



Masterthesis

De uitvoering van slaapadviezen en begeleiderfactoren die hiermee samenhangen in de verstandelijk gehandicaptenzorg

Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen
Masterprogramma Clinical Child, Family and Education Studies
Universiteit Utrecht
Studiejaar 2016 – 2017

Naam:	Milou (M.V.) van der Horst
Studentnummer:	4094093
Thesisbegeleider:	dr. Jolanda Douma
Tweede beoordelaar:	dr. Lex Wijnroks
Datum:	22-06-2017
In opdracht van:	Sherpa
Aantal woorden:	4.499

Voorwoord

Hierbij presenteer ik u de verslaglegging van het onderzoek naar de uitvoering van slaapadviezen en begeleiderfactoren die hiermee samenhangen binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Huidig onderzoek is uitgevoerd in het kader van het afstudeertraject binnen de opleiding Pedagogische Wetenschappen, masterprogramma Clinical Child, Family and Education Studies aan de Universiteit Utrecht.

Zorgorganisatie Sherpa heeft de onderzoekers benaderd voor dit onderzoek, aangezien professionals uit het slaapteam graag wilden weten wat maakt dat de gegeven slaapadviezen niet altijd worden uitgevoerd. Het onderzoek is in samenwerking met Sanne Visser uitgevoerd. Hoewel wij ieder een andere onderzoeksvraag hebben, konden wij de dataverzameling gezamenlijk uitvoeren. Ik vond het erg prettig om het proces gezamenlijk te doorlopen en steun en bemoediging te ervaren van iemand die hetzelfde ervaart en doorstaat. Hoewel de dataverzameling niet altijd vanzelf ging, is het uiteindelijk gelukt een goed onderzoek op te zetten. Inhoudelijk zijn er interessante resultaten naar voren gekomen waarmee de organisatie aan de slag kan.

Dank gaat uit naar de begeleiders, de teammanagers en de gedragskundige die hebben meegewerkt aan het onderzoek. Zonder hen had het onderzoek niet kunnen plaatsvinden. Daarnaast wil ik graag zorgorganisatie Sherpa bedanken voor het verlenen van medewerking aan het onderzoek. Bovendien wil ik Sylvia Loos en Tejo Hylkema bedanken voor het meedenken in het opzetten van het onderzoek. Speciale dank gaat uit naar Sanne Visser. De fijne samenwerking, brainstormsessies en hulp maakten dat het onderzoek en de verslaglegging succesvol zijn afgerond. Tenslotte wil ik mijn thesisbegeleidster Jolanda Douma bedanken voor het meedenken, haar kritische noot en opbouwende feedback. Dit alles maakt dat ik het onderzoek en de verslaglegging tot een resultaat heb kunnen afronden waar ik trots op ben.

Abstract

Background: Sleep is important for daily functioning of people. A low quality of sleep can negatively impact cognitive functioning and behavior. Intellectually disabled regularly have sleeping problems (fragmented sleep and long sleep onset latency). Sherpa, a care facility for people with intellectual disabilities gives carers recommendations to improve their clients' quality of sleep. However, Sherpa suspects that not all recommendations are actually carried out. According to the self-determination theory, feelings of autonomy, competence and relatedness stimulate employee's motivation for certain actions. The Iceberg model states that, besides knowledge, vision also effects behaviors. **Aim:** Present study investigated the extent to which recommendations to improve the quality of sleep are implemented and which characteristics of carers (demographic characteristics, vision, knowledge and constructs of the self-determination theory) are related. **Method:** A questionnaire was drawn up for this study and was completed by 68 carers working with people with either profound ID or seniors. **Results:** The majority of the recommendations was executed, but significantly more by carers of people with profound ID. Furthermore, a significant positive correlation between knowledge of sleep recommendations and feelings of relatedness and the implementation of recommendations was found. Correlations between feelings of autonomy and knowledge of the sleep protocol and the implementation of recommendations were significant and negative. **Discussion:** These findings suggest that Sherpa should involve carers in the process of describing recommendations, increase the knowledge of sleep and foster cooperations with diverse disciplines to (further) increase the implementation of recommendations.

Keywords: intellectual disability, recommendations, self-determination theory, sleep

Introductie

Slaap is van groot belang voor het dagelijks functioneren van mensen (e.g., Fallone, Owens, & Deane, 2002; Shochat, Cohen-Zion, & Tzischinsky, 2014). Een slechte kwaliteit van slaap (een lange inslaaptijd, een gefragmenteerde nachtrust) heeft allereerst een negatieve invloed op het cognitieve functioneren (Nebes, Buysse, Halligan, Houck, & Monk, 2009; Schmutte et al., 2007). Zo blijkt na een slechte slaap het executief functioneren (abstract redeneren, beslissingen maken, flexibiliteit; Anderson, Storfer-Isser, Taylor, Rosen, & Redline, 2009; Killgore, Balkin, & Wesensten, 2006; Nebes et al., 2009; Oosterman, Van Someren, Vogels, Van Harten, & Scherder, 2009) en het geheugen (Mu et al., 2005; Nebes et al., 2009; Oosterman et al., 2009; Schmutte et al., 2007) langzamer en minder adequaat te functioneren. Deze veranderingen kunnen verklaard worden door een verminderde neurogenesis, als gevolg van langdurig gefragmenteerde slaap (Guzman-Marin, Bashir, Suntsova, Szymusiak, & McGinty, 2007; Sportiche et al., 2010). Naast het cognitief functioneren is een slechte slaap gerelateerd aan gedrag, zoals verminderde motivatie (Nebes et al., 2009) en depressieve symptomen (Nebes et al., 2009; Schmutte et al., 2007).

Uit meta-analyses blijkt dat naarmate mensen ouder worden, zij meer problemen ervaren met het in slaap vallen, 's nachts vaker wakker worden en minder uren slapen. Hierdoor daalt de slaapefficiëntie (Floyd, Medler, Ager, & Janisse, 2000; Ohayon, Carskadon, Guilleminault, & Vitiello, 2004). Ouderen die in een zorginstelling wonen hebben bovendien een gefragmenteerder slaappatroon dan ouderen die zelfstandig wonen, mogelijk door geluiden uit de omgeving en fel licht dat 's nachts door begeleiders wordt aangedaan (Meadows et al., 2010).

