. Wat zorgt volgens u voor sfeer en een prettige ambiance tijdens de maaltijden? (sfeer en ambiance)

De focusgroeps gesprekken zijn gestart met een voorstelronde van de deelnemers aan elkaar, waarin we hebben gevraagd kort aan te geven wat men belangrijk vindt op het gebied van eten en drinken. Daarna zijn bovenstaande thema’s uitgebreid aan bod gekomen. Er is geprobeerd om zo open mogelijk te interviewen om relevante indicatoren

---

<sup>10</sup> Bij de familieleden is in plaats van u over *uw naaste* gesproken en bij de professionals over *de cliënt*.

op het gebied van eten en drinken boven tafel te krijgen. De gespreksleider heeft doorgevraagd om te verhelderen wat cliënten, familieleden of professionals concreet bedoelen: “*Wat precies is op het gebied van eten en drinken belangrijk en waarom?*” In de gesprekken werd ook benadrukt dat het in het onderzoek *niet* gaat om het oordeel over de bestaande maaltijdvoorziening van de zorgorganisatie: de wensen en behoeften van de cliënten als het gaat om eten en drinken staan centraal.

De gesprekken zijn allen opgenomen op video en duurden anderhalf tot twee uur. De uitvoerend onderzoeker van het NIVEL fungeerde als gespreksleider en als co-gespreksleider was een medewerker van, hetzij het NIVEL hetzij Albron Carewell aanwezig. Alle focusgroeps gesprekken zijn uitgewerkt in een uitgebreid, bijna letterlijk uitgeschreven verslag.

Deze gespreksverslagen zijn handmatig geanalyseerd aan de hand van uitspraken van cliënten over de genoemde onderwerpen én achtergrondkenmerken van de cliënten. Er is geïnventariseerd wat cliënten echt lekker vinden, wat men belangrijk vindt als het gaat om eten en drinken en welke voorkeuren cliënten hebben op het gebied van de maaltijdvoorziening en ambiance. Onderwerpen die door cliënten of familieleden van psychogeriatrische cliënten meerdere keren zijn genoemd hebben we hierbij als belangrijker opgevat dan onderwerpen die door één cliënt naar voren zijn gebracht.

#### **2.1.4 Resultaten**

In de focusgroeps gesprekken met professionals bleek dat het voor hen over het algemeen moeilijk was om vanuit cliëntenperspectief uitspraken te doen over de maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen van cliënten. De informatie uit de focusgroeps gesprekken met professionals is dan ook vooral gebruikt om de setting (de deelnemende koepelorganisaties) beter te leren kennen, maar heeft geen rol gespeeld bij de uitwerking van de dimensies. Zo is er informatie verzameld over de organisatie van de maaltijdservice, het voedingsbeleid en de hantering van bestaande richtlijnen over voeding en vochtinname.

In het volgende bespreken we per thema de belangrijkste bevindingen van de focusgroeps gesprekken en de diepte-interviews met cliënten en naasten integraal. Als het gaat om resultaten die alleen in de gesprekken met individuele cliënten naar voren zijn gekomen, dan bespreken we deze apart. Het spreekt verder voor zich dat de focusgroeps gesprekken en interviews veel meer aan informatie hebben opgeleverd over eetpatronen, voorkeuren voor ambiance en maaltijdvoorkeuren van cliënten dan we hier presenteren. We geven hier alleen de resultaten weer die richtinggevend zijn geweest voor de ontwikkeling van de conceptvragenlijst.

##### *Ad 1. Wat vindt u nou echt lekker?*

Op de vraag welk eten men nou echt lekker vindt, is de ‘traditionele’ maaltijd vaak favoriet: aardappelen, vlees en groenten, stampot en af en toe nasi. Het gaat hier, zo blijkt, om de traditionele, westerse maaltijd. Voor cliënten die in niet in Nederland, maar

bijvoorbeeld in Suriname, zijn opgegroeid kent ‘traditioneel’ eten een andere invulling: rijst, roti of halalvlees (vanuit geloofsovertuiging).

Daarnaast zijn er cliënten die, naast de traditionele maaltijd een duidelijke voorkeur hebben voor ‘gevarieerd’ eten zoals chili con carne, pasta, paella of mosselen. Deze cliënten stellen afwisseling erg op prijs.

Tot slot is er een groep cliënten die een verfijnde smaak heeft en de voorkeur uitspreekt voor de luxere maaltijd met bijvoorbeeld biefstuk of varkenshaas.

Cliënten vinden het ook erg belangrijk te kunnen kiezen wat ze eten. In de diepte-interviews met cliënten is dit nog eens bevestigd.

#### *Ad 2. Wanneer, waar en met wie zou u het liefst willen eten?*

De geïnterviewde cliënten geven de voorkeur aan drie maaltijden per dag. Het liefst eet men op een vast tijdstip: omdat men dat van huis uit gewend is of omdat men op tijd wil zijn bij andere afspraken zoals therapie of bezoek. De warme maaltijd wordt over het algemeen ’s middags genuttigd; de mogelijkheid bestaat wel om ’s avonds te eten maar slechts weinig cliënten maken hier gebruik van. Degenen die niet gewend waren om ’s middags warm te eten hebben zich aangepast aan de etenstijden en vinden dat nu fijn.

Met name de cliënten die zelfstandig wonen (extramurale cliënten) geven aan dat ze uitbreiding van de etenstijden op prijs stellen, omdat ze dan flexibeler zijn. Ze zouden de mogelijkheid willen hebben om zowel ’s middags als ’s avonds warm te eten en stellen een uitbreiding van de etenstijden, bijvoorbeeld tussen 12.00 en 14.00 uur, waarop warm kan worden gegeten op prijs. Cliënten waarderen het veelal dat de soep ’s middags rond 16.00 uur wordt aangeboden in plaats van voorafgaand aan de warme maaltijd om 12.00 uur. De tijd tussen ontbijt en middagmaal is namelijk vaak (te) kort.

Er zijn ook cliënten die van tussendoortjes houden, een snack bij de broodmaaltijd of van een hartig hapje ’s avonds; (zacht) fruit is vaak genoemd als iets dat men graag eet.

Men eet ofwel alleen, op de eigen kamer of in het appartement of samen met anderen, in de huiskamer, op de afdeling of in het restaurant van de zorgorganisatie. Cliënten die alleen eten doen dit meestal heel bewust: enerzijds zijn er mensen die het prettig vinden om alleen te eten, omdat ze een ‘eenling’ zijn. Anderen geven er de voorkeur aan om alleen te eten omdat ze hardhorend zijn en de tafelgenoten toch niet verstaan, zich eenzaam voelen in een grote groep, zich storen aan het eetgedrag van medecliënten óf omdat ze het vervelend vinden dat ze zelf niet meer zo netjes kunnen eten (vanwege een lichamelijke beperking).

Cliënten vinden het belangrijk te kunnen kiezen met wie men eet, waar men eet en wanneer men eet. Dit laatste aspect heeft mede betrekking op de tijdstippen van maaltijden (op een vast tijdstip of de mogelijkheid tot uitbreiding van de etenstijden) en de verschillen in eetpatronen van cliënten (drie keer per dag op vaste tijden of ook tussendoortjes). Het wordt algeheel gewaardeerd dat familie of vrienden mee kunnen eten op het moment dat bezoek tijdens de maaltijden komt.

#### *Ad 3. Wat is voor u een ‘goede’ maaltijd?*

Bij dit thema maken we een onderscheid tussen de antwoorden van cliënten en de antwoorden van familieleden van psychogeriatrische cliënten. Cliënten geven aan dat de smaak verandert naarmate men ouder wordt; dat geldt ook voor psychogeriatrische

cliënten. Om die reden vinden familieleden van psychogeriatrische cliënten het moeilijk te beoordelen of eten in de ogen van de cliënt, lekker smaakt. Voor psychogeriatrische cliënten is het ter plekke kunnen kiezen tijdens de maaltijd weer belangrijker. Dat het eten er smakelijk uit moet zien, vinden zowel de cliënten als de familieleden van psychogeriatrische cliënten belangrijk. Variatie in het maaltijdaanbod wordt belangrijk gevonden, net zoals het op een vast tijdstip eten en de presentatie van de maaltijden. Tijdens de focusgroeps gesprekken bleken aanzienlijke verschillen te bestaan tussen cliënten in opvattingen over eten en drinken: *“De warme maaltijd is het hoogtepunt van de dag”* tegenover *“Eten omdat het moet”*. In de diepte-interviews met cliënten zijn deze verschillen ook naar voren gekomen. Sommige vinden het gauw goed: *“Je moet tevreden zijn met de middelmaat”* en anderen geven aan: *“Misschien ben ik wel kritisch met eten, zoals thuis kan niet maar wel in redelijke mate”*.

*Ad 4. Wat zorgt volgens u voor sfeer en een prettige ambiance tijdens de maaltijden?*

Over dit onderwerp waren de meeste cliënten en familieleden van psychogeriatrische cliënten het met elkaar eens: mooi gedekte tafels en dekschalen verhogen de sfeer tijdens de maaltijden. Ook de aankleding van de ruimte, een huiselijke sfeer, een praatje tijdens het eten en een vriendelijke bediening zorgen voor een prettige ambiance. Dit is van belang als mensen in een groep eten, maar ook wanneer zij alleen de maaltijd gebruiken. Uitspraken uit de diepte-interviews zijn: *“Gezelligheid, dat is belangrijk, een mooi gedekte tafel, een bloemetje op tafel. Als het mooi gedekt is, nodigt het uit tot eten”*.

De focusgroeps gesprekken en diepte-interviews met cliënten en familieleden van psychogeriatrische cliënten hebben veel kwalitatief materiaal opgeleverd, dat we hebben gebruikt als input voor de formulering van de items van de conceptvragenlijst. De opvattingen over eten en drinken van de geïnterviewden vormden namelijk de basis voor de formulering van de stellingen en uitspraken van de vragenlijst (de kwantitatieve fase).

Na afloop van de diepte-interviews hebben we de cliënten op een vragenlijst met een tiental uitspraken over eten en drinken laten reageren. We hebben hen verzocht op een schaal van 0 (= zeer mee oneens) tot en met 10 (= zeer mee eens) het belang van de uitspraken aan te geven. De uitspraken waren gedestilleerd uit de informatie van de focusgroeps gesprekken. Een voorbeeld van een uitspraak is: *“Ik ben kieskeurig als het gaat om eten en drinken”*. Aan de hand van de antwoorden van de individuele cliënten is dieper ingegaan op de specifieke maaltijdvoorkeuren. Deze aanvullende informatie is erg belangrijk geweest om te achterhalen welke dimensies en subdimensies er toe doen bij de ontwikkeling van eetprofielen.

## 2.2 Conceptdimensies

We sluiten deze kwalitatieve fase af met het benoemen van een aantal conceptdimensies dat een belangrijke rol leek te spelen bij voorkeuren voor maaltijden, voor ambiance en eetpatronen. Deze conceptdimensies zouden ook het vertrekpunt vormen voor de vragenlijst voor het kwantitatieve deel en worden getoetst. Het is in dit stadium van het onderzoek van belang om voldoende én uiteenlopende (sub)dimensies in het kwantitatief deel mee te nemen, zodat het ook mogelijk is om, op basis van deze dimensies, uiteindelijk eetprofielen samen te stellen.

Vooruitlopend op de resultaten van het kwantitatieve deel, vermelden we dat de conceptdimensies voor een deel duidelijk terug gevonden worden in de kwantitatieve analyses. Voor een ander deel betreft het dimensies die verfijnd zijn in het kwantitatieve deel.

**N.B.** Dit betekent dat de hieronder gepresenteerde conceptdimensies uit de kwalitatieve analyses qua naamgeving enigszins kunnen afwijken van de dimensies, zoals die uit de kwantitatieve analyses (zie hoofdstuk 3) naar voren zullen komen.

De voorkeur voor ‘samen eten’ (*‘Sociaal gericht’*) of ‘alleen eten’ (*‘Individueel gericht’*) als hoofddimensie blijkt belangrijk, waarbij *‘Sociaal gericht’* de tegenpool is van *‘Individueel gericht’*. Deze dimensie kwam duidelijk uit het kwalitatieve onderzoeksmateriaal naar voren: enerzijds zijn er cliënten die er de voorkeur aan geven om alleen de maaltijden te gebruiken, anderzijds zijn er cliënten die graag samen met anderen wensen te eten omdat ze dat gezellig vinden. Een illustratie van een uitspraak van een sociaal gerichte cliënt luidt: *“Ik vind eten een feest want ik heb verder niks meer. Het gaat mij er om dat ik onder de mensen kom”*. Een individueel gerichte cliënt laat weten: *“Ik ben echt op mezelf ingesteld”*.

We hebben een aantal aspecten onderscheiden die horen bij *‘Sociale gerichtheid’* versus *‘Individueel gericht’* en die ook vertaald zijn naar items in de vragenlijst:

- ‘gezelligheid’ versus ‘rust tijdens het eten’;
- ‘huiselijkheid’ versus ‘op de eigen kamer eten’;
- ‘andere mensen ontmoeten’ versus ‘op zichzelf zijn’;
- ‘natafelen’ versus ‘hap-slik-weg’;
- ‘praatje tijdens het eten’ versus ‘niet te lang hoeven wachten op eten’;
- ‘eten is een sociale gebeurtenis’ versus ‘eten moet niet te lang duren’.

Daarnaast leek de dimensie *‘Traditioneel’* versus *‘Gevarieerd’* een rol te spelen, zo komt uit de analyses van het kwalitatief materiaal naar voren. Ook hier geldt weer dat er sprake is van tegenpolen op een continuüm. Andere benamingen voor *‘Gevarieerd’* als polariteit van *‘Traditioneel’* luiden: verfijnd, modern, eigentijds, innovatief, avontuurlijk, experimenteel, bereid om nieuwe dingen te proberen. Een Surinaamse revalidatiecliënt die van rijst en kousenband houdt beschouwen we als traditioneel. Een uitspraak van een cliënt die van gevarieerd eten houdt, luidt: *“Variatie in eten is vreselijk leuk. Het dwingt mensen om iets anders te kiezen”*.