Bij mensen met een verstandelijke beperking komen slaapproblemen veel voor, waaronder het onvoldoende slaapsyndroom (American Academy of Sleep Medicine, 2001). Mensen met een ernstige of diepe verstandelijke beperking blijken meer slaapproblemen te ervaren dan mensen met een lichtere verstandelijke beperking (Boyle et al., 2010; Harvey, Baker, Horner, & Urbano Blackford, 2003). De slaapproblemen worden gekenmerkt door problemen met het in slaap vallen en doorslapen ('s nachts en/of vroeg wakker worden; American Academy of Sleep Medicine, 2001; Van de Wouw, Evenhuis, & Echteld, 2012). Het slaappatroon is minder stabiel en gefragmenteerder dan bij mensen zonder een verstandelijke beperking (Maaskant, Van de Wouw, Van Wijck, Evenhuis, & Echteld, 2013). Uit onderzoek komt echter geen eenduidig beeld naar voren over de prevalentie van slaapproblemen bij deze doelgroep (13% tot 86%; Didden & Sigafos, 2001; 8.5% tot 34.1%; Van de Wouw et al., 2012). Deze prevalenties zijn in beide studies voornamelijk gebaseerd op

vragenlijsten die door begeleiders en familieleden zijn ingevuld, waardoor dit mogelijk geen realistisch beeld weergeeft van de kwaliteit van slaap.

Begeleiders van woningen spelen een belangrijke rol in het verbeteren van de kwaliteit van slaap van mensen met een verstandelijke beperking. De vaststaande tijdstippen waarop de cliënten naar bed worden gebracht en wakker worden gemaakt liggen mogelijk ten grondslag aan de slaapproblemen. Deze tijden zijn namelijk afgestemd op de werkschema's van de begeleiders die in een zorginstelling werken en niet op de behoeften van cliënten (Hylkema & Vlaskamp, 2009). Veranderingen in de dagelijkse routine van begeleiders, zoals andere bedtijden, blijken in de praktijk lastig uitvoerbaar vanwege de bijkomende werkdruk (Hylkema & Vlaskamp, 2009).

Binnen zorgorganisatie Sherpa is er sinds 2013 een slaapteam dat onderzoek verricht naar de slaap van mensen met een verstandelijke beperking en op basis hiervan slaapadviezen geeft. De meest gegeven adviezen zijn het activeren van cliënten overdag, het verduisteren van de slaapkamer en het aanpassen van de bedtijden. Uit onderzoek blijkt dat deze adviezen de kwaliteit van slaap significant verbeteren (Hylkema & Vlaskamp, 2009). Professionals uit het slaapteam vermoeden echter dat de adviezen niet altijd uitgevoerd worden door begeleiders van woningen. Zij hebben daarom gevraagd om onderzoek te verrichten naar de mate van uitvoering van de adviezen en naar factoren die hiermee samenhangen.

Uit de literatuur komen verschillende begeleiderfactoren naar voren die mogelijk samenhangen met het niet volledig uitvoeren van deze slaapadviezen. Zo blijkt dat kennis over de effecten van slaapstoornissen op het dagelijks functioneren vaak ontbreekt bij begeleiders (Brylewski & Wiggs, 1998). Wanneer begeleiders kennis hebben over slaap en slaapproblemen kunnen zij een positieve invloed uitoefenen op de kwaliteit van slaap van mensen met een verstandelijke beperking. Door voorlichting (Hylkema, Petitiaux, & Vlaskamp, 2011) en het monitoren van de slaap blijkt de slaapefficiëntie namelijk significant verbeterd te zijn (Carr & Neumann, 1999).

Om verandering te bewerkstelligen (in huidig onderzoek het uitvoeren van slaapadviezen om de kwaliteit van slaap van cliënten te verbeteren), is bovendien motivatie van begeleiders belangrijk. Wanneer iemand innerlijk gemotiveerd is, is diegene meer geïnteresseerd, enthousiast en volhardend dan wanneer iemand extern gemotiveerd wordt (Deci & Ryan, 1991; Sheldon, Ryan, Rawsthorne, & Ilardi, 1997). De inzet en motivatie van begeleiders is noodzakelijk, aangezien het ene slaapadvies ingrijpender en tijdrovender is dan het andere advies. De zelf-determinatie theorie beschrijft hoe werknemers gemotiveerd kunnen worden. Volgens deze theorie ontwikkelen werknemers zich door de bevrediging van

drie basisbehoeften, namelijk autonomie, competentie en verbondenheid. Onder autonomie wordt de beleving van integratie en vrijheid verstaan (Deci & Ryan, 2000). Met competentie wordt de neiging bedoeld om invloed uit te oefenen op de omgeving en waardevolle resultaten te bereiken (Deci & Ryan, 2000). Onder verbondenheid wordt het verlangen verstaan om met anderen verbonden te zijn (Baumeister & Leary, 1995). Om werknemers optimaal te laten functioneren, is bevrediging van deze psychologische behoeften van belang (Deci & Ryan, 1985; Meyer & Gagne, 2008; Tremblay, Blanchard, Taylor, Pelletier, & Villeneuve, 2009). Deze behoeftebevrediging hangt positief samen met intrinsieke motivatie (Deci & Ryan, 1985; Vansteenkiste, Lens, & Deci, 2006), werktevredenheid en de uitvoering van werkzaamheden (Gagné & Deci, 2005) en negatief met gevoelens van uitputting (Van den Broeck, Vansteenkiste, De Witte, Soenens, & Lens, 2010). In huidig onderzoek wordt daarom onderzocht of de mate van gevoelens van autonomie, competentie en verbondenheid van begeleiders samenhangt met het uitvoeren van slaapadviezen.

Om een advies uit te voeren zijn naast bovenstaande basisbehoeften specifieke vaardigheden en visies van begeleiders noodzakelijk. Volgens het IJsbbergmodel van McClelland (1961) kunnen mensen zich bewust zijn van hun kennis, vaardigheden en gedrag. Dit kan door anderen worden waargenomen. Er zijn echter diverse overtuigingen die deze aspecten beïnvloeden, maar die niet direct zichtbaar zijn voor anderen. Gedrag wordt namelijk beïnvloed door opvattingen, motieven, normen en waarden van iemand. In huidig onderzoek wordt daarom onderzocht of de mate van visie op en kennis over slaap van begeleiders samenhangt met het uitvoeren van slaapadviezen.

Vanwege het belang van een goede kwaliteit van slaap en het verhoogde risico op slaapproblemen bij oudere mensen, ouderen die in een zorginstelling wonen en mensen met een (ernstige/diepe) verstandelijke beperking, wordt in huidige studie onderzocht of de slaapadviezen worden uitgevoerd door begeleiders binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg en welke begeleiderfactoren gerelateerd zijn aan de uitvoering hiervan. In de masterthesis van Sanne Visser (2017) worden samenhangen beschreven met organisatiefactoren (zoals middelen, personeel en voorlichting). Huidig onderzoek richt zich op begeleiders in de clusters Ernstig Meervoudig Beperkt (EMB) en Senioren, aangezien in deze clusters al veel slaapadviezen zijn gegeven. Op basis van de hiervoor beschreven resultaten wordt een positieve relatie verwacht tussen de mate van visie op en kennis over slaap enerzijds en de uitvoering van slaapadviezen anderzijds. Bovendien wordt verwacht dat er een positieve relatie bestaat tussen de mate van autonomie, competentie en verbondenheid enerzijds en de uitvoering van slaapadviezen anderzijds.

Methode

Participanten

Huidig onderzoek is uitgevoerd binnen Sherpa. Deze organisatie biedt ondersteuning aan mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking. Het onderzoek richtte zich op begeleiders van woongroepen in de clusters Ernstig Meervoudig Beperkt (EMB) en Senioren. Het betreft dus een selecte steekproef. Voor één woning in het cluster EMB was geen toestemming gegeven door de teammanager aangezien er onrust heerste binnen het team van begeleiders. Alle overige woningen in deze clusters (in totaal 21 woningen) zijn benaderd voor deelname aan het onderzoek. Omdat de vragenlijst gaat over de uitvoering van slaapadviezen moest er minimaal één cliënt op de woning wonen met een slaapadvies. Daarnaast moesten begeleiders minimaal 3 maanden werkzaam zijn bij Sherpa. Na deze tijd worden begeleiders geacht het beleid van de organisatie en de cliënten voldoende te kennen om de vragenlijst te kunnen invullen. Aan deze inclusiecriteria voldeden negen woningen niet, waardoor begeleiders van 12 woningen ($N_{EMB} = 6$, $N_{Senioren} = 6$) de vragenlijst hebben ingevuld. Uiteindelijk hebben 76 participanten deelgenomen aan het onderzoek, waarvan zeven niet voldeden aan de hiervoor beschreven inclusiecriteria. Eén begeleider heeft de vraag over de mate van uitvoering van de slaapadviezen niet ingevuld, wat maakt dat de gegevens van deze participant niet zijn meegenomen in de analyses. In huidig onderzoek zijn de gegevens van 68 respondenten ($N = 91.20\%$ vrouw, $N_{EMB} = 41$, $N_{Senioren} = 27$) geanalyseerd. Zie tabel 1 voor de verdere uitwerking van de demografische kenmerken van begeleiders en beschrijvende statistiek van de onafhankelijke variabelen.

Tabel 1

Demografische kenmerken begeleiders en beschrijving onafhankelijke variabelen (N = 68)

	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.
Cluster			1.40	.49	1.00	2.00
EMB	41	60.30				
Senioren	27	39.70				
Geslacht			1.91	.29	1.00	2.00
Man	6	8.80				
Vrouw	62	91.20				
Leeftijd (in jaren)			37.93	12.56	18.00	62.00
Opleidingsniveau			2.00	.46	1.00	3.00
Middelbare school	7	10.30				
MBO	54	79.40				
HBO	7	10.30				
Werkervaring (in maanden)			140.76	128.34	4.00	500.00
Functie			2.43	.72	1.00	4.00
Begeleider A/Leerling	6	8.80				
Begeleider B	30	44.10				
Begeleider C	29	42.60				
Begeleider D	3	4.40				
Ervaring slaapadvies (in maanden)			25.40	10.75	4.00	36.00
Visie op Slaap			3.33	.57	1.00	4.00
Kennis over Slaapadviezen			2.89	.95	1.00	4.00
Kennis over Slaapprotocol			2.08	.92	1.00	4.00
Zelf-determinatie						
Autonomie			1.42	.74	1.00	4.00
Competentie			3.25	.80	1.00	4.00
Verbondenheid			2.79	.64	1.14	4.00

Procedure

Voordat het onderzoek kon starten, moest eerst toestemming worden verkregen van de Ondernemingsraad, Verwantenraad, Cliëntenraad en de Raad van Toezicht. Vervolgens zijn de clustermanagers van EMB en Senioren benaderd voor toestemming voor de afname van de vragenlijst bij begeleiders van woningen in deze clusters. Na toestemming van de clustermanagers ontvingen de teammanagers van de clusters een brief waarin het doel en de procedure van het onderzoek werden beschreven. Na toestemming van de teammanagers werden zij benaderd om een afspraak te maken voor de afname van de vragenlijst. Er is data verzameld over de ervaring van begeleiders met het uitvoeren van de slaapadviezen. Aangezien er geen informatie over individuele cliënten verzameld werd, was toestemming van verwanten van cliënten niet noodzakelijk. Aan de teammanagers werd gevraagd om de begeleiders te informeren over het onderzoek en de opgestelde informatiebrief (zie bijlage 1) te verspreiden. Helaas is dit bij slechts twee woningen gebeurd. Om alle begeleiders voldoende voor te lichten, is daarom voorafgaand aan elke afname een korte uitleg gegeven over het doel van het onderzoek en over de vragenlijst.

De vragenlijst is bij negen woningen tijdens teamvergaderingen afgenomen. Vanwege volle agenda's was er bij drie woningen geen mogelijkheid om aan te sluiten bij de teamvergadering. Om deze begeleiders te betrekken bij het onderzoek zijn bij één woning vragenlijsten ingevuld gedurende meerdere overdrachtmomenten en zijn vragenlijsten met bijgevoegde instructie achtergelaten. Bij de overige twee woningen zijn tevens vragenlijsten met bijgevoegde instructie (zie bijlage 2) achtergelaten. Vanwege ziekte en vakanties konden drie begeleiders, verspreid over verschillende woningen, niet aanwezig zijn bij de afname. Met twee van hen is op een later moment een individuele afspraak gemaakt zodat zij alsnog de vragenlijst konden invullen. De andere begeleider heeft niet gereageerd op de e-mails. Op deze manier is zoveel als mogelijk gewaarborgd dat begeleiders voldoende geïnformeerd waren en de vragenlijst individueel hebben ingevuld.