Aspecten van ‘*Traditioneel*’ versus ‘*Gevarieerd*’ zijn:

- ‘eten zoals met het gewend was’ versus ‘variëren’;
- ‘vaste etenstijden’ versus ‘kunnen kiezen in etenstijden’;
- ‘alleen eten wat men kent’ versus ‘experimenteren’;
- ‘gewone smaak’ versus ‘verfijnde smaak’;
- ‘minder bewust’ versus ‘bewust’;
- ‘drie gangen menu’ versus ‘uitgebreid eten, lifflafjes’;
- ‘aardappelen, vlees, groenten’ versus ‘pasta, macaroni’;
- ‘als het maar genoeg is’ versus ‘voldoende afwisseling’.

Ook deze aspecten zijn meegenomen in de formulering van de items van de vragenlijst voor het kwantitatieve deel.

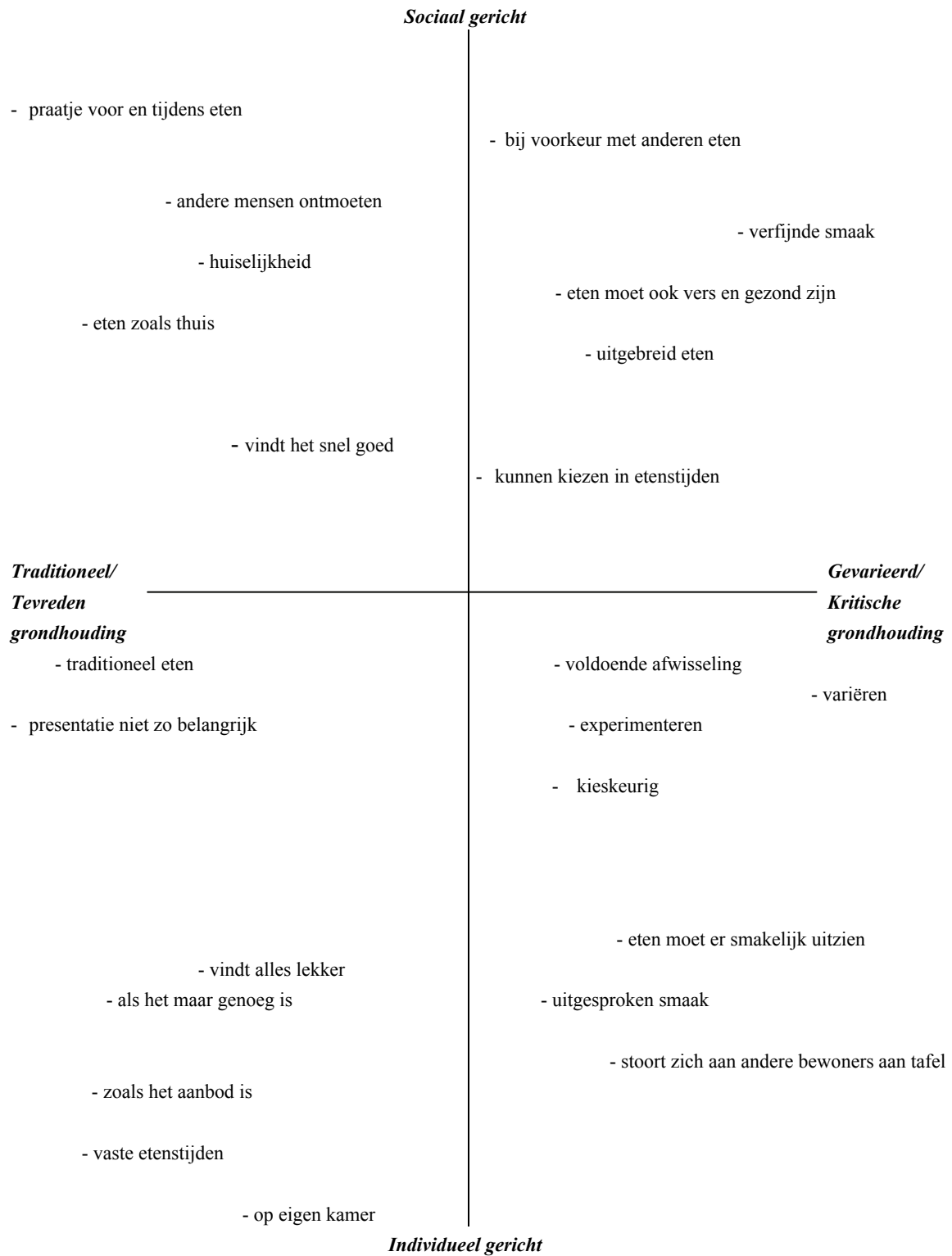
De opvattingen van cliënten over eten en drinken worden mede bepaald of iemand doorgaans een ‘*Tevreden grondhouding*’ heeft versus de tegenpool een ‘*Kritische grondhouding*’. Een cliënt met een tevreden grondhouding laat weten: “*’s Middags warm eten daar wen je aan. Ik heb een goed kosthuis hier*”, terwijl een cliënt met een kritische grondhouding zegt: “*Ik ben erg kritisch als het gaat om eten en drinken. Smaak, kleur en geur spelen een grote rol*”.

Een ‘*Tevreden grondhouding*’ versus ‘*Kritische grondhouding*’ komt tot uitdrukking in de volgende aspecten die meegenomen zijn in de vragenlijst:

- ‘zoals het aanbod is’ versus ‘behoefte aan tussendoortjes’;
- ‘presentatie is niet zo belangrijk’ versus ‘eten moet er smakelijk uitzien’;
- ‘lekker smaken belangrijkst’ versus ‘eten moet ook vers en gezond zijn’;
- ‘eten is niet zo belangrijk’ versus ‘eten is het hoogtepunt van de dag’;
- ‘vindt alles lekker’ versus ‘uitgesproken smaak’;
- ‘vindt het snel goed’ versus ‘kieskeurig’.

De conceptdimensies en bijbehorende aspecten zijn weergegeven in onderstaande figuur (figuur 2.1).

Figuur 2.1 Conceptdimensies en aspecten





In feite hebben we hier te maken met drie hoofddimensies ('*Sociaal gericht*' versus '*Individueel gericht*', '*Tevreden grondhouding*' versus '*Kritische grondhouding*' en '*Traditioneel*' versus '*Gevarieerd*') ofwel een drie-assenstelsel dat past op een onderwerp als maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen. Grafisch gezien leggen we dit drie-assenstelsel op elkaar, door de polen van de assen met elkaar te combineren. Analyses in de kwantitatieve fase moeten uitwijzen in hoeverre deze drie assen de lading dekken. De verwachting is dat de aspecten die in de kwantitatieve analyse bij elkaar clusteren, zullen resulteren in een eetprofiel.

In de volgende paragraaf bespreken we de ontwikkeling van de conceptvragenlijst en de onderwerpen van de vragenlijst.

### 2.3 Conceptvragenlijst

Op basis van en in aansluiting op de kwalitatieve onderzoeksfase is een eerste versie van de vragenlijst ontwikkeld. Deze vragenlijst is bedoeld voor kwantitatieve toepassing.

Bij de ontwikkeling van de vragenlijst hebben we in eerste instantie zo veel mogelijk items geformuleerd die de mogelijke dimensies (zoals beschreven in paragraaf 2.2.) dekken. Daarbij hebben we er op gelet dat alle elementen van de verschillende conceptdimensies voldoende vertegenwoordigd zijn in de vragenlijst en we hebben geprobeerd de items zo helder en eenduidig mogelijk te formuleren. De subdimensies zijn gebruikt als basis voor de formulering van de items in de vragenlijst.

Deze uitgebreide, eerste versie van de vragenlijst is uitgetest bij een vijftal ouderen. Hierbij ging het met name om de praktische bruikbaarheid van de vragenlijst, zoals de tijd die het de cliënt kostte en de begrijpelijkheid en eenduidigheid van de items. Het invullen van de vragenlijst kostte minder dan een half uur, wat acceptabel is voor (doorgaans) oudere mensen. De formulering van een aantal items is toegespitst en enkele andere items zijn verwijderd, omdat ze overlappen met andere items.

Ook de leden van de interne en externe klankbordgroep hebben zich over de eerste versie van de vragenlijst gebogen. Nagegaan is of de dimensies voldoende zijn gedekt in de vragenlijst. Er zijn suggesties gedaan om een aantal items toe te voegen (over broodmaaltijden, hartige snacks en vlees als maaltijdcomponent). Ook is de formulering van enkele items besproken en negatieve items zijn positief geformuleerd (om de beantwoording voor de oudere doelgroep te vergemakkelijken).

De aangepaste conceptvragenlijst bestaat - naast een instructie voor het invullen en een korte toelichting waarin de anonimiteit wordt benadrukt - uit vijf onderdelen. De vragenlijst begint in deel A met een aantal algemene vragen over het gebruik van de maaltijden (waar, hoe vaak, met wie) en of cliënten het belangrijk vinden om te kunnen kiezen wat ze eten, met wie en waar. Deel B gaat over het thema: "*Wat eet u het liefste en vindt u lekker eten en drinken belangrijk?*" In dit deel komen uitspraken over eten en drinken aan de orde (35 items). De antwoordmogelijkheden op de vragen bestaan uit een

4-puntsschaal: 'ja', 'eigenlijk wel', 'eigenlijk niet' en 'nee'. “*Wat vindt u belangrijk als het gaat om sfeer?*” is onderwerp van deel C van de vragenlijst (14 items), ook weer in de vorm van stellingen met dezelfde antwoordcategorieën als in deel B. De eetlust van cliënten wordt geïnventariseerd (Deel D) aan de hand van de gevalideerde schaal over eetlust: de SNAQ (zie paragraaf 2.1.1.). In het laatste deel van de conceptvragenlijst verzoeken we de cliënten een aantal persoonlijke gegevens in te vullen, zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleiding. De algemene vragen en de achtergrondkenmerken zijn opgenomen om eventuele verschillen in eetprofielen te kunnen interpreteren.

In de kwantitatieve fase worden de conceptdimensies uitgediept en gekwantificeerd om te komen tot een aantal van elkaar onderscheidende eetprofielen. De statistische analyses moeten uitwijzen welke dimensies en welke items uiteindelijk leiden tot een eetprofiel. Dit is onderwerp van hoofdstuk 3. We beginnen dit volgende hoofdstuk met een beschrijving van de gegevensverzameling en van de onderzoeksgroep.

### 3 Toetsen van de vragenlijst

#### 3.1 Steekproeftrekking en gegevensverzameling

Het doel van deze tweede, kwantitatieve fase van het onderzoek is toetsing van de vragenlijst in de praktijk. De vragenlijsten zijn in april 2006 uitgezet onder ruim 700 cliënten van twee koepelorganisaties in de regio Rotterdam en Zutphen. Alle verpleeg- en verzorgingshuizen die deel uit maken van de koepelorganisaties zijn in het onderzoek betrokken, om tot voldoende spreiding over de verpleeg- en verzorgingshuiscliënten te komen. Het gaat hier in dit onderzoek om cliënten van in totaal zestien verpleeghuizen, verzorgingshuizen (inclusief kleinschalige woonvormen voor ouderen, woonzorgcomplexen en zorg aan huis): zes locaties in de regio Rotterdam en tien locaties in de regio Zutphen.

Alle cliënten die tot de doelpopulatie behoren maken deel uit van de steekproef: dit zijn *alle* cliënten van de deelnemende verpleeg- en verzorgingshuizen, behalve de cliënten die zich in de terminale fase bevinden: van wie verwacht wordt dat zij binnen zes weken overlijden. De steekproef is per instelling getrokken aan de hand van een cliëntenlijst. De steekproeftrekking van cliënten is op instellingsniveau getrokken, om voldoende cliënten uit de verschillende onderzoeksgroepen (zowel intra- als extramuraal) in het onderzoek te betrekken. Bovendien was anders niet bekend hoeveel cliënten zich in de terminale fase bevinden.

De cliënten die tot de doelpopulatie behoren zijn op de cliëntenlijst gemarkeerd. Daarna is elke vijfde cliënt op de lijst gemarkeerd als ‘geselecteerde’ cliënt. Er is dus sprake van een aselechte, systematische steekproef (at random trekking).

Bij psychogeriatrische cliënten is een naast familielid benaderd met het verzoek de vragenlijst in te vullen, vanuit het perspectief van de cliënt. Psychogeriatrische cliënten zijn dus niet rechtstreeks ondervraagd, maar via een naast familielid. Het ging hier om psychogeriatrische cliënten van verpleeghuizen en kleinschalig groepswoon. Omdat de groep revalidatiecliënten in verpleeghuizen relatief kleiner is, zijn bij deze groep meer cliënten geselecteerd (oversampling).

We hebben opnieuw de volgende cliëntgroepen onderscheiden:

- langdurende somatische problematiek verzorgingshuis of verpleeghuis;
- kortdurende somatische problematiek verpleeghuis (revalidatie);
- psychogeriatrische problematiek verpleeghuis;
- extramurale zorg en diensten vanuit het verzorgingshuis of verpleeghuis.

De zorginstellingen van beide koepelorganisaties hebben de cliënten, aan de hand van de door de onderzoekers opgestelde selectiecriteria, benaderd. De cliënten zijn in een informatiebrief van de directie gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Bij

psychogeriatrische cliënten zijn, zoals eerder vermeld, de naaste familieleden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Er is een aparte versie van de vragenlijst voor familieleden van psychogeriatrische cliënten gemaakt. De aanspreekvorm van de vragenlijst is *uw naaste*, in plaats van *u* in de vragenlijsten voor cliënten. Er is ook uitdrukkelijk bij vermeld dat het gaat om het perspectief van de (psychogeriatrische) cliënt en niet om de opvatting van het naast familielid. De vier vragen over eetlust (SNAQ) zijn *niet* gesteld aan het familielid van de psychogeriatrische cliënt, omdat het bijvoorbeeld voor familieleden erg moeilijk is te beoordelen of de cliënt ‘vol zit nadat hij/zij een paar happen heeft gegeten’ (dit is één van de vier vragen over eetlust).

Deelname aan het onderzoek was anoniem en op vrijwillige basis. Twee weken na de eerste verzending van de vragenlijsten is een herinneringsbrief gestuurd aan de cliënten die op dat moment nog geen vragenlijst hadden teruggestuurd.