Voorafgaand aan de afname werden begeleiders geïnformeerd over het onderzoek en werd expliciet benoemd dat deelname vrijwillig was. Bovendien werd de privacy van de begeleiders gewaarborgd door de vragenlijsten te voorzien van een uniek respondentnummer. Wanneer alle vragen waren ingevuld, werd het voorblad met de naam van de begeleider en de woning waar hij/zij werkte, vernietigd. Op deze manier zijn de gegevens anoniem en in vertrouwelijkheid verwerkt.

Meetinstrumenten

Om een beeld te vormen van de uitvoering van de slaapadviezen en factoren die mogelijk hiermee samenhangen, is een vragenlijst ontwikkeld, omdat er geen bestaande instrumenten zijn die dit in kaart brengen. Hiervoor zijn allereerst vijf professionals (een gedragskundige, een adviseur van slaapteam, een teammanager en twee begeleiders D) geïnterviewd. Op basis van de informatie uit de interviews en uit literatuuronderzoek is een vragenlijst ontwikkeld (zie bijlage 3). Met behulp van vragen en stellingen wordt gevraagd naar de visie van begeleiders op diverse thema's gerelateerd aan slaap en de uitvoering van slaapadviezen. Een aantal begeleiders heeft bij het invullen van de vragenlijst vragen/stellingen niet beantwoord of een kruisje gezet tussen twee antwoordcategorieën. Een kruisje tussen de eerste en tweede antwoordcategorie is in het databestand verwerkt als 1.5. Bij ontbrekende antwoorden is de begeleider gemaild om het item alsnog te beantwoorden.

Uitvoering slaapadviezen. Dit construct is de afhankelijke variabele in het onderzoek en is gemeten met de vraag 'Hoeveel van deze slaapadviezen voer je gemiddeld uit?'. Begeleiders hebben deze vraag beantwoord op een 5-punts Likert-schaal (1 = *Geen enkel advies*, 2 = *Sommige adviezen*, 3 = *De helft van de adviezen*, 4 = *De meerderheid van de adviezen*, 5 = *Alle adviezen*). Een hogere score staat dus voor de uitvoering van meer adviezen.

Begeleiderskenmerken. Hieronder vallen de volgende demografische kenmerken: cluster (EMB/Senioren); geslacht (man/vrouw); leeftijd (in jaren); arbeidstijd (in maanden) bij Sherpa; hoogst afgeronde opleiding (1 = *Middelbare school*, 2 = *MBO*, 3 = *HBO*, 4 = *Universiteit*); functie (1 = *Begeleider A/Leerling*, 2 = *Begeleider B*, 3 = *Begeleider C*, 4 = *Begeleider D*); en ervaring met slaapadviezen (in maanden). Opleidingsniveau en functie zijn als continue variabelen meegenomen in de analyses.

Visie op Slaap. Dit is gemeten met drie stellingen, zoals 'Slaap heeft invloed op het dagelijks functioneren van de cliënt' en 'Wanneer een cliënt 's nachts slecht slaapt, merk je dat overdag in gedrag'. Alle stellingen zijn beantwoord op een 4-punts Likert-schaal (1 = *Mee oneens*, 2 = *Beetje mee eens*, 3 = *Grotendeels mee eens*, 4 = *Helemaal mee eens*). De interne consistentie was voldoende ($\alpha = .65$; Cortina, 1993). Er is geanalyseerd met de gemiddelde itemscore. Een hogere score staat voor meer inzicht in het belang van slaap.

Kennis over Slaapadviezen. Dit is gemeten met twee stellingen, namelijk 'Ik ben op de hoogte van de slaapadviezen van mijn cliënten' en 'Ik heb kennis van het slaapprotocol'. Deze stellingen hadden dezelfde 4-punts Likert-schaal als het construct Visie op Slaap. De

interne consistentie bleek onvoldoende ($\alpha = .53$; Cortina, 1993). Daarom zijn de stellingen apart meegenomen in de analyses.

Zelf-determinatie. Dit bestaat uit drie constructen, namelijk autonomie, competentie en verbondenheid. Deze werden gemeten met een aantal stellingen die allen beantwoord moesten worden op een 4-punts Likert-schaal (1 = *Mee oneens*, 2 = *Beetje mee eens*, 3 = *Grotendeels mee eens*, 4 = *Helemaal mee eens*).

Autonomie. Dit is gemeten met drie stellingen, zoals ‘Begeleiders mogen de slaapadviezen met creativiteit aanpassen’ en ‘Ik heb het gevoel invloed te hebben op de uitvoering van slaapadviezen’. De interne consistentie bleek onvoldoende met $\alpha = .34$. De stellingen meten in onvoldoende mate hetzelfde construct (Cortina, 1993). Besloten is om autonomie in kaart te brengen met de derde stelling; ‘Wanneer ik het niet eens ben met een slaapadvies kan ik ervoor kiezen deze niet uit te voeren’. Deze stelling sluit namelijk het beste aan bij de definitie van autonomie, zoals beschreven in de introductie.

Competentie. Dit werd gemeten met één stelling, namelijk: ‘Ik heb voldoende vaardigheden om de slaapadviezen uit te voeren’.

Verbondenheid. Hieronder vallen zeven stellingen, waaronder ‘Ik ben tevreden over de samenwerking tussen begeleiders op mijn woning bij het uitvoeren van slaapadviezen’ en ‘Ik ben tevreden over de samenwerking tussen begeleiders en mijn gedragskundige bij het uitvoeren van slaapadviezen’. De interne consistentie was goed ($\alpha = .91$; Cortina, 1993). In de analyse is daarom gemeten met de gemiddelde itemscore van deze zeven items, waarbij een hogere score een hogere mate van verbondenheid weergeeft.

Data-analyse

Allereerst is nagegaan of aan de assumpties om parametrisch te mogen toetsen werd voldaan. Uit de analyse van de normaliteitstest (Shapiro-Wilk) bleek dat de uitkomstmaat niet voldeed aan de assumpties ($W(68) = .80$, $p < .001$). De data werden om deze reden non-parametrisch getoetst.