### 3.2 Respons en reden voor non-respons

In tabel 3.1 is de netto respons af te lezen per subgroep. In dit onderzoek is gestreefd naar een minimale respons van in totaal 240 cliënten, verdeeld over de vier subgroepen: 60 cliënten langdurende somatische problematiek verzorgingshuis of verpleeghuis, 60 cliënten kortdurende somatische problematiek verpleeghuis (revalidatie), 60 cliënten psychogeriatrische problematiek verpleeghuis en 60 cliënten die extramurale zorg en diensten vanuit de instelling ontvangen. In totaal hebben 309 cliënten én familieleden van psychogeriatrische cliënten de vragenlijst ingevuld en geretourneerd ofwel 42% van alle cliënten die zijn aangeschreven. De totale respons is dus hoger dan beoogd.

Tabel 3.1 Respons per subgroep

	Verzonden lijsten	Respons N	%
Langdurende somatische zorg verpleeghuis/verzorgingshuis	172	91	53%
Kortdurende somatische zorg verpleeghuis (revalidatie)	192	48	25%
Langdurende psychogeriatrische zorg verpleeghuis	172	90	52%
Extramuraal verpleeghuis/verzorgingshuis	192	80	42%
<b>Totaal</b>	<b>728 (100%)</b>	<b>309</b>	<b>42%</b>

De grootste groepen deelnemers zijn cliënten met psychogeriatrische zorg en cliënten langdurende somatische zorg. De beoogde minimale respons van 60 revalidatiecliënten is niet gehaald. Dat betekent dat deze revalidatiecliënten in het onderzoek minder zijn vertegenwoordigd. Uit de praktijk is bekend dat revalidatiecliënten voor onderzoek lastig te bereiken zijn, vanwege de relatief korte verblijfsduur en het feit dat deze cliëntengroep het druk heeft met therapie. Qua omvang is de groep revalidatiecliënten in de betrokken verpleeghuizen ook kleiner in vergelijking met de groep cliënten met langdurende somatische of psychogeriatrische zorg.

De non-respons bedraagt 58% ofwel 419 cliënten. Van deze cliënten en familieleden van psychogeriatrische cliënten heeft een aantal (N=49) gehoor gegeven aan het verzoek de vragenlijst terug te sturen, met vermelding van de reden om niet aan het onderzoek deel te nemen. Extramurale cliënten gaven als belangrijkste reden aan dat ze geen gebruik maken van de diensten van de zorgorganisatie. Voor enkele familieleden van psychogeriatrische cliënten was het te moeilijk aan te geven wat de maaltijdvoorkeuren van zijn/haar naaste zijn: vanwege (het vergevorderde stadium van) de dementie zijn de voorkeuren niet meer zo duidelijk. Slechts een enkele cliënt vond de vragenlijst te lang of te ingewikkeld. Andere kenmerken van de non-respons, zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en opleiding, vertonen *geen* andere uitkomsten in vergelijking met de steekproef. Het betreft hier de non-respons van de cliënten (en familieleden) die de achtergrondgegevens hebben ingevuld en de vragenlijst hebben terug gestuurd. In de volgende paragraaf schetsen we een beeld van de cliënten die aan het onderzoek hebben deelgenomen.

### 3.3 Beschrijving van de onderzoeksgroep

Tabel 3.2 toont een overzicht van kenmerken van cliënten die de vragenlijst hebben ingevuld of van wie het familielid de vragenlijst heeft ingevuld.

Tabel 3.2 Kenmerken van deelnemende cliënten

<b>Geslacht</b>	N=306	%
Man	86	28%
Vrouw	220	72%
<b>Leeftijdsklasse</b>	N=305	%
< 65 jaar	16	5%
65-75 jaar	41	13%
75-85 jaar	117	38%
> 85 jaar	131	44%
<b>Burgerlijke staat</b>	N=305	%
Gehuwd	61	20%
Ongehuwd	31	10%
Weduwe/weduwnaar	201	66%
Gescheiden	12	4%
<b>Duur verblijf</b>	N=305	%
Minder dan 6 maanden	70	23%
6 tot 12 maanden	28	9%

vervolg tabel 3.2

Tussen 1 en 2 jaar	41	13%
Langer dan 2 jaar	166	55%
<b>Opleidingsniveau</b>	N=295	%
Geen scholing	5	2%
Lager	184	62%
Middel	87	30%
Hoger	15	5%
Universitair	4	1%
<b>Geboorteland</b>	N=303	%
Nederland	274	90%
In (ander) Europees land	9	3%
Suriname, Indonesië, Antillen of Aruba, Turkije	20	7%

In totaal hebben 86 mannen (28%) en 220 vrouwen aan het onderzoek (72%) meegewerkt. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 82 jaar, variërend van 27 jaar tot 99 jaar. Tachtig procent van de ondervraagden is alleenstaand en één op de vijf cliënten van het onderzoek heeft een partner. Ruim de helft van de deelnemers (55%) verblijft langer dan twee jaar in de zorginstelling of in de huidige woning en bijna een kwart (23%) woont er nog geen half jaar. De vraag naar opleiding is niet door alle cliënten ingevuld (n= 295). Voor bijna tweederde (62%) van de deelnemers geldt dat ze een lager opleidingsniveau hebben. Een tiende van de cliënten (10%) is niet in Nederland geboren.

*Samenvattend:* in dit kwantitatieve deel gaat het vooral om vrouwen, met een relatief hoge leeftijd, die veelal alleenstaand zijn. De meeste cliënten hebben een lager opleidingsniveau en wonen langer dan twee jaar in de zorginstelling of huidige woning.

### 3.4 Methode van analyse

#### 3.4.1 Itemselectie en schaaloptimalisatie

In deze paragraaf beschrijven we welke stappen genomen zijn om de vragenlijst voor cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen te optimaliseren. We gaan dieper in op de psychometrische eigenschappen van de vragenlijst, op de keuze voor items (itemselectie) en de mogelijkheid tot het combineren van inhoudelijke relevante dimensies (schaaloptimalisatie).

### *Item non-respons*

Een hoge non-respons op een bepaald item suggereert dat de cliënten de vraag niet begrijpen of dat deze vraag alleen een klein groepje cliënten betreft. Wanneer een item door meer dan 50% van de deelnemers niet is ingevuld, is dat een reden om het item te verwijderen.

Er komt, op grond van dit criterium, geen enkel item in aanmerking om verwijderd te worden. Vrijwel alle items van de vragenlijst zijn goed ingevuld. De hoogste item non-respons is 11% en betreft het item 'Eten is een feest'.

Familieleden van psychogeriatrische cliënten vonden het, zoals eerder opgemerkt, lastiger om de vragenlijst in te vullen, maar dat betekent niet dat de item-non-response hoger was bij deze groep. Een veelgemaakte opmerking in de vragenlijst is dat, als gevolg van de dementie, de naaste niet (meer) in staat zijn/haar wensen kenbaar te maken en keuzes te kunnen maken.

### *Inter-item correlatie*

Elk aspect moet idealiter een unieke bijdrage leveren aan de invulling van de eetprofielen van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen. Een hoge correlatie tussen twee items betekent dat er overlap is tussen de aspecten die maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen meten. Als grenswaarde wordt een correlatie tussen twee items van .70 gehanteerd. Deze grenswaarde geeft aan dat de overlap in de antwoordcategorieën circa 50% is. In de vragenlijst zijn er géén items gevonden die .70 of hoger met elkaar overlappen.

### *Percentage 'ja' en 'eigenlijk wel' >95%*

Items waar alle cliënten het mee eens zijn, vertonen weinig variatie en zijn daardoor mogelijk minder geschikt voor het in kaart brengen van verschillen in maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen. De mate van variatie tussen antwoordcategorieën van de items hebben we gebruikt als aandachtspunt bij de selectie van items. We hebben de grens gelegd bij >95%: minder dan 5% is het dan *niet* dit item eens. Vijf items van de vragenlijst zouden, volgens dit aandachtspunt, in aanmerking komen om in de definitieve versie verwijderd te worden. Het betreft de items: 'Ik houd van eten dat goed op smaak is', 'Het eten moet er smakelijk uitzien', 'Een vriendelijke bediening vind ik belangrijk', 'Het eten moet lekker ruiken' en 'Het eten moet vers en gezond zijn'. Deze items hebben zowel betrekking op de maaltijdvoorkeuren als op de smaak en de bediening van de maaltijden.

Ofschoon de genoemde items uit de lijst verwijderd zouden moeten worden, blijken deze aspecten van eten en drinken voor veel cliënten wél belangrijk te zijn. Gelet op de inhoud van de items gaat het eigenlijk om randvoorwaarden waar de voedingsdienst aan moet voldoen. Om deze reden hebben we besloten deze items toch in de definitieve versie van de vragenlijst op te nemen, om te voorkómen dat deze aspecten naar de achtergrond verdwijnen. Het belang dat cliënten hechten aan de presentatie van de maaltijden en maaltijdvoorkeuren zou mogelijk ook kunnen veranderen in de loop der tijd.

### *Betrouwbaarheid*

De vragenlijst is als geheel (49 items) met een interne consistentie (Cronbach's  $\alpha$ ) van .76 voldoende betrouwbaar. Om na te gaan of in de vragenlijst subschalen gevormd kunnen

worden van gecombineerde items, zijn verschillende analyses uitgevoerd. Allereerst is nagegaan of de conceptdimensies, zoals deze vooraf - op grond van de resultaten van de kwalitatieve onderzoeksfase - zijn opgesteld met de daarbij behorende items voldoende betrouwbaar zijn.

### 3.4.2 *Dimensies*

Een goede, praktisch bruikbare vragenlijst voor het in kaart brengen van eetprofielen vanuit cliëntenperspectief mag, zoals we al hebben opgemerkt, geen ‘overbodige’ items hebben. Het inkorten van de vragenlijst kan ook gebeuren op inhoudelijke gronden, door na te gaan welke achterliggende concepten in de vragenlijst aanwezig zijn. Vervolgens zullen de meest representatieve aspecten die bij het achterliggende concept behoren, geselecteerd worden. Met behulp van factoranalyse (PCA/varimaxrotatie) is in exploratieve zin vastgesteld welke dimensies en subdimensies van eetprofielen af te leiden zijn.

Aan de hand van inspectie van de correlatiematrix is al vastgesteld (zie ‘inter-item correlatie’ in subparagraaf 3.4.1.) dat geen enkel (paar) van items zodanig samenhangt dat dit de verdere analyses verstoort. De onderlinge samenhang komt niet boven de .70 uit.

Voorafgaand aan de factoranalyse is een Kaiser-Meyer-Olkin ofwel KMO-maat toegepast, die de mate van ‘factoranalyseerbaarheid’ aangeeft (Norušis, 1988). Bij een te lage KMO (<.50) is het uitvoeren van een factoranalyse niet zinvol. Bij hoge waarden (hoger dan .70) kan factoranalyse zonder bezwaar worden toegepast. Bij waarden tussen .50 en .70 zal factoranalyse als beschrijvende of verklarende techniek van beperkte betekenis zijn.

Inhoudelijk gezien representeren onderdeel B en onderdeel C van de vragenlijst verschillende onderwerpen en daarom hebben we voor elk een aparte KMO gedaan. Deel B gaat over de maaltijdvoorkeuren en deel C over eetpatronen en ambiance. De KMO blijkt voor het deel over de maaltijdvoorkeuren op .77 uit te komen en voor het deel over de eetpatronen en ambiance is dit .66.

Items die niets of weinig gemeenschappelijk hebben met andere items kunnen bij de definitieve analyse het beste worden verwijderd. Uit de Anti-image Correlaties (AIC) blijkt geen enkel item in aanmerking te komen om verwijderd te worden (correlatie lager dan <.50). Aan de hand van alle 49 items van deel B en deel C is vervolgens een exploratieve factoranalyse uitgevoerd.

Op grond van de factoranalyse zijn 10 factoren gedetecteerd, waarvan de meeste onvoldoende betrouwbaar en lastig te interpreteren zijn. De verklaarde variantie van deze exploratieve factoranalyse bedroeg 63% voor deel B over maaltijdvoorkeuren en 86% voor deel C over eetpatronen en ambiance. Wanneer voor deel B een 6- of 5-factoranalyse wordt toegepast, blijken de zes factoren nog altijd 50% van de variantie te verklaren en bij vijf factoren is de verklaarde variantie 46%. We hebben uiteindelijk gekozen voor de vijf-factoranalyse voor deel B.



Tabel 3.3 bevat de resultaten van de factoranalyse en toont een overzicht van de gevonden factoren van deel B over maaltijdvoorkeuren. Tevens worden de items gepresenteerd, die op basis van de factorlading ( $>.30$ ) kunnen worden ingedeeld bij deze factor. De benoemde factoren kunnen worden opgevat als dimensies voor het vaststellen van eetprofielen vanuit cliëntenperspectief. Ook staan de betrouwbaarheidscoëfficiënten van de schalen (Cronbach's  $\alpha$ ) vermeld.

Tabel 3.3. Factorladingen van de items bij een vijffactoranalyse

Factor	Omschrijving item	Factorlading
<i>Factor 1</i>		
'Presentatie en variatie' $\alpha = .67$ , schaal met 5 items	Het eten moet er smakelijk uitzien	.79
	Het eten moet lekker ruiken	.77
	Variatie in eten en drinken vind ik belangrijk	.74
	Het eten moet er kleurrijk uitzien	.57
	Ik vind variatie in broodbeleg belangrijk	.51
<i>Factor 2</i>		
'Gericht op eten' $\alpha = .70$ schaal met 6 items	De warme maaltijd is voor mij het hoogtepunt van de dag	.81
	Eten is een feest	.74
	Ik ben een grote eter	.56
	Vlees is voor mij het belangrijkste onderdeel van de warme maaltijd	.53
	Ik vind lekker eten en drinken belangrijk	.52
	Eten bepaalt mijn dagindeling	.51
<i>Factor 3</i>		
'Avontuurlijk' $\alpha = .72$ schaal met 3 items	Ik houd van gerechten uit de buitenlandse keuken	.80
	Ik eet graag voor mij nieuwe dingen	.72
	Ik houd van rijstgerechten	.63
<i>Factor 4</i>		
'Kritische grondhouding' $\alpha = .69$ , schaal met 6 items	Ik ben kritisch als het eten en drinken betreft	.74
	Ik ben kieskeurig als het gaat om eten en drinken	.64
	Ik klaag wel eens over het eten	.63

vervolg tabel 3.3

	Ik heb een verfijnde smaak	.62
	Ik eet het liefste wat ik van huis uit gewend ben	.51
	Ik houd van een luxe maaltijd	.30
<i>Factor 5</i>		
'Tussendoortjes' $\alpha = .63$ , schaal met 3 items	Ik houd van tussendoortjes	.78
	Ik houd van hartige snacks	.72
	Ik houd van iets lekkers bij de koffie	.61

\*Extraction method: Principal Component Analysis, Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

\*\*De hoogste factorladingen zijn weergegeven

Van de items over eetpatronen en ambiance (deel C van de vragenlijst) was het mogelijk een betrouwbare schaal te construeren. Uit tabel 3.4 is af te lezen om welke items het hier gaat.

Tabel 3.4 Schaal 'Sociaal gericht'

Schaal	Omschrijving item	Alpha if item deleted
'Sociaal gericht' $\alpha = .65$ , schaal met 7 items	Ik vind het belangrijk dat de tafel mooi is gedekt	.56
	Ik vind het fijn om samen met andere bewoners te eten	.63
	Ik houd van een praatje tijdens het eten	.63
	Ik vind huiselijkheid belangrijk	.58
	Een vriendelijke bediening vind ik belangrijk	.65
	Ik vind het belangrijk om op elkaar te wachten met eten	.60
	Eten is gezellig	.63

Uit de analyses van de ingevulde vragenlijsten hebben we uiteindelijk de volgende dimensies van maaltijdvoorkeuren kunnen onderscheiden: 'Presentatie en variatie' (5 items), 'Gericht op eten' (6 items), 'Avontuurlijk' (3 items) en 'Kritische grondhouding' (6 items) en 'Tussendoortjes' (3 items). Op het gebied van eetpatronen en ambiance blijkt 'Sociaal gericht' (7 items) een schaal te vormen.

De meeste van deze dimensies sluiten goed aan bij de conceptdimensies zoals die in de kwalitatieve fase van dit onderzoek naar voren zijn gekomen (zie hoofdstuk 2). De dimensies 'Kritische grondhouding' en 'Sociaal gericht' blijken overeen te komen met de resultaten van de kwantitatieve analyse. *Tevreden grondhouding* vervangen we door

de term *Dankbare grondhouding* omdat deze naam beter aansluit bij de onderzoeksgroep. De dimensie ‘*Gevarieerd*’ kwam ook uit de kwantitatieve analyses naar voren, maar we hebben gekozen om daaraan gerelateerd de term ‘*Avontuurlijk*’ (houdt van gerechten uit de buitenlandse keuken, eet graag voor hem/haar nieuwe dingen) te gebruiken, omdat deze inhoudelijk beter aansluit. De items over variatie blijken samen te hangen met presentatie van de maaltijden, *Presentatie en variatie*. De dimensies ‘*Gericht op eten*’ en ‘*Tussendoortjes*’ zijn nieuw.

We laten in tabel 3.5 zien in welke mate cliënten zich onderscheiden op de verschillende dimensies. Dit is belangrijk om tot een indeling in onderscheidende eetprofielen te kunnen komen (zie hoofdstuk 4). Voor de betekenis van de dimensies verwijzen we naar de bijbehorende items van tabel 3.3 en tabel 3.4.

Tabel 3.5 Mate waarin cliënten zich onderscheiden op de dimensies

N (%)	Ja*	Eigenlijk wel*	Eigenlijk niet*	Nee*
Presentatie en variatie (n=274)	188 (69%)	78 (28%)	7 (3%)	1 (0%)
Gericht op eten (n=265)	48 (18%)	142 (54%)	67 (25%)	8 (3%)
Avontuurlijk (n=271)	54 (20%)	82 (30%)	87 (32%)	48 (18%)
Kritische grondhouding (n=251)	25 (10%)	99 (39%)	112 (45%)	15 (6%)
Tussendoortjes (n=278)	107 (38%)	116 (42%)	42 (15%)	13 (5%)
Sociaal gericht (n=260)	131 (51%)	109 (42%)	19 (7%)	1 (0%)

\*1 = ‘ja, belangrijk’; 2 = ‘eigenlijk wel belangrijk’; 3 = ‘eigenlijk niet belangrijk’; 4 = ‘nee, niet belangrijk’

Bijna alle cliënten (97%) vinden het belangrijk dat de maaltijden aantrekkelijk gepresenteerd worden en zij vinden variatie erg belangrijk (‘ja’; ‘eigenlijk wel’). Bijna één op de vijf cliënten is zeer op gericht op eten (18%; ‘ja’): voor deze cliënten is de warme maaltijd het hoogtepunt van de dag en zij vinden lekker eten en drinken buitengewoon belangrijk. Een vijfde van de cliënten (20%) is zeer avontuurlijk wat eten en drinken betreft: hij/zij houdt erg van buitenlandse gerechten en eet graag voor hem/haar nieuwe dingen (‘ja’). Een tiende van de cliënten (10%) heeft een zeer kritische grondhouding wat eten en drinken betreft en houdt van verfijnd eten (‘ja’). Ongeveer één op de vier cliënten (38%) houdt erg van een tussendoortje en snacks (‘ja’). Bijna alle cliënten (93%) zijn sociaal gericht, vinden een vriendelijke bediening belangrijk en houden van huiselijkheid (‘ja’; ‘eigenlijk wel’).

### *Aanvullende analyses*

Tot slot zijn we nagegaan of de analyses andere resultaten opleveren dan voor de totale groep cliënten: (1) voor de totale groep cliënten zonder de *psychogeriatrische cliënten* én (2) voor de groep psychogeriatrische cliënten apart. Bij de groep psychogeriatrische cliënten gaat het namelijk om het perspectief van de cliënt, zoals weergegeven vanuit het perspectief van het familielid. Deze aanvullende analyses hebben uiteindelijk *niet* tot andere voorkeuren voor maaltijden, ambiance of eetpatronen geleid. Hier komen we later nog op terug.

### *Wensen en behoeften van cliënten*

In een open vraag is aan cliënten gevraagd of men nog wensen of behoeften had op het gebied van eten en drinken. In totaal hebben tweeëntachtig cliënten (27%) gebruik gemaakt van het invullen van deze open vraag. Cliënten hebben wensen geuit voor een betere smaak en een goede bereiding van de maaltijden, meer variatie in vlees en meer keuze in groenten (geen blikgroenten), meer flexibiliteit in het tijdstip van eten, behoefte aan vers fruit en aan ouderwetse gerechten zoals hete bliksem en gortenpap, een borreltje, zoet beleg, rauwkost, vis (paling), pasta of een lekker toetje. Zij vinden het ook belangrijk dat eten smakelijk wordt opgediend en dat ze op de juiste manier worden geholpen tijdens de maaltijden.

## 4 Beschrijving van de eetprofielen

### 4.1 Ontwikkeling van eetprofielen

We zijn op zoek gegaan naar *eetprofielen* door de variatie in de scores op dimensies tussen cliënten te bekijken én na te gaan welke combinaties van dimensies veel voorkomen. Hierbij zijn we uitgegaan van de zes onderscheiden dimensies uit tabel 3.5.

#### 4.1.1 Schaalscores

Om er zeker van te zijn dat de schalen robuust zijn hebben we, naast de in hoofdstuk 3 beschreven factoranalyse, nog een ander soort analyse uitgevoerd: de reliability-test. In tabel 4.1 is de betrouwbaarheidsindex (reliability) van de schalen te vinden. We hebben hierbij de schalen en de bijbehorende items, zoals die uit de factoranalyse naar voren kwamen, als uitgangspunt genomen. Voor de scores van de schalen geldt: hoe dichter de score bij de 1, hoe mooier de schaal is samengesteld. Uit de reliability-analyse blijken de gevonden dimensies, behalve de dimensie *Sociaal gericht*, opnieuw een betrouwbare schaal binnen de vragenlijst te vormen. De betrouwbaarheid van de schaal Sociaal gericht is wat lager, terwijl deze schaal in de eerdere analyses (zie tabel 3.4) een  $\alpha$  van .65 had. De lage betrouwbaarheid kan te maken hebben met de complexiteit van het begrip sociale gerichtheid, dat moeilijk te meten is in een beperkt aantal items. Ook presenteren we de gemiddelden van de antwoorden van de cliënten op de zes schalen in tabel 4.1 (schaalgemiddelde), om een idee te krijgen waar de cliënten scoren op de onderscheiden dimensies die gemeten worden met de schalen.

Tabel 4.1 Betrouwbaarheid en schaalgemiddelden van de dimensies

N=309	Reliability	Schaalgemiddelde*
Presentatie en variatie (5 items)	.70	1,37
Gericht op eten (6 items)	.73	2,23
Avontuurlijk (3 items)	.82	2,46
Kritische grondhouding (6 items)	.76	2,47
Tussendoortjes (3 items)	.64	1,83
Sociaal gericht (7 items)	.54	1,67

\*1 = 'ja, belangrijk'; 2 = 'eigenlijk wel belangrijk'; 3 = 'eigenlijk niet belangrijk'; 4 = 'nee, niet belangrijk'

We zien dat cliënten de dimensie '*Presentatie en variatie*' van de maaltijden over het algemeen belangrijk vinden: de gemiddelde score ligt namelijk dicht bij de 1 (= 'ja,

belangrijk'). Ook zien we dat veel cliënten sociaal zijn ingesteld ('*Sociaal gericht*') en van een huiselijke omgeving houden. De gemiddelde score op de schaal '*Tussendoortjes*' laat zien dat cliënten eigenlijk wel van tussendoortjes en hartige snacks houden. De variatie in de antwoorden op de andere drie schalen '*Gericht op eten*', '*Avontuurlijk*' en '*Kritische grondhouding*' is groter en het gemiddelde ligt tussen de 2 (= 'eigenlijk wel belangrijk') en 3 (= 'eigenlijk niet belangrijk').

#### **4.1.2 *Item Respons Theorie***

Om de eetprofielen te kunnen vaststellen zijn, zoals eerder opgemerkt, de dimensies van de factoranalyse als uitgangspunt genomen. We zijn nagegaan in hoeverre veelvoorkomende combinaties van dimensies leiden tot profielen. Dat hebben we gedaan met behulp van een techniek waarin een relatie wordt gelegd tussen items uit een vragenlijst enerzijds en het antwoordgedrag van respondenten anderzijds: de Item Respons Theorie, een vorm van multilevel Rasch model. Het doel van de item respons theorie is een indruk te krijgen van overeenkomstige patronen binnen een (cliënten)populatie. Deze theorie is gebaseerd op de veronderstelling dat er aan het antwoordgedrag van cliënten één of meer niet-zichtbare eigenschappen ten grondslag liggen, zoals in dit geval maaltijdvoorkeuren, eetpatronen en voorkeuren voor ambiance. Zo is op het eerste gezicht in ons onderzoek niet te zien tot welk 'eetprofiel' iemand behoort en dit is ook niet aan de hand van directe vragen vast te stellen. Met een IRT-test valt hier wel iets zinnigs over te zeggen, door de antwoorden van de cliënten te bekijken en deze als uitgangspunt te nemen om achterliggende kenmerken te beschrijven. Op basis van deze analyses worden eetprofielen ofwel 'typen eters' zichtbaar en gekwantificeerd.

*Concreet* betekent dit dat er voor elke cliënt een schatting wordt gedaan van het schaalgemiddelde, waarbij rekening wordt gehouden met zijn/haar antwoordpatroon op de items. Dat wil zeggen cliënten met een zelfde gemiddelde schaalscore, maar met een ander antwoordpatroon (bijvoorbeeld: de ene cliënt heeft een score van 1, 2 en 3 en de andere cliënt scoort 2, 2 en 2) worden in de analyse verschillend behandeld. Per cliënt en per item wordt ook een 'onzekerheidsscore' berekend: een lage onzekerheidsscore geeft aan dat de scores op een item goed voorspeld kunnen worden. Het voordeel van een IRT-test in vergelijking met andere technieken zoals clusteranalyse, is dat deze techniek een oplossing biedt voor 'missings': bij een ontbrekend antwoord op een item wordt de 'voorspelde waarde', in lijn met het antwoordpatroon van de cliënt op de andere items meegenomen.

#### **4.1.3 *Indeling van cliënten in klassen***

Vervolgens kunnen de cliënten onderling met elkaar worden vergeleken, door per dimensie een indeling te maken in groepen. Afhankelijk van de variatie in de scores, wordt per dimensie een 'interval' ofwel klasse gemaakt rondom het gemiddelde. De cliënten van ons onderzoek kunnen worden ingedeeld in drie klassen: 1 = 'bovengemiddeld belangrijk' (scoort hoger dan gemiddeld), 2 = 'gemiddeld belangrijk' en 3 = 'benedengemiddeld belangrijk' (scoort lager dan gemiddeld). Voor alle scores

geldt dus dat ze relatief zijn, dat wil zeggen gerelateerd aan het gemiddelde van de schaalscores. Let op: de schaalgemiddelden verschillen per schaal (zie tabel 4.1). Dit betekent dat ‘gemiddeld belangrijk’ voor ‘*Presentatie en variatie*’ een andere betekenis heeft dan ‘gemiddeld belangrijk’ voor bijvoorbeeld ‘*Avontuurlijk*’. In tabel 4.2 is per schaal de verdeling van de klassen te zien.

Tabel 4.2 Indeling van cliënten in klassen, per dimensie

N=305 (%)	Bovengemiddeld belangrijk n (%)	Gemiddeld belangrijk n (%)	Beneden- gemiddeld belangrijk n (%)
Presentatie en variatie (5 items)	-	n=267 (87,5%)	n=38 (12,5%)
Gericht op eten (6 items)	n=52 (17,0%)	n=98 (64,9%)	n=55 (18,0%)
Avontuurlijk (3 items)	n=72 (24,2%)	n=165 (55,6%)	n=60 (20,2%)
Kritische grondhouding (6 items)	n=61 (20,1%)	n=180 (59,2%)	n=63 (20,7%)
Tussendoortjes (3 items)	-	n=280 (92,1%)	n=24 (7,9%)
Sociaal gericht (7 items)	-	n=262 (86,5%)	n=41 (13,5%)

‘*Presentatie en variatie*’ wordt door bijna iedereen belangrijk gevonden (let op: gemiddeld betekent hier ‘belangrijk’). Datzelfde geldt voor ‘*Tussendoortjes*’ (zie tabel 4.2). Omdat de spreiding tussen cliënten niet groot is en beide dimensies om die reden niet bij zullen dragen aan de indeling van cliënten in eetprofielen, worden deze *niet* meegenomen in de nadere analyses. Dat doen we om er zeker van te zijn dat de uiteindelijke eetprofielen van elkaar onderscheidend zijn.