De relatie tussen de dichotome variabelen cluster en geslacht en de uitvoering van de slaapadviezen werd gemeten met behulp van de Mann-Whitney U test. Daarnaast is gebruik gemaakt van de Spearman’s rho correlatie om de samenhang te meten tussen de overige onafhankelijke variabelen en de mate waarin de slaapadviezen worden uitgevoerd, aangezien al deze variabelen continue waren. In de analyses van de variabelen Visie op Slaap, Kennis over Slaapadviezen, Autonomie, Competentie en Verbondenheid werd éénzijdig getoetst vanwege de duidelijke verwachting op basis van de beschreven literatuur. De overige

variabelen werden tweezijdig getoetst. In alle analyses werd een significantieniveau van $p \leq .05$ gehanteerd.

Resultaten

Bijna de helft van de begeleiders voert de meerderheid van de slaapadviezen uit. Gemiddeld scoren de begeleiders op de mate van uitvoering 3.79 ($SD = 1.06$), op een schaal van 1 tot 5. In tabel 2 staan de frequenties en percentages van de mate waarin de adviezen worden uitgevoerd.

Tabel 2

Frequentieverdeling van de uitvoering van slaapadviezen (N = 68)

Mate van uitvoering	Frequentie	Percentage
Geen enkel advies	0	0
Sommige adviezen	14	20.60
De helft van de adviezen	4	5.90
De meerderheid van de adviezen	32	47.10
Alle adviezen	18	26.50

Uit de Mann-Whitney U test bleek dat begeleiders in het cluster EMB ($Mean Rank = 39.45$, $n = 41$) significant meer slaapadviezen uitvoeren dan begeleiders in het cluster Senioren ($Mean Rank = 26.98$, $n = 27$), $U = 350.50$, $z = -2.73$, $p = .006$ (gecorrigeerd voor ties), tweezijdig. Dit wordt gezien als een medium effect ($r = -.33$; Cohen, 1988). De mate van uitvoering van de mannelijke participanten ($Mean Rank = 33.83$, $n = 6$) verschilde echter niet significant van de mate van uitvoering van de vrouwelijke participanten ($Mean Rank = 34.56$, $n = 62$), $U = 182.00$, $z = -.09$, $p = .926$ (gecorrigeerd voor ties), tweezijdig.

Uit analyses met behulp van de Spearman's rho bleek geen sprake te zijn van een significante correlatie tussen de demografische kenmerken en de visie op slaap enerzijds en de mate van uitvoering van slaapadviezen door begeleiders anderzijds (zie tabel 3). De samenhang tussen kennis over slaapadviezen en de uitvoering hiervan bleek wel significant ($r_s = .20$, $p = .05$) te zijn. Dit is een kleine correlatie (Cohen, 1988). De variantie in de uitvoering van slaapadviezen kan voor 4% verklaard worden door de kennis van begeleiders over slaapadviezen. De (negatieve) correlatie tussen kennis van het slaapprotocol en de

uitvoering van slaapadviezen was tevens significant ($r_s = -.24$, $p = .03$). Dit is een bijna medium correlatie (Cohen, 1988). Kennis van het slaapprotocol verklaart 5.76% van de variantie in de uitvoering van slaapadviezen.

Vervolgens is de samenhang tussen onderdelen van de zelf-determinatie theorie en de uitvoering van de slaapadviezen onderzocht. Er bleek een significante negatieve relatie te bestaan tussen de ervaren autonomie en de uitvoering van slaapadviezen ($r_s = -.27$, $p = .01$). Dit is een bijna medium correlatie (Cohen, 1988). De variantie in de uitvoering van slaapadviezen kan voor 7.29% verklaard worden door de ervaren autonomie. De samenhang tussen verbondenheid en de uitvoering van slaapadviezen was tevens significant ($r_s = .27$, $p = .02$). Dit is een medium correlatie (Cohen, 1988). Verbondenheid verklaart eveneens 7.29% van de variantie in de uitvoering van slaapadviezen. Zie tabel 3 voor uitgewerkte correlatie- en significantieniveaus.

Tabel 3

Relatie tussen begeleiderfactoren en de mate van uitvoering van slaapadviezen: Resultaten Spearman's rho correlatie (N = 68)

Begeleiderkenmerken	r_s	p
Leeftijd	-.03	.82 ^b
Opleiding	.00	1.00 ^b
Arbeidstijd	.07	.56 ^b
Functie	.16	.18 ^b
Ervaring slaapadvies	-.07	.58 ^b
Visie op Slaap	.12	.16 ^a
Kennis over Slaapadviezen	.20*	.05 ^a
Kennis over Slaapprotocol	-.24*	.03 ^a
Autonomie	-.27*	.01 ^a
Competentie	-.11	.20 ^a
Verbondenheid	.27*	.02 ^a

Noot. a = éézijdig getoetst, b = tweezijdig getoetst, * = significant resultaat bij $p \leq .05$ (éézijdig).

Discussie

In huidige studie is onderzoek verricht naar de uitvoering van slaapadviezen door begeleiders in de clusters EMB en Senioren binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg. Daarnaast is gekeken welke begeleiderfactoren (demografische kenmerken, Visie op Slaap, Kennis over Slaap en constructen uit de zelf-determinatie theorie) samenhangen met de uitvoering van slaapadviezen.

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat begeleiders binnen de clusters EMB en Senioren over het algemeen de meerderheid van de slaapadviezen uitvoeren. Geen enkele begeleider heeft aangegeven geen enkel advies uit te voeren. Ondanks vermoedens vanuit het slaapteam van Sherpa implementeren begeleiders blijkbaar al veel slaapadviezen om de kwaliteit van slaap van cliënten te verbeteren. De mate van uitvoering van slaapadviezen was echter significant hoger bij begeleiders in het cluster EMB dan bij begeleiders in het cluster Senioren. Mogelijk komen slaapproblemen vaker voor in het cluster EMB dan in het cluster Senioren. Hiermee in overeenstemming kwam uit de beschreven literatuur naar voren dat mensen met een ernstigere verstandelijke beperking meer slaapproblemen ervaren (e.g., Boyle et al., 2010). Hierdoor kunnen begeleiders in het cluster EMB bewuster zijn van deze problemen, het belang van een goede slaap inzien en daardoor eerder slaapadviezen uitvoeren dan begeleiders in het cluster Senioren. Tussen de overige demografische kenmerken en de uitvoering van slaapadviezen bleek geen significante relatie te bestaan.