Voor de verdere ontwikkeling van de eetprofielen nemen we in eerste instantie dus alleen de dimensies ‘*Avontuurlijk*’ en ‘*Kritische grondhouding*’ mee. De dimensies ‘*Sociaal gericht*’ en ‘*Gericht op eten*’ betrekken we daarna als tweede stap in de analyses, omdat deze dimensie betrekking heeft op de ambiance en de sfeer tijdens de maaltijden (waar en met wie willen cliënten de maaltijd gebruiken en de aankleding van de maaltijd) en niet zozeer op maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen. Bovendien zou de indeling in eetprofielen met meerdere dimensies tegelijk te gekunsteld worden, en de indeling van cliënten in het best passende eetprofiel schaden.

## 4.2 Indeling in eetprofielen

We hebben al eerder vermeld dat veelvoorkomende, onderliggende samenhangen tussen dimensies tot eetprofielen leiden. De IRT-analyses hebben uitgewezen welke verschillende combinaties van dimensies vóórkomen en hoeveel cliënten tot een bepaalde combinatie behoren (tabel 4.2). Bij de indeling in eetprofielen zijn we uitgegaan van

combinaties waartoe de meeste cliënten behoren. We zijn in eerste instantie dus uitgegaan van twee dimensies: ‘*Kritische grondhouding*’ met als tegenpool ‘*Dankbare grondhouding*’ en ‘*Avontuurlijk*’ met als tegenpool ‘*Traditioneel*’.

Om tot een bepaald eetprofiel te behoren, zijn we er van uit gegaan dat er op minimaal 1 dimensie ‘bovengemiddeld’ is gescoord bijvoorbeeld cliënten van het eetprofiel ‘*Kritische eter*’ scoren bovengemiddeld op ‘*Kritische grondhouding*’. Dat zijn de cliënten waarvan we zeker weten dat ze tot het eetprofiel ‘*Kritische eter*’ gerekend kunnen worden. Daarnaast zijn er nog combinaties mogelijk, zoals de cliënt scoort 1 keer ‘bovengemiddeld belangrijk’, op een andere dimensie ‘gemiddeld belangrijk’ en op nog een andere dimensie scoort de cliënt ‘benedengemiddeld belangrijk’. In die gevallen hebben we, bij de bepaling van het eetprofiel ‘bovengemiddeld belangrijk’ zwaarder laten meetellen dan ‘benedengemiddeld belangrijk’, omdat het bovengemiddelde aangeeft dat men een bepaalde dimensie, in vergelijking met andere cliënten, erg belangrijk vindt. Bij de keuze voor ‘gemiddeld belangrijk’ of ‘benedengemiddeld belangrijk’ hebben we ‘benedengemiddeld belangrijk’ zwaarder laten meetellen voor de indeling tot een eetprofiel, omdat ‘benedengemiddeld belangrijk’ aangeeft dat een cliënt een bepaalde dimensie, in vergelijking met anderen, niet zo belangrijk vindt.

We kunnen de volgende *eetprofielen* onderscheiden, op volgorde van aantallen cliënten (tussen haakjes het aantal cliënten en het percentage van het totaal aantal in eetprofielen ingedeelde cliënten n=295):

1. Gemakkelijke eter (n=94 ofwel 32%) ofwel de niet zo uitgesproken eter die steeds gemiddeld scoort op de dimensies *Kritische grondhouding* en *Avontuurlijk*
2. Avontuurlijke eter (n=58 ofwel 20%)
3. Kritische eter (n=45 ofwel 15%)
4. Traditionele eter (n=38 ofwel 13%)
5. Dankbare eter (n=36 ofwel 12%)
6. Avontuurlijke en Kritische eter (n=14 ofwel 5%)
7. Traditionele en Dankbare eter (n=10 ofwel 3%)

Een aantal eetprofielen is duidelijk van elkaar te onderscheiden (1 tot en met 5). Daarnaast zijn er nog twee kleine restgroepen, 6 en 7, die hoog scoren op meer dan één dimensie. Omdat het om een klein aantal cliënten gaat en het dus een minder vaak voorkomend profiel betreft, hebben we besloten deze buiten de verdere analyses te houden.

De grootste groep cliënten (een derde) behoort tot het profiel ‘*Gemakkelijke eter*, gevolgd door de ‘*Avontuurlijke eters*’ (een vijfde). Een kleinere groep (15%) betreft ‘*Kritische eters*’, ‘*Traditionele eters*’ (13%) en ruim één op de tien cliënten is een ‘*Dankbare eter*’ (12%). In de volgende paragraaf (paragraaf 4.3) geven we per eetprofiel een kenmerkende beschrijving en typering.

Om na te gaan of de dimensies inderdaad onderscheidend zijn, hebben we tot slot de samenhang tussen de dimensies onderling getoetst (Pearson correlatie, tweezijdig). De significante samenhangen zijn te vinden in tabel 4.3.



Tabel 4.3 Samenhangen tussen dimensies

N=309	Presentatie en variatie	Gericht op eten	Avontuurlijk	Kritische grondhouding	Tussendoortjes	Sociaal gericht
Presentatie en variatie	1					
Gericht op eten	.22*	1				
Avontuurlijk	.11	.16*	1			
Kritische grondhouding	.21**	.05	-.04	1		
Tussendoortjes	.07	.06	.25**		1	
Sociaal gericht	.43**	.27**	.14*	.12	.13*	1

\*correlatie is significant op 0.05 niveau ( twee-zijdig) bij 95% betrouwbaarheid

\*\*correlatie is significant op 0.01 niveau ( twee-zijdig) bij 99% betrouwbaarheid

De correlaties tussen de verschillende dimensies is laag. Dat betekent dat de dimensies betrekking hebben op aparte aspecten van eten en drinken en dat de dimensies voldoende onderscheidend zijn.

#### Verschillen in ‘eetprofielen’

Het blijkt dus mogelijk om bijna alle cliënten van beide, aan het onderzoek deelnemende koepelorganisaties in te delen in een aantal eetprofielen en te bepalen hoeveel cliënten tot een bepaald eetprofiel behoren. Als we de gegevens van beide deelnemende *koepelorganisaties* met elkaar vergelijken, dan valt op dat er wel wat, maar geen significante verschillen zijn tussen de organisaties als het gaat om het vóórkomen van eetprofielen (bijlage 3, tabel 1). We zien dat avontuurlijke eters vaker in Laurens, regio Rotterdam, te vinden zijn dan in instellingen van Stichting Sutfene, regio Zutphen, waar een groter percentage cliënten tot de traditionele en dankbare eters behoort.

Negentien van de twintig cliënten van dit onderzoek, die niet in Nederland of in een ander Europees land zijn geboren, zijn woonachtig in de regio Rotterdam. We hebben al eerder opgemerkt dat een Surinaamse cliënt die de voorkeur geeft aan roti of kousenband als traditioneel moet worden beschouwd. Omdat in dit onderzoek relatief weinig *cliënten van niet-Europese afkomst* deelnamen, hebben we het eetprofiel Avontuurlijk niet gecorrigeerd naar afkomst van de cliënt. Tot slot merken we op dat bij het item ‘Ik houd van gerechten uit de buitenlandse keuken’ het referentiekader van de cliënt een rol speelt.

Ook tussen *groepen cliënten* zijn er verschillen te ontdekken (bijlage 3, tabel 2). Kritische eters zijn vooral te vinden bij de cliënten met langdurende somatische zorg. Extramurale cliënten zijn vaker ‘avontuurlijk’ te noemen op het gebied van eten en drinken. De psychogeriatrische cliënten behoren, volgens de uitkomsten van dit onderzoek, vaker tot de ‘dankbare’ eters. Hier komen we later op terug.

### 4.3 Beschrijving van de eetprofielen

De kwantitatieve analyses hebben uiteindelijk vijf eetprofielen opgeleverd. In de onderstaande beschrijvingen worden alle relevante kenmerken van de eetprofielen bij elkaar gezet. In vorige paragraaf is al vermeld hoeveel cliënten van dit onderzoek tot een bepaald eetprofiel behoren. We beginnen de beschrijving met de grootste groep. We zijn tot deze typering gekomen door voor alle oorspronkelijke items van de vragenlijst, na te gaan welke items veel voorkomen bij bepaalde eetprofielen en ‘typisch’ zijn voor het betreffende eetprofiel. Ter illustratie hebben we enkele citaten uit de kwalitatieve gesprekken met cliënten en familieleden van psychogeriatrische cliënten opgenomen, zodat de eetprofielen meer tot de verbeelding spreken en gaan ‘leven’.

#### 4.3.1 Gemakkelijke eter

De ‘gemakkelijke eter’ is niet zo uitgesproken in zijn/haar opvattingen als het gaat om eten en drinken. Dat de gemakkelijke eter niet zo uitgesproken is, laten ook veel van de volgende kenmerkende items zien.

De gemakkelijke eter:

- Lust eigenlijk alles
- Is *niet* zo kieskeurig als het om eten en drinken gaat
- Is *niet* zo uitgesproken in zijn/haar maaltijdvoorkeuren
- Vindt zichzelf een gemakkelijke eter
- Is eigenlijk geen grote eter
- Is *niet* zo kritisch als het om eten en drinken gaat
- Klaagt *niet* snel over het eten
- Houdt *niet* van een wijntje bij het eten
- Houdt eigenlijk *niet* van gerechten uit de buitenlandse keuken
- Vindt de broodmaaltijd eigenlijk net zo belangrijk als de warme maaltijd
- Houdt eigenlijk wel van rijstgerechten
- Vindt variatie in het broodbeleg belangrijk
- Vindt het fijn om samen met andere bewoners te eten
- Vindt een vriendelijke bediening belangrijk

Illustratie

*‘Ik ben een gemakkelijke eter. Ik lust eigenlijk alles’.*

*‘Ik eet omdat ik moet eten, maar dat ik echt honger heb kan ik niet zeggen. De warme maaltijd, daar zit ik niet op te wachten. Ik eet niet graag alleen, dat hoeft niet voor mij’.*

*‘Mijn moeder is een gematigde eter.’*

### 4.3.2 *Avontuurlijke eter*

De ‘avontuurlijke eter’, de naam zegt het al, scoort hoog op de dimensie *Avontuurlijk*.

De avontuurlijke eter:

- Houdt erg van gerechten uit de buitenlandse keuken
- Eet graag voor hem/haar nieuwe dingen eet
- Houdt erg van rijstgerechten
- Eet *niet* graag aardappelen, vlees en groenten
- Vlees is voor hem/haar een belangrijk onderdeel van de warme maaltijd
- Is *niet* zo kieskeurig als het om eten en drinken gaat
- Vindt zichzelf een gemakkelijke eter
- Houdt wel van een wijntje bij het eten
- Vindt vers fruit bij het eten belangrijk

Illustratie

*“Ik hield erg van koken en probeerde ook wel iets uit”.*

*“Wat uitgebreider eten, meerdere groenten. Ik ben gewend uitgebreid te eten en lang na te tafelen. Allemaal liflafjes. Fruit mis ik, dat krijgen we zelden”.*

### 4.3.3 *Kritische eter*

De ‘kritische eter’ scoort hoog op de dimensie *Kritische grondhouding*.

**De kritische eter:**

- Is erg kritisch en kieskeurig wat eten en drinken betreft
- Klaagt wel eens over het eten
- Heeft een verfijnde smaak
- Houdt van een luxe maaltijd
- Beschouwt zichzelf *niet* als een gemakkelijke eter
- Eet het liefst wat hij/zij van huis uit gewend is
- Eet *niet* graag voor hem/haar nieuwe dingen
- Houdt *niet* van gerechten uit de buitenlandse keuken
- Vindt zichzelf *géén* grote eter
- Vindt de broodmaaltijd net zo belangrijk als de warme maaltijd
- Vindt het fijn als de familie mee kan eten
- Is op zichzelf ingesteld

Illustratie

*“Misschien ben ik wel kritisch met eten, zoals thuis kan niet maar wel in redelijke mate. Het eten moet er goed uitzien.”*

*“Vers eten is belangrijk, en dat je kunt kiezen wat je eet.”*

*“Ik mis een varkenshaasje of biefstuk. Ik houd van een luxe maaltijd. Dat familie mee kan*

*eten, zou fijn zijn.”*

#### **4.3.4 Traditionele eter**

De ‘traditionele eter’, de naam zegt het opnieuw, scoort hoog op de dimensie *Traditioneel*.

De traditionele eter:

- Eet het liefste wat hij/zij van huis uit gewend is
- Eet *niet* graag voor hem/haar nieuwe dingen
- Houdt *niet* van rijstgerechten.
- Houdt *niet* van een luxe maaltijd
- Houdt *niet* van gerechten uit de buitenlandse keuken
- Vindt zichzelf een gemakkelijke eter
- Vindt lekker eten en drinken eigenlijk wel belangrijk
- Houdt *niet* van hartige snacks
- Houdt wel van iets lekkers bij de koffie
- Vindt vers fruit bij het eten belangrijk
- Houdt *niet* van een wijntje bij het eten

Illustratie

*“Thuis liet ik het vlees echt gaar worden”.*

*“Mijn moeder vindt stamppotten lekker. Dat is ze van huis uit gewend. “*

#### **4.3.5 Dankbare eter**

De ‘dankbare eter’ tenslotte scoort hoog op de dimensie *Dankbare grondhouding*.

De dankbare eter:

- Is *niet* kritisch als het gaat om eten en drinken
- Is *niet* kieskeurig wat eten en drinken betreft
- Klaagt *nooit* over het eten
- Heeft *geen* verfijnde smaak
- Houdt eigenlijk *niet* van een luxe maaltijd
- Neemt ook genoeg met eten wat hij/zij *niet* van huis uit gewend is
- Houdt eigenlijk wel van eten dat goed op smaak is
- Houdt eigenlijk wel van rijstgerechten
- Vindt vlees *niet* het belangrijkste onderdeel van de warme maaltijd
- Eten moet wel vers en gezond zijn
- Vindt eten gezellig
- Vindt het eigenlijk wel belangrijk dat de tafel mooi is gedekt
- Stoort zich *niet* aan de tafelmanieren van andere bewoners

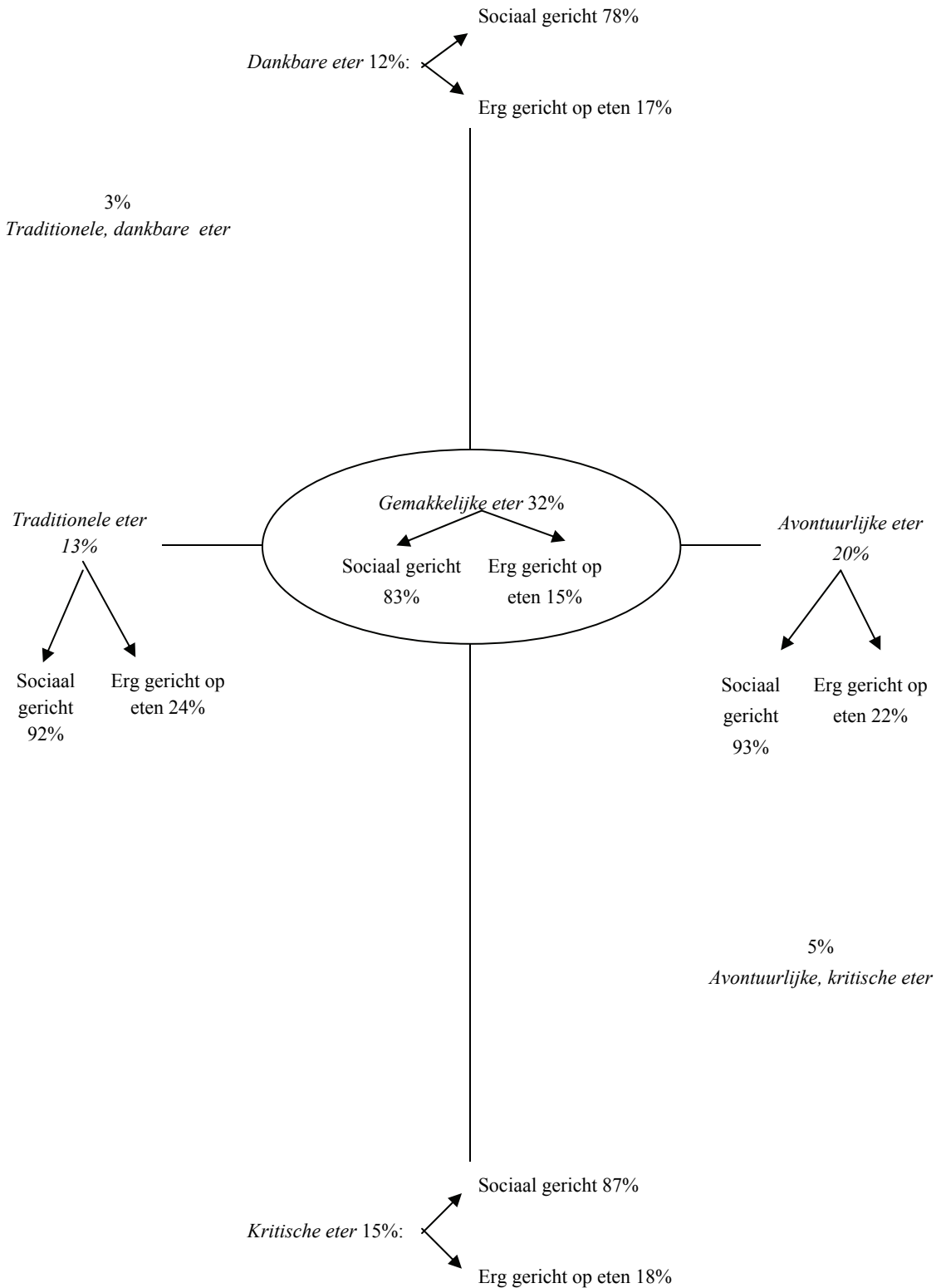
## Illustratie

*“Ik ben wel te spreken over het eten. We hebben het goed hier.”*

*“Netjes de tafel gedekt en leuk bediend.”*

Schematisch weergegeven ziet de indeling in eetprofielen er als volgt uit (figuur 4.1).

Figuur 4.1 Indeling in eetprofielen



### Verfijning van de eetprofielen

De vijf eetprofielen zijn vervolgens weer te combineren met de dimensie ‘*Sociaal gericht*’ met als tegenpool ‘*Individueel gericht*’ (figuur 4.1), dat wil zeggen of cliënten samen met anderen de maaltijd willen gebruiken en van een mooie ambiance houden, of dat ze liever alleen in hun eigen appartement of kamer eten. We gebruiken hierbij de indeling in klassen (zie tabel 4.2) van de dimensies. We hebben in deze tabel al gezien dat de variatie bij ‘*Sociaal gericht*’ klein is, en dat de klasse bovengemiddeld belangrijk niet voorkwam; benedengemiddeld belangrijk betekent in dit geval ‘*Individueel gericht*’. Bij de dimensie ‘*Gericht op eten*’ was wel meer spreiding in de antwoorden (bovengemiddeld, gemiddeld en benedengemiddeld), dat te zien is aan de driedeling in klassen (tabel 4.2).

De verdeling ziet er als volgt uit, te beginnen met de grootste groepen cliënten (tabel 4.4).

Tabel 4.4 Verfijning van de eetprofielen

Eetprofiel	Sociaal gericht			Gericht op eten	
	Gemiddeld	Beneden- Gemiddeld	Boven- gemiddeld	Gemiddeld	Beneden- gemiddeld
Gemakkelijke eter n=94	78 (83%)	16 (17%)	14 (15%)	67 (71%)	13 (14%)
Avontuurlijke eter n=58	54 (93%)	4 (7%)	13 (22%)	41 (71%)	4 (7%)
Kritische eter n=45	39 (87%)	6 (13%)	8 (18%)	28 (64%)	8 (18%)
Traditionele eter n=38	35 (92%)	3 (8%)	9 (24%)	13 (34%)	16 (42%)
Dankbare eter n=36	28 (78%)	8 (22%)	6 (17%)	20 (57%)	10 (28%)

Van de ‘*Dankbare eters*’ is ruim één vijfde (22%) *Individueel gericht*. Dat percentage ligt hoger dan bij de andere typen eters. Tot de ‘*Traditionele eters*’ horen ook veel cliënten die erg gericht zijn op eten (24%), net zoals bij de ‘*Avontuurlijke eters*’ (22%).

## 4.4 Eetprofielen en achtergrondkenmerken

We zijn nagegaan of we nog meer over de eetprofielen te weten konden komen. Dat hebben we gedaan door ze in verband te brengen met een aantal algemene vragen over eten en drinken en een paar achtergrondkenmerken van cliënten, zoals geslacht, leeftijd, opleiding, cliëntgroep, woonsituatie en burgerlijke staat. Waar het hier om gaat is vast te stellen of er een verband is tussen deze algemene en achtergrondkenmerken van de cliënten en de vijf ontwikkelde eetprofielen.

We presenteren hier alleen de kruisverbanden die significant (Pearson Chi-kwadraat) zijn, dat wil zeggen die een écht verschil tussen eetprofielen qua achtergrondkenmerken aangeven. Bij de interpretatie van de onderstaande verbanden is het belangrijk te

bedenken dat het hier gaat om een steekproef van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen van twee deelnemende koepelorganisaties.

*Kritische eters vinden de maaltijdkeuze belangrijker*

Cliënten met een kritische grondhouding vinden het bijna allemaal belangrijk om een maaltijdkeuze te hebben, te kunnen kiezen wat men eet (Chi-kwadraat 0.01; 95% ja, 3% soms).

*Traditionele eters vinden het belangrijker om te kunnen kiezen met wie ze eten*

Cliënten met een sterke voorkeur voor traditionele maaltijden vinden het belangrijker om te kunnen kiezen met wie men eet (Chi-kwadraat 0.00; 67%). Bijna een kwart (24%) van de cliënten die een sterke voorkeur hebben voor traditionele maaltijden hebben ook vaker problemen met kauwen en slikken (Chi-kwadraat 0.03). Traditionele eters zijn vaker weduwe of weduwnaar (82%; Chi-kwadraat 0.05).

*Avontuurlijke eters zijn vaak jonger dan 75 jaar*

Avontuurlijke eters houden er van af en toe iets nieuws uit te proberen op het gebied van eten en drinken. Deze groep is over het algemeen alleenstaand (42% is weduwe of weduwnaar; Chi-kwadraat 0.00) en jonger dan de gemiddelde verpleeghuis- of verzorgingshuiscliënt: 40% van de avontuurlijke eters is jonger dan 75 jaar (Chi-kwadraat 0.00).

*Dankbare eters hechten minder belang aan de maaltijdkeuze*

Cliënten die een dankbare grondhouding hebben vinden het minder belangrijk om te kunnen kiezen wat ze eten dan andere cliënten: een derde vindt dit soms of niet zo belangrijk (Chi-kwadraat 0.00). Ook vinden ze het minder belangrijk om te kunnen kiezen met wie ze de maaltijd gebruiken: slechts 14% vindt de keuze van een disgenoot belangrijk (Chi-kwadraat 0.00). Bijna alle dankbare eters hebben in de vragenlijst aangegeven dat ze géén wensen en behoeften (meer) hebben op het gebied van eten en drinken (Chi-kwadraat 0.00).

*Gemakkelijke eters onderscheiden zich op geen enkel achtergrondkenmerk van de andere typen eters.*

## **4.5 Definitieve vragenlijst**

De analyses hebben inzicht opgeleverd welke items deel uit zullen maken van de definitieve vragenlijst en welke vragen er minder toe doen. Dat geldt zowel voor de achtergrondgegevens van cliënten als voor de items die betrekking hebben op maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen van cliënten. De schaal over 'eetlust' (SNAQ) maakt géén onderdeel meer uit van de definitieve vragenlijst, omdat deze geen samenhang vertoonde met (een van) de ontwikkelde eetprofielen.

De definitieve vragenlijst is tot stand gekomen aan de hand van een afweging van de selectiecriteria op itemniveau, gecombineerd met de resultaten van de schaalanalyses. Uit



de analyses zijn vijf factoren naar voren gekomen die betrekking hebben op de maaltijdvoorkeuren en eetpatronen én een schaal om voorkeuren voor ambiance in kaart te brengen. Daarnaast zijn er items die door bijna alle cliënten belangrijk worden gevonden en om die reden in de definitieve vragenlijst worden opgenomen. Uiteindelijk hebben we een definitieve vragenlijst (zie bijlage 1) met 35 items geconstrueerd die nodig zijn om de eetprofielen vast te stellen: 27 items hebben betrekking op maaltijdvoorkeuren en eetpatronen en 8 items gaan over ambiance en de aankleding van de maaltijden. Daarnaast bevat de vragenlijst een aantal algemene vragen over het gebruik van de maaltijden en achtergrondkenmerken.

In bijlage 2 is terug te vinden welke items uit de eerste versie van de vragenlijst zijn verwijderd, omdat ze niet verklarend zijn voor de indeling in eetprofielen.

De betrouwbaarheid van de definitieve vragenlijst (35 items) is met een interne consistentie (Cronbach's  $\alpha$ ) van .77 voldoende betrouwbaar.

In het slothoofdstuk (hoofdstuk 5) worden de belangrijkste conclusies op een rijtje gezet en geven we aan hoe verpleeg- en verzorgingshuizen de ontwikkelde eetprofielen en de vragenlijst zouden kunnen gebruiken.



## 5 Conclusies en aanbevelingen

Dit afsluitende hoofdstuk gaat in op de conclusies van het onderzoek (paragraaf 5.1). We gaan ook in op de praktische toepassing van de vragenlijst (paragraaf 5.2). Het gebruik van de eetprofielen en de vragenlijst was onderwerp van een expertmeeting over de onderzoeksresultaten met deskundigen op het gebied van beleid en praktijk van verpleging en verzorging, voeding en/of facilitair management (paragraaf 5.3). We eindigen dit rapport met een aantal aanbevelingen voor het gebruik van vragenlijst en van de eetprofielen in de praktijk (paragraaf 5.4).

### 5.1 Conclusies

We laten kort de belangrijkste conclusies van het onderzoek de revue passeren en volgen hierbij de onderzoeksvragen, zoals geformuleerd in paragraaf 1.3.

De eerste onderzoeksvraag luidde:

1. *Wat zijn de voorkeuren van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen, voor maaltijden, voor ambiance en eetpatronen?*

Deze vraag is beantwoord op basis van de focusgroeps gesprekken en de individuele diepte-interviews met cliënten uit de eerste, kwalitatieve fase.

#### *Maaltijdvoorkeuren*

De maaltijdvoorkeuren van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen zijn heel divers. De ‘traditionele’ maaltijd is bij velen geliefd: aardappelen, vlees en groenten, stampot en af en toe nasi. Voor cliënten die in niet in Nederland, maar bijvoorbeeld in Suriname of Indonesië zijn opgegroeid, kent ‘traditioneel’ eten een andere invulling: vaak rijst, roti of ‘halal’ vlees.

#### *Voorkeuren voor ambiance*

Over dit onderwerp waren de meeste geïnterviewde cliënten en familieleden van psychogeriatrische cliënten het met elkaar eens: mooi gedekte tafels en dekschalen verhogen de sfeer tijdens de maaltijden.

De aankleding van de ruimte, een huiselijke sfeer, een praatje tijdens het eten en een vriendelijke bediening zorgen voor een prettige ambiance.

#### *Eetpatronen*

Cliënten geven veelal de voorkeur aan drie maaltijden per dag. Het liefst eet men dan op een vast tijdstip: omdat men dat van huis uit gewend is óf omdat men op tijd wil zijn bij

andere afspraken heeft zoals therapie of bezoek.

De warme maaltijd wordt over het algemeen 's middags genuttigd; de mogelijkheid bestaat wel om 's avonds te eten maar slechts weinig cliënten maken hier gebruik van. Cliënten waarderen het veelal dat de soep 's middags rond 16.00 uur wordt aangeboden in plaats van voorafgaand aan de warme maaltijd om 12.00 uur. De tijd tussen ontbijt en middagmaal is namelijk vaak (te) kort.