Naast demografische kenmerken is gekeken naar visie op en kennis over slaap. Wanneer begeleiders meer inzicht hadden in het belang van slaap, voerden zij meer slaapadviezen uit. Dit verband was echter niet significant. Daarnaast bleek dat wanneer begeleiders meer op de hoogte waren van de gegeven slaapadviezen zij meer slaapadviezen uitvoerden. Dit verband komt overeen met onderzoeken waaruit blijkt dat kennis van begeleiders bijdraagt aan het uitvoeren van handelingen om het slaappatroon van cliënten te verbeteren, wat vervolgens de kwaliteit van slaap verhoogt (Carr & Neumann, 1999; Hylkema et al., 2011). In tegenstelling tot de verwachting kwam naar voren dat begeleiders meer slaapadviezen uitvoerden wanneer zij minder kennis van het slaapprotocol hebben. Zij gaven over het algemeen aan het slaapprotocol slechts gedeeltelijk te kennen, maar hebben deze kennis blijkbaar niet nodig om slaapadviezen te implementeren.

Vervolgens is de samenhang tussen onderdelen van de zelf-determinatie theorie en de uitvoering van slaapadviezen onderzocht. Wanneer begeleiders het niet eens waren met een slaapadvies ervaarden zij vaak niet de mogelijkheid om deze niet uit te voeren. Wanneer begeleiders minder autonomie ervaarden, voerden zij meer slaapadviezen uit. Deze relatie is

in tegenstelling met de zelf-determinatie theorie, welke beschrijft dat begeleiders beter functioneren wanneer zij vrijheid ervaren (e.g., Deci & Ryan, 2000; Tremblay et al., 2009). Het negatieve verband kan verklaard worden doordat begeleiders het gevoel hebben dat de adviezen hen worden opgelegd en zij hier geen inspraak in hebben. Volgens de zelf-determinatie theorie kan de uitvoering nog meer verhoogd worden wanneer begeleiders worden betrokken bij het opstellen van de adviezen. Meerdere begeleiders hebben in de interviews in het vooronderzoek aangegeven dat zij soms de adviezen niet uitvoeren omdat deze in praktijk niet haalbaar zijn. Wanneer zij kunnen meedenken over de adviezen en hierdoor uiteindelijk haalbare slaapadviezen worden gegeven, zal de mate van uitvoering hoogstwaarschijnlijk verhoogd worden. Daarnaast was de samenhang tussen verbondenheid en de mate van uitvoering significant. Wanneer begeleiders tevreden waren over de samenwerking met diverse disciplines voerden zij meer slaapadviezen uit. Dit is in overeenstemming met de zelf-determinatie theorie (e.g., Deci & Ryan, 1985; Meyer & Gagne, 2008). Uit huidig onderzoek bleek tenslotte dat begeleiders menen dat zij voldoende vaardigheden hebben om de slaapadviezen uit te voeren. In contrast met de beschreven literatuur bleek de relatie tussen de mate van competentiegevoelens en de uitvoering van slaapadviezen niet significant. Op basis van de literatuur werd verwacht dat begeleiders meer adviezen zouden uitvoeren wanneer zij voldoende vaardigheden zouden hebben om deze uit te voeren (e.g., Deci & Ryan, 1985; Meyer & Gagne, 2008). Dit was in huidige studie echter niet het geval.

Om de beschreven resultaten te kunnen interpreteren is het van belang de sterke kanten en beperkingen van huidig onderzoek in acht te nemen. Een sterke kant is dat het, voor zover bekend, het eerste onderzoek is naar de uitvoering van slaapadviezen en factoren die hiermee samenhangen. Steeds meer onderzoeken worden verricht naar de slaap van mensen met een verstandelijke beperking, maar onderzoek naar hoe de slaap kan worden verbeterd, ontbreekt nog. Huidig onderzoek draagt daarom bij aan het vergroten van de kennis over de implementatie van (slaap)adviezen bij begeleiders. Daarnaast is het onderzoek vanuit de praktijk en ervaringen van betrokkenen opgezet. Met behulp van interviews met diverse professionals is getracht een beeld te vormen van de slaapadviezen en factoren die de uitvoering hiervan beïnvloeden. Op basis hiervan is vervolgens een vragenlijst opgesteld. Bovendien is inzicht verkregen in de belevingswereld van begeleiders, aangezien in de vragenlijst is gevraagd naar de visie van begeleiders. Dit verhoogt de interne validiteit van huidig onderzoek.

Een aantal kanttekeningen moeten echter worden geplaatst bij deze studie. Allereerst zijn de resultaten mogelijk niet generaliseerbaar naar andere zorgsectoren, aangezien het is verricht binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg, specifiek binnen de clusters EMB en Senioren. Daarnaast is in de vragenlijst gevraagd naar de visie van begeleiders op de uitvoering. De mate waarin de slaapadviezen werkelijk worden uitgevoerd, kan verschillen van wat begeleiders hebben aangegeven. In deze studie is bovendien een globaal beeld geschetst van de uitvoering van slaapadviezen, waardoor geen uitspraak kan worden gedaan over de mate van uitvoering van specifieke adviezen. Tenslotte kon de vragenlijst niet bij elke woning op dezelfde manier worden afgenomen en waren begeleiders voorafgaand aan de afname veelal niet geïnformeerd. Dit is ondervangen door voorafgaand aan het invullen een korte uitleg te geven over het doel en de inhoud van de vragenlijst. Wanneer vragenlijsten bij woningen werden achtergelaten, is bovendien een korte instructie en uitleg over het onderzoek toegevoegd. Hierdoor heeft elke begeleider uiteindelijk voldoende informatie gekregen om de vragenlijst te kunnen invullen.

Om inzicht te verkrijgen in de werkelijke uitvoering van slaapadviezen zou Sherpa dit nader moeten onderzoeken, bijvoorbeeld door middel van huisbezoeken of observatie camera's. Hierdoor kan een reëler beeld geschetst worden van de implementatie. De uitvoering hiervan is echter lastig en tijdrovend, waardoor afgevraagd kan worden of dit haalbaar is. Bovendien zou Sherpa toekomstig onderzoek kunnen verrichten naar de uitvoering van slaapadviezen binnen andere clusters (bijvoorbeeld Moeilijk Verstaanbaar Gedrag [MVG]). Op deze manier kan een completer beeld geschetst worden van de uitvoering van slaapadviezen binnen Sherpa en de factoren die hiermee samenhangen. Tenslotte zou Sherpa nader onderzoek kunnen verrichten naar de mate van uitvoering van specifieke slaapadviezen, aangezien het ene advies ingrijpender en tijdrovender is dan het andere advies.