2. *Zijn er verschillen tussen cliënten in maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen?*

*Maaltijdvoorkeuren*

Er zijn wel degelijk verschillen tussen cliënten op het gebied van maaltijdvoorkeuren, zo blijkt uit de individuele interviews in de eerste kwalitatieve fase en ook uit het kwantitatieve deelonderzoek. Zo zijn er cliënten die een duidelijke voorkeur hebben voor 'gevarieerd' eten zoals chili con carne, pasta, paella of mosselen, naast af en toe een traditionele maaltijd. Deze cliënten stellen afwisseling erg op prijs. Tot slot is er een groep cliënten die een verfijnde smaak heeft en de voorkeur uitspreekt voor de luxere maaltijd met bijvoorbeeld biefstuk of varkenshaas.

*Voorkeuren voor ambiance*

Er waren niet zo veel verschillen tussen cliënten over wat bijdraagt aan een prettige ambiance. We zagen wel heel duidelijk verschillen tussen cliënten die er de voorkeur aan geven samen met anderen te eten en dat erg gezellig vinden, en cliënten die liever alleen de maaltijd gebruiken op hun eigen appartement.

*Eetpatronen*

De meeste geïnterviewde cliënten spreken hun voorkeur uit voor drie maaltijden per dag. Maar er zijn ook cliënten die erg van tussendoortjes houden, een snack bij de broodmaaltijd of van een hartig hapje 's avonds.

Met name de cliënten die zelfstandig wonen (extramurale cliënten) stellen uitbreiding van de etenstijden op prijs omdat ze dan flexibeler zijn in het maken van afspraken. Ze zouden de mogelijkheid willen hebben om zowel 's middags als 's avonds warm te eten en stellen een uitbreiding van de tijden (bijvoorbeeld tussen 12.00 en 14.00 uur) waarop warm kan worden gegeten op prijs.

3. *Welke eetprofielen van cliënten kunnen worden onderscheiden?*

Op basis van de analyse van de vragenlijstgegevens uit het kwantitatieve deelonderzoek, hebben we volgende *eetprofielen* ofwel 'typen' eters onderscheiden. Deze zijn geordend van veel naar weinig voorkomend in dit onderzoek:

1. *Gemakkelijke eter* (32% van alle ondervraagden)
2. *Avontuurlijke eter* (20% van alle ondervraagden)
3. *Kritische eter* (15% van alle ondervraagden)
4. *Traditionele eter* (13% van alle ondervraagden)
5. *Dankbare eter* (12% van alle ondervraagden)

6. *Avontuurlijke en Kritische eter* (5% van alle ondervraagden)
7. *Traditionele en Dankbare eter* (3% van alle ondervraagden)

Een aantal eetprofielen is duidelijk van elkaar te onderscheiden (1 tot en met 5). Daarnaast zijn er nog twee eetprofielen (6 en 7) die relatief weinig voorkomen in dit onderzoek. Deze restprofielen hebben we in dit onderzoek verder buiten beschouwing gelaten.

4. *Kunnen de eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen met de ontwikkelde vragenlijst op een valide en betrouwbare wijze worden vastgesteld?*

#### *Validiteit*

De validiteit van de vragenlijst is zoveel mogelijk geoptimaliseerd tijdens het ontwikkelingstraject van de vragenlijst. Dat hebben we gedaan door cliënten en familieleden in focusgroeps gesprekken en diepte-interviews zoveel mogelijk te betrekken in het onderzoek en belangrijke aspecten op het gebied van eten en drinken te laten benoemen. Verder hebben we, voor de opbouw van de vragenlijst, zo veel mogelijk aangesloten bij onderwerpen die ook uit de literatuur naar voren komen, zoals het sociale aspect van eten en drinken en de ambiance waarin de maaltijd plaats vindt. Ook de leden van de externe klankbordgroep van het onderzoek (deskundigen uit de praktijk en wetenschappers die zich bezighouden met de maaltijdvoorziening) hebben waardevolle suggesties gedaan. Daarnaast is de vragenlijst aangepast op basis van een proefafname met cliënten.

Met betrekking tot de validiteit is met behulp van factoranalyse (Principale Componenten Analyse met varimax-rotatie) bekeken welke (sub)dimensies het begrip ‘eetprofielen’ representeren. Tevens is vastgesteld in welke mate de verschillende factoren ofwel dimensies de eetprofielen verklaren, wat iets zegt over de validiteit van de vragenlijst. De 5-factoranalyse, in combinatie met de kwalitatieve gegevens uit de groeps gesprekken en diepte-interviews, hebben er toe geleid dat bij de verfijning de validiteit nog verder kon worden geoptimaliseerd. Zo is een aantal items verplaatst naar een andere dimensie, omdat ze toch iets anders bleken te meten dan de oorspronkelijke opzet. Op basis van dezelfde criteria is tevens een aantal items verwijderd, toegevoegd dan wel aangepast. Het feit dat tussen geen van de items een hoge correlatie ( $>.70$ ) wordt gevonden geeft aan dat de items ieder een ander aspect van hetzelfde construct ‘maaltijdvoorkeuren, voorkeuren voor ambiance en eetpatronen’ meten.

De vijf onderscheiden eetprofielen worden herkend door de geraadpleegde deskundigen. De validiteit van de definitieve vragenlijst lijkt hiermee gewaarborgd te zijn.

#### *Betrouwbaarheid*

De vragenlijst moet behalve valide ook (in wetenschappelijke zin) betrouwbaar zijn. Met behulp van de dataset is getoetst of de (sub)dimensies voldoende betrouwbaar zijn. De vragenlijst kan bij de waarde van (Cronbach's  $\alpha$ )  $.70$  of hoger als voldoende betrouwbaar en intern consistent beschouwd worden.

Op basis van de 5-factoranalyse kan worden gesteld dat alle dimensies een voldoende tot goede betrouwbaarheid hebben, met een Cronbach's  $\alpha$  van  $.70$  voor ‘*Gericht op eten*’,  $.72$  voor ‘*Avontuurlijk*’,  $.69$  voor ‘*Kritische grondhouding*’ en  $.65$  voor ‘*Sociale gerichtheid*’.

Bij de schaal ‘*Sociale gerichtheid*’ kunnen enige kanttekeningen worden geplaatst, omdat de items niet zo’n mooie schaal vormen. We hebben al eerder opgemerkt dat het hier gaat om een complex begrip. Bij het vaststellen van de eetprofielen gebruiken we deze schaal overigens in eerste instantie niet, maar pas in een later stadium, wanneer uitspraken worden gedaan over de mate van sociale gerichtheid en huiselijkheid van cliënten.

## 5.2 Praktische toepasbaarheid van de vragenlijst

De vragenlijst is praktisch toepasbaar gebleken bij cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen, met name voor afname bij bewoners met somatische beperkingen (langdurig en revalidatiecliënten) en extramurale cliënten.

Er is een aparte versie gemaakt van de vragenlijst voor *familieleden van cliënten met psychogeriatrische problematiek*, waarbij het perspectief van de cliënt het uitgangspunt blijft. In de praktijk merkten we echter dat familieleden het moeilijk vinden om vragen over maaltijdvoorkeuren en ambiance te beantwoorden. Ook hebben we gezien dat psychogeriatrische cliënten relatief vaak tot de tevreden, dankbare cliënten behoorden. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat een naast familielid van de cliënt de vragenlijst heeft ingevuld. Als belangrijkste reden hiervoor geven familieleden aan dat de maaltijdvoorkeuren, als gevolg van de dementie, zijn veranderd. Ook zijn familieleden niet altijd bekend met de voorkeuren van hun naaste als het gaat om samen eten of alleen de maaltijd gebruiken en ambiance. Om maaltijdvoorkeuren van deze groep cliënten in kaart te brengen zouden observaties tijdens de maaltijden door verzorgenden die hulp en ondersteuning bieden, ter aanvulling wenselijk zijn.

Het invullen van de vragenlijsten leverde voor de *cliënten* geen problemen op. Dit blijkt uit het feit dat over het algemeen alle vragen zijn ingevuld en dat cliënten geen opmerkingen hadden over de begrijpelijkheid of relevantie van de vragen. Het aantal items van de definitieve vragenlijst is gereduceerd, om de cliënten zo min mogelijk te belasten en het invullen zo gemakkelijk mogelijk te maken. De vragenlijst levert tot slot onderscheidende ‘eetprofielen’: berekening van combinaties van individuele scores maakt een indeling van cliënten in ‘typen eters’ mogelijk.

## 5.3 Adviezen en conclusies van experts over gebruik eetprofielen en vragenlijst

Om te waarborgen dat de adviezen voor toepassing, die voortvloeien uit deze studie, aansluiten op ontwikkelingen in de praktijk, zijn - na afloop van het onderzoek - experts uit diverse geledingen uitgenodigd. De discussies in de expertmeeting gingen met name over het gebruik van de eetprofielen en van de vragenlijst.

Tijdens de expertmeeting stond de volgende vraag centraal:

*Door wie, hoe en met welk doel zouden de eetprofielen én de vragenlijst om de eetprofielen van cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen in kaart te brengen, gebruikt kunnen of moeten worden?*

De conclusies van de deelnemers van de expertmeeting over de toepassing van de

*eetprofielen* kunnen als volgt worden samengevat.

De vragenlijst kan door een zorgorganisatie gebruikt worden om inzicht te krijgen in de ‘typen eters’ op basis van de indeling in eetprofielen. Door de profielen worden de inzichten tussen cliënten op het gebied van eten en drinken zichtbaar en bespreekbaar. De ontwikkelde eetprofielen kunnen vervolgens worden vertaald naar de maaltijdvoorziening. De zorgorganisatie kan de verdeling van typen eters vergelijken met het maaltijdaanbod. Zo kan direct worden aangesloten bij de wensen en behoeften van cliënten. Voor zorgorganisaties kunnen eetprofielen zowel een handig hulpmiddel als een voorsorteerbaarheid zijn, om gericht te kunnen inkopen. De eetprofielen kunnen ook worden gebruikt als marketingmiddel om het imago van de zorginstelling te verbeteren (‘regio-eten’).

Voor het facilitair management en managers zorg kunnen eetprofielen handig zijn als bedrijfsstrategisch middel, om het onderwerp ‘eten en drinken’ op de beleidsagenda te krijgen en om draagvlak te creëren. Ook is het voor het management belangrijk om te weten welke behoeften (groepen) cliënten hebben op het gebied van maaltijdvoorkeuren, ambiance en eetpatronen, om te kunnen aansluiten bij hun wensen en behoeften, bijvoorbeeld qua flexibiliteit in eetmomenten.

Voor verzorgenden is het wel handig, maar niet noodzakelijk om te weten tot welk eetprofiel een cliënt behoort. De onderwerpen uit de vragenlijst kunnen wel worden gebruikt als aandachtspunten voor een individueel gesprek met de cliënt.

Voor de cliëntenraad is het goed geïnformeerd te zijn over de mogelijkheid om eetprofielen in kaart te brengen; de vragenlijst kan eventueel binnen de organisatie aan de orde gesteld worden.

## **5.4 Tot slot**

Het verdient aanbeveling om de vragenlijst na verloop van tijd, wanneer de lijst door meer zorgorganisaties is afgenomen bij een groter aantal cliënten, te beoordelen op herkenbaarheid van de eetprofielen in de praktijk en op praktische toepasbaarheid. Op het moment dat voldoende cliënten de vragenlijst over maaltijdvoorkeuren hebben ingevuld, en er sprake is van een representatieve groep cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen, zouden deze kunnen dienen als landelijke referentiecijfers. Zorgorganisaties kunnen zich dan spiegelen aan andere organisaties en nagaan of de maaltijdvoorziening voor hun organisatie anders ingevuld zou moeten worden dan landelijk het geval is.

De vijf ontwikkelde eetprofielen kunnen worden vertaald naar de maaltijdvoorziening van de zorgorganisatie, op afdelingsniveau, locatieniveau of instellingsniveau. De zorgorganisatie kan de verdeling van typen eters binnen haar instelling vergelijken met het maaltijdaanbod, de sfeer en de ambiance waarin de maaltijd wordt genoten. Op die manier wordt dan duidelijk of het assortiment en de dienstverlening voldoende breed is om alle typen eters te bedienen en kan worden aangesloten bij de wensen en behoeften van cliënten.

De vertaling van eetprofielen in menu’s zou daarna plaats moeten vinden en gematched moeten worden met het maaltijdaanbod en de ambiance. Er zou gewerkt kunnen worden

met een menuplan, waarin de verschillende typen eters terug komen, zodat cliënten voldoende keuzemogelijkheden hebben die aansluiten bij hun behoeften: wat ze willen eten, met wie en waar ze willen eten. Het is op die manier mogelijk per organisatie, locatie of afdeling aandachtspunten, gebaseerd op de onderscheiden eetprofielen, te formuleren.

Keuzevrijheid en voldoende keuzemogelijkheden passen binnen de cliëntgerichte zorg- en dienstverlening en zijn voorwaarden om aan te sluiten bij de eetprofielen van cliënten. In de ideale situatie worden alle behoeften die een cliënt in een bepaald eetprofiel kan hebben, ondervangen. Het is uiteraard belangrijk om naar het individu te kijken. Aan zorgorganisaties de uitdaging om maatwerk te leveren!



## Literatuur

- AVVV, NVVA en Sting, *Beroep op kwaliteit*, Eindrapport programma Kwaliteitsontwikkeling beroepsgroepen V&V, Utrecht, 2002.
- Van Beek APA, Wagner C, Frijters DHM, Spreeuwenberg PPM, Groenewegen PP, Ribbe MW. *Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen*, Utrecht, NIVEL, 2004.
- Van Beek APA, de Boer ME, van Nispen R, Wagner C. *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: de verfijning van een vragenlijst*, Utrecht, NIVEL, 2005.
- Crogan NL, Evans B, Severtsen, B and JA Schultz, Improving Nursing Home Food Service, uncovering the meaning of food through residents' stories. *Journal of Gerontological Nursing*, February 2004, Vol. 30(2) pp. 29-36.
- Dyer S. Consistency of breakfast consumption in institutionalized seniors with cognitive impairment: Its value and use in feeding programs, *Journal of the American Geriatrics Society*, Vol 49(4) Apr 2001, 494-496, 2001.
- De Groot CPGM, Schlettwein-Gsell D, Schroll-Bjornsbo K, van Staveren WA, Meal patterns and food selection of elderly people from six European towns. *Food Quality and Preference*, vol. 9 (1998), pp. 479-486.
- Evans, BC, Quality Dining in the Nursing Home: The Residents' Perspectives. *Journal of Nutrition for the elderly*, 22(3) 2003, 1-17.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Zorg voor vocht, voeding en incontinentiebeleid in verpleeghuizen*, Den Haag, 1998.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Vocht- en voedselvoorziening in de Nederlandse verpleeghuizen: beleid en praktijk*, Den Haag, 1999.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), *Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en verzorgingshuizen nader bekeken*, Onderzoek naar de aanwezigheid van integrale kwaliteitszorg in verpleeghuizen en verzorgingshuizen aan de hand van de uitkomsten van algemeen toezicht van 1 juni 2003 tot 1 juni 2004, Den Haag, 2005.
- Kennedie, HWR. *Waarde, waardering, waardigheid, Hospitality Care en de toekomst van de Nederlandse Verpleeghuiszorg*, Eindrapportage Golden Tulip Hotels, Inns & Resorts 1 juni 2005, Golden Tulip, Amersfoort 2006.

- Knoops KT, Slump E, de Groot LC, Wouters-Wesseling W, Brouwer ML and Van Staveren, WA. Body weight changes in elderly psychogeriatric nursing home residents. *Journal Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2005; 60(4): 536-539.
- Matey AM, Vanneste VGG, de Graaf C, de Groot CPGM, van Staveren WA, Healths effect of improved meal ambiance in a Dutch nursing home: a 1-year intervention study. *Preventive Medicine* 32 (2001), pp. 416-423.
- Mostert H, Betere concurrentiepositie door verantwoorde zorg: werken aan eetlust, *Zorg en Ondernemen* december (2005) nr. 10, p. 20-23.
- Multidisciplinaire richtlijn verantwoorde vocht- en voedselvoorziening voor verpleeghuisgeïndiceerden*, uitgave Arcare, Utrecht, 2001.
- Nijs K, Vanneste VGG, Graaf K de, van Staveren W, Projecten ter bevordering van de ambiance tijdens de maaltijden in Nederlandse verpleeghuizen: bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*: jaargang 34 (2003), nr. 6, p. 246-253.
- Nijs KAND, de Graaf K, Vanneste V, W van Staveren, Gezelligheid doet eten? Ambiance tijdens de maaltijden van ouderen in instellingen? *Voeding Nu* 6 (2004) p. 23-25.
- Nijs KAND, de Graaf C, Kok FJ, WJA van Staveren, Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial, *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.38825.401181.7C (published 5 may 2006).
- Nijs KAND, *Optimizing the ambiance during mealtimes in Dutch nursing homes*, Proefschrift, Thesis Wageningen University: Wageningen, 2006.
- Norušis, MJ. *SPSS-X Advanced statistics guide*, 2nd edition. Chicago: SPSS Inc, 1988.
- Van Nispen, RMA, van Beek APA, Wagner C. *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen: een kwalitatief onderzoek*. Deelrapport 1. NIVEL, Utrecht, 2005.
- Osborn, CL, Self-feeding performance in nursing home residents, *Journal of Gerontological Nursing, Vol. 19(3) Mar 1993. 7-14.*
- Pearson A, Fitzgerald M, Nay, R. Mealtimes in nursing homes. The role of nursing staff. *Journal Gerontol. Nurs.* 29(6), 40-47, 2003.
- Schiffman S. Changes in taste and smell: drug interactions and food preferences, *Nutr Rev.* 1994; 52; S11-S14.
- Schmid A, Recording the nutrient intake of nursing home residents by food weighing method and measuring the physical activity. *Journal of Nutritional Health Aging*, 2003 ; 7 (5): 294-5.

- Sidenvall B, Fjellström C, Ek AC. Cultural perspectives of meals expressed by patients in geriatric care. *International Journal Nursing Studies*, vol. 33 (1996), no.2, pp. 212-222.
- Simmons SF, Lam HY, Rao G, Schnelle JF. Family members' preferences for nutrition interventions to improve nursing home residents' oral food and fluid intake, *Journal American Geriatr Soc.* 2003 Jan;51(1):69-74.
- Simmons SF, Schnelle JF. Individualized feeding assistance care for nursing home residents: staffing requirements to implement two interventions *Journal Gerontol. A Biolo. Sci. Med. Sci.* 2004; 59(9): 966-973.
- Van Staveren WA, de Graaf C, de Groot LC. Regulation of appetite in frail persons. *Clin Geriatr Med.* 2002 Nov; 18(4): 675-84. Review.
- Young KWH, Meal delivery practices do not meet needs of Alzheimer patients with increased cognitive and behavioral difficulties in a long-term care facility, *Journal Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Oct; 56 (10): M656-61.



## Bijlage 1: Albron Beter Eten Monitor-lijst

Deze lijst is ontwikkeld door het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) met subsidie van Albron Carewell, als onderdeel van de Albron Beter Eten Monitor.

---

### Vragenlijst voor cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen

---

Code

*In te vullen door de coördinator van de zorgorganisatie:*

Naam organisatie: .....

Locatie: .....

Afdeling: .....

- Cliëntgroep:
- extramuraal (bijvoorbeeld aanleunwoning of zelfstandige woning)
  - intramuraal verzorgingshuis/intramuraal verpleeghuis (somatiek)
  - intramuraal verpleeghuis (psychogeriatric)
  - kortdurend verblijf verpleeghuis (revalidatie)

## Verzoek om medewerking

Om een goede indruk te krijgen van uw wensen en behoeften op het gebied van eten en drinken, vragen wij uw medewerking. Wij waarderen het zeer als u voor ons deze lijst invult. Uw antwoorden worden anoniem verwerkt.

## Wie vult de vragenlijst in?

De lijst is bedoeld voor cliënten van verpleeg- en verzorgingshuizen. Wij zouden het liefste hebben dat u zelf de vragen invult (=degene aan wie de lijst geadresseerd is). Lukt dat niet, dan kunt u natuurlijk iemand vragen u te helpen met het invullen, bijvoorbeeld een huisgenoot, een familielid of bekende. Let u er dan wel op dat het gaat om *uw* wensen en behoeften.

---

## A. Algemene vragen over de maaltijden

---

We beginnen met een paar vragen over hoe u de maaltijden gebruikt. Bij enkele vragen kunt u een toelichting op uw antwoord geven.

1. Waar gebruikt u *meestal* de warme maaltijd?

- In de woning
- In het appartement
- Op de eigen kamer
- Op de afdeling
- In de huiskamer
- In het restaurant van de zorginstelling
- Anders, namelijk: .....

2. Eet u dagelijks een maaltijd van de zorginstelling?

- Ja, elke dag
- Nee, 3 tot 6 dagen per week
- Nee, minder dan 3 dagen per week

3. Kunt u kiezen *wat* u eet?

- Ja
  - Soms
  - Nee
- Toelichting: .....

4. Vindt u het belangrijk om te kunnen kiezen *wat* u eet?

Ja

Soms

Nee

Toelichting: .....

5. Eet u het liefste alleen of samen met anderen?

Alleen

Samen met anderen

Maakt me niet uit

Toelichting: .....

6. Kunt u kiezen *met wie* u eet?

Ja

Soms

Nee

Toelichting: .....

7. Vindt u het belangrijk om te kunnen kiezen *met wie* u eet?

Ja

Soms

Nee

Toelichting: .....

8. Heeft u hulp nodig bij het eten?

Ja

Nee

9. Heeft u problemen met kauwen of slikken?

Ja

Nee

10. Moet u 'regelmatig' eten vanwege een aandoening of ziekte?

Ja

Nee

11. Heeft u 'afwijkende' voeding? (bijvoorbeeld op grond van geloofs- of  
levensovertuiging, doktersvoorschrift, gemalen voeding)

Ja, de volgende voeding mag ik niet eten:

.....

Nee

---

## B. Wat eet u het liefste en vindt u lekker eten en drinken belangrijk?

---

Nu leggen we u een aantal uitspraken voor over eten en drinken.

Wij willen graag weten van welk soort eten u houdt en wat u over het algemeen vindt van eten en drinken.

Kunt u aangeven in hoeverre u het met de volgende uitspraken eens bent? Zet per vraag een kruisje in de juiste antwoordcategorie.

---

	<i>Ja</i>	<i>Eigenlijk wel</i>	<i>Eigenlijk niet</i>	<i>Nee</i>
1. Ik ben kieskeurig als het gaat om eten en drinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De warme maaltijd is voor mij het hoogtepunt van de dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik vind lekker eten en drinken belangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik eet het liefste wat ik van huis uit gewend ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik houd van tussendoortjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik houd van hartige snacks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ik eet graag voor mij nieuwe dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik ben kritisch als het eten en drinken betreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eten bepaalt mijn dagindeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eten is een feest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ik klaag wel eens over het eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ik houd van iets lekkers bij de koffie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ik heb een verfijnde smaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ik houd van rijstgerechten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vlees is voor mij het belangrijkste onderdeel van de warme maaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Variatie in eten en drinken vind ik belangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



---

	<i>Ja</i>	<i>Eigenlijk wel</i>	<i>Eigenlijk niet</i>	<i>Nee</i>
17. Het eten moet er smakelijk uit zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Het eten moet er kleurrijk uit zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Het eten moet lekker ruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ik houd van een luxe maaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ik vind variatie in het broodbeleg belangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ik houd van gerechten uit de buitenlandse keuken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ik ben een grote eter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eten moet vers en gezond zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Het eten moet goed gaar zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ik houd van eten dat goed op smaak is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ik ben een gemakkelijke eter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

### C. Wat vindt u belangrijk als het gaat om sfeer?

---

Ook zijn we benieuwd wat u belangrijk vindt als het gaat om de sfeer en de aankleding van de maaltijden.

Zet opnieuw een kruisje in de juiste antwoordcategorie.

---

	<i>Ja</i>	<i>Eigenlijk wel</i>	<i>Eigenlijk niet</i>	<i>Nee</i>
1. Ik vind het belangrijk dat de tafel mooi is gedekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik vind het fijn om samen met andere bewoners te eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik houd van een praatje tijdens het eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Huiselijkheid vind ik belangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Een vriendelijke bediening vind ik belangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik vind het belangrijk om op elkaar te wachten met eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eten is gezellig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mijn voorkeur gaat uit naar drie maaltijden per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

---

## D. Persoonlijke gegevens

---

Tot slot verzoeken wij u een aantal persoonlijke gegevens in te vullen. Wij vragen hiernaar om de wensen en behoeften van mensen met verschillende woonsituaties en met verschillende achtergronden te weten te komen.

1. Hoe oud bent u?  
.....jaar
2. Bent u man of vrouw?
  - Man
  - Vrouw
3. Wat is uw burgerlijke staat?
  - Gehuwd
  - Ongehuwd
  - Weduwe/weduwnaar
  - Gescheiden
4. Waar woont u?
  - Verzorgingshuis
  - Verpleeghuis
  - Woonzorgcentrum
  - Kleinschalig wonen
  - Aanleunwoning
  - Zelfstandige woning
  - Anders, namelijk: .....
5. In welk land bent u geboren?
  - Nederland
  - (ander) Europees land
  - Suriname
  - Antillen of Aruba
  - Indonesië
  - Turkije
  - Marokko
  - Anders, namelijk: .....

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**



## Bijlage 2: Verwijderde items

	<i>Ja</i>	<i>Eigenlijk wel</i>	<i>Eigenlijk niet</i>	<i>Nee</i>
1. Ik eet het liefste aardappelen, vlees en groenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ik houd van stampot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ik lust alles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ik eet omdat het moet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ik houd van een wijntje bij het eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ik vind de broodmaaltijd net zo belangrijk als de warme maaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vers fruit bij het eten vind ik belangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ik wil op een vast tijdstip eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eten wanneer je wil, dat zou ideaal zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ik vind het fijn als familie mee kan eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Het moet rustig zijn tijdens het eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ik ben echt op mezelf ingesteld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hulp en ondersteuning tijdens de maaltijden vind ik belangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ik stoor me aan de tafelmanieren van andere bewoners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Bijlage 3: Verschillen in eetprofielen

Tabel 1 bijlage 3 Eetprofielen per koepelorganisatie

	Laurens (N=165)	Sutfene (N=130)	Totale groep (N=295)
<i>Gemakkelijke eter</i>	33%	31%	32%
- Sociaal gericht	85%	80%	83%
- Erg gericht op eten	13%	17%	15%
<i>Avontuurlijke eter</i>	22%	16%	20%
- Sociaal gericht	95%	90%	93%
- Erg gericht op eten	19%	29%	22%
<i>Traditionele eter</i>	10%	16%	13%
- Sociaal gericht	94%	90%	92%
- Erg gericht op eten	12%	33%	24%
<i>Kritische eter</i>	16%	14%	15%
- Sociaal gericht	89%	84%	87%
- Erg gericht op eten	12%	27%	18%
<i>Dankbare eter</i>	10%	15%	12%
- Sociaal gericht	71%	86%	78%
- Erg gericht op eten	18%	17%	17%

Tabel 2 bijlage 3 Eetprofielen per cliëntgroep

	Langdurende somatische zorg	Revalidatie	Langdurende psychogeriatrische zorg	Extramurale zorg	Totale groep (N=295)
<i>Gemakkelijke eter</i>	33%	36%	36%	24%	32%
- Sociaal gericht	90%	100%	68%	83%	83%
- Erg gericht op eten	10%	19%	16%	17%	15%
<i>Avontuurlijke eter</i>	23%	18%	15%	22%	20%
- Sociaal gericht	95%	100%	77%	100%	93%
- Erg gericht op eten	25%	25%	15%	24%	22%
<i>Traditionele eter</i>	9%	11%	15%	15%	13%
- Sociaal gericht	50%	100%	85%	100%	92%
- Erg gericht op eten	88%	40%	0%	25%	24%
<i>Kritische eter</i>	22%	13%	9%	16%	15%
- Sociaal gericht	83%	100%	75%	92%	86%
- Erg gericht op eten	21%	33%	0%	17%	18%
<i>Dankbare eter</i>	10%	7%	16%	13%	12%
- Sociaal gericht	67%	100%	71%	90%	78%
- Erg gericht op eten	0%	33%	21%	20%	17%