Op basis van de beschreven resultaten kan geconcludeerd worden dat begeleiders binnen de clusters EMB en Senioren de meerderheid van de slaapadviezen uitvoeren. In het cluster EMB worden significant meer slaapadviezen uitgevoerd dan in het cluster Senioren. De uitvoering kan in beide clusters verhoogd worden door het vergroten van de kennis over slaapadviezen en het slaaprotoocol bij begeleiders. Wanneer begeleiders minder autonomie ervaren, voeren zij meer slaapadviezen uit. Aanbevolen wordt om begeleiders te betrekken in het opstellen van adviezen en hen mee te laten denken over de haalbaarheid hiervan. Dit kan de uitvoering van slaapadviezen door begeleiders verhogen. Tenslotte dragen tevredenheidsgevoelens over de samenwerking met diverse disciplines bij aan een hogere

mate van uitvoering van slaapadviezen. Het is dus van belang samenwerkingsverbanden tussen diverse disciplines te stimuleren.

Referenties

- American Academy of Sleep Medicine (2001). *The international classification of sleep disorders, revised: Diagnostic and coding manual*. Verkregen op 22 april, 2017, van <http://www.esst.org/adds/ICSD.pdf>
- Anderson, B., Storfer-Isser, A., Taylor, H. G., Rosen, C. L., & Redline, S. (2009). Associations of executive function with sleepiness and sleep duration in adolescents. *Pediatrics*, *123*, 701-707. doi:10.1542/peds.2008-1182
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*, 497–529. doi:10.1037/0033-2909.117.3.497
- Boyle, A., Melville, C. A., Morrison, J., Allan, L., Smiley, E., Espie, C. A., & Cooper, S. (2010). A cohort study of the prevalence of sleep problems in adults with intellectual disabilities. *Journal of Sleep Research*, *19*, 42-53. doi:10.1111/j.1365-2869.2009.00788.x
- Brylewski, J. E., & Wiggs, L. (1998). A questionnaire survey of sleep and night-time behaviour in a community-based sample of adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *42*, 154-162. doi:10.1046/j.1365-2788.1998.00111.x
- Carr, E. G., & Neumann, J. K. (1999). Graphic sleep monitoring: A clinical program to improve sleep in residents with mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *11*, 91-103. doi:10.1023/A:1021838902763
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, *78*, 98-104. doi:10.1037/0021-9010.78.1.98

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation* (Vol. 38, pp. 237-288). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*, 227-268.
doi:10.1207/S15327965PLI1104_01
- Didden, R., & Sigafos, J. (2001). A review of the nature and treatment of sleep disorders in individuals with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, *22*, 255–272. doi:10.1016/S0891-4222(01)00071-3
- Fallone, G., Owens, J. A., & Deane, J. (2002). Sleepiness in children and adolescents: Clinical implications. *Sleep Medicine Reviews*, *6*, 287-306. doi:10.1053/smr.2001.0192
- Floyd, J. A., Medler, S. M., Ager, J. W., & Janisse, J. J. (2000). Age-related changes in initiation and maintenance of sleep: A meta-analysis. *Research in Nursing and Health*, *23*, 106–117. doi:10.1002/(SICI)1098-240X(200004)23:2<106::AID-NUR3>3.0.CO;2-A
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-Determination Theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior*, *26*, 331-362. doi:10.1002/job.322
- Guzman-Marin, R., Bashir, T., Suntsova, N., Szymusiak, R., & McGinty, D. (2007). Hippocampal neurogenesis is reduced by sleep fragmentation in the adult rat. *Neuroscience*, *148*, 325-333. doi:10.1016/j.neuroscience.2007.05.030
- Harvey, M. T., Baker, D. J., Horner, R. H., & Urbano Blackford, J. (2003). A brief report on the prevalence of sleep problems in individuals with mental retardation living in the

community. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 5, 195-200.

doi:10.1177/10983007030050040201

Hylkema, T., & Vlaskamp, C. (2009). Significant improvement in sleep in people with intellectual disabilities living in residential settings by non-pharmaceutical interventions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 695–703.

doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01177.x

Hylkema, T., Petitiaux, W., & Vlaskamp, C. (2011). Utility of staff training on correcting sleep problems in people with intellectual disabilities living in residential settings. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8, 85-91.

doi:10.1111/j.1741-1130.2011.00294.x

Killgore, W. D., Balkin, T. J., & Wesensten, N. J. (2006). Impaired decision making following 49 h of sleep deprivation. *Journal of Sleep Research*, 15, 7–13.

doi:10.1111/j.1365-2869.2006.00487.x

Maaskant, M., Van de Wouw, E., Van Wijck, R., Evenhuis, H. M., & Echteld, M. A. (2013).

Circadian sleep–wake rhythm of older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1144-1151. doi:10.1016/j.ridd.2012.12.009

McClelland, D.C. (1961). *The achieving society*. Princeton, NJ: Van Nostrand.

Meadows, R., Luff, R., Eysers, I., Venn, S., Cope, E., & Arber, S. (2010). An actigraphic study comparing community dwelling poor sleepers with non-demented care home residents.

Chronobiology International, 27, 842-854. doi:10.3109/07420521003797732

Meyer, J. P., & Gagne, M. (2008). Employee engagement from a Self-Determination Theory perspective. *Industrial and Organizational Psychology*, 1, 60-66. doi:10.1111/j.1754-

9434.2007.00010x

- Mu, Q., Nahas, Z., Johnson, K. A., Yamanaka, K., Mishory, A., Koola, J., ... George, M. S. (2005). Decreased cortical response to verbal working memory following sleep deprivation. *Sleep*, 28, 55–67. doi:10.1093/sleep/28.1.55
- Nebes, R. D., Buysse, D. J., Halligan, E. M., Houck, P. R., & Monk, T. H. (2009). Self-reported sleep quality predicts poor cognitive performance in healthy older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64, 180-187. doi:10.1093/geronb/gbn037
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27, 1255–1273. doi:10.1093/sleep/27.7.1255
- Oosterman, J. M., Van Someren, E. J., Vogels, R. L., Van Harten, B., & Scherder, E. J. (2009). Fragmentation of the rest-activity rhythm correlates with age-related cognitive deficits. *Journal of Sleep Research*, 18, 129-135. doi:10.1111/j.1365-2869.2008.00704.x
- Schmutte, T., Harris, S., Levin, R., Zweig, R., Katz, M., & Lipton, R. (2007). The relation between cognitive functioning and self-reported sleep complaints in nondemented older adults: Results from the Bronx aging study. *Behavioral Sleep Medicine*, 5, 39-56. doi:10.1080/15402000709336725
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Rawsthorne, L., & Ilardi, B. (1997). Trait self and true self: Cross-role variation in the Big Five traits and its relations with authenticity and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1380-1393. doi:10.1037/0022-3514.73.6.1380

- Shochat, T., Cohen-Zion, M., & Tzischinsky, O. (2014). Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews, 18*, 75-87. doi:10.1016/j.smrv.2013.03.005
- Sportiche, N., Suntsova, N., Methippara, M., Bashir, T., Mitrani, B., Szymusiak, R., & McGinty, D. (2010). Sustained sleep fragmentation results in delayed changes in hippocampal-dependent cognitive function associated with reduced dentate gyrus neurogenesis. *Neuroscience, 170*, 247-258. doi:10.1016/j.neuroscience.2010.06.038
- Tremblay, M. A., Blanchard, C. M., Taylor, S., Pelletier, L. G., & Villeneuve, M. (2009). Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale: Its value for organizational psychology research. *Canadian Journal of Behavioral Science, 41*, 213-226. doi:10.1037/a0015167
- Vansteenkiste, M., Lens, W., & Deci, E. L. (2006). Intrinsic versus extrinsic goal contents in Self-Determination Theory: Another look at the quality of academic motivation. *Educational Psychologist, 41*, 19-31. doi:10.1207/s15326985ep4101_4
- Van de Wouw, E., Evenhuis, H. M., & Echteld, M. A. (2012). Prevalence, associated factors and treatment of sleep problems in adults with intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 1310-1332. doi:10.1016/j.ridd.2012.03.003
- Van den Broeck, A., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Soenens, B., & Lens, W. (2010). Capturing autonomy, competence, and relatedness at work: Construction and initial validation of the Work-related Basic Need Satisfaction Scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 83*, 981-1002. doi:10.1348/096317909X481382
- Visser, S. (2017). *De uitvoering van slaapadviezen in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de organisatorische factoren die hiermee samenhangen*. Unpublished manuscript

Bijlagen

Bijlage 1. Opgestelde informatiebrief voor begeleiders

Zandheuvelweg 4, Baarn

Datum: 5 december 2016

Onderwerp: Deelname onderzoek naar slaapadvies



Universiteit Utrecht

Beste medewerker,

Door het Slaapteam zijn de afgelopen tijd slaapmetingen gedaan bij cliënten op verschillende woningen. Naar aanleiding hiervan zijn er vervolgens slaapadviezen gegeven. Nu is het belangrijk om te weten in hoeverre deze slaapadviezen in de praktijk uitvoerbaar zijn en als dat niet het geval is, waarom niet. Om dit te onderzoeken, zijn twee studenten orthopedagogiek gevraagd om hier onderzoek naar te doen. Deze studenten lopen ook stage bij Sherpa, dus misschien kent u hen al.

In het onderzoek wordt gekeken hoe de slaapadviezen worden uitgevoerd, of deze haalbaar zijn, wat juist werkt en wat niet. Voor dit onderzoek zal er een vragenlijst worden afgenomen onder een groot aantal begeleiders van cliënten uit het cluster EMB en Senioren (ongeveer 50). De vragenlijst zal tijdens een overleg worden afgenomen en zal ongeveer 15 minuten duren. De vragenlijst zal vragen naar de beleving van begeleiders, niet naar een individuele cliënt. Tijdens het invullen wordt gevraagd uw naam op de voorpagina te schrijven. Wanneer de vragenlijst volledig is ingevuld zal de voorpagina worden verwijderd. Vervolgens verwerken de studenten de gegevens **anoniem** en schrijven zij een verslag, waarin adviezen worden gegeven over de uitvoering van de slaapadviezen.

Bij deze willen wij u vragen om deel te nemen aan dit onderzoek. Deelname is geheel vrijwillig en kan op ieder moment beëindigd worden. Mocht u dit niet willen, laat dit dan aan Milou of Sanne weten (m.vanderhorst@sherpa.org of s.visser2@sherpa.org). Mocht u vragen of opmerkingen hebben, dan kunt u uiteraard met hen contact opnemen.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groet,

Sylvia Loos (Slaapteam)

Tejo Hylkema (Slaapteam)

Anja Doornveld (Gedragskundige)

Milou van der Horst (Stagiaire gedragskundige)

Sanne Visser (Stagiaire gedragskundige)

Bijlage 2. Instructie invullen van vragenlijst**Hoe vul ik de vragenlijst in?**

Beste begeleiders,

Sinds drie jaar bestaat het slaapteam en geven zij slaapadviezen aan teams. Nu wil het slaapteam graag weten hoe jullie als begeleiders aankijken tegen de slaapadviezen, wat al goed gaat en wat er beter kan. Vandaar deze vragenlijst. Het invullen duurt ongeveer 15 minuten.

Hieronder nog wat aanwijzingen:

- Als je korter dan **3 maanden** op deze woning werkt, hoef je de vragenlijst niet in te vullen!
- Vul de vragenlijst **individueel** in, niet samen met een andere begeleider
- Wij hebben “geheimhoudingsplicht”. De gegevens worden **anoniem** verwerkt, Sherpa kan niet achterhalen wie wat heeft ingevuld
- Graag **alle antwoorden** invullen
- Wanneer je een antwoord niet weet, vul dan in: **weet niet of een vraagteken**. Dan weten wij voldoende
- Bij de vraag over type adviezen: **maak een schatting**. Het is namelijk best lastig om precies alle gegevens in te vullen en dan kun je zo een uur aan de vragenlijst zitten. Dat is niet de bedoeling

De vragenlijsten mogen worden ingeleverd bij jullie teammanager. Wij komen ze uiterlijk ... weer ophalen.

Heel erg bedankt voor het invullen!

Vriendelijke groet,

Milou van der Horst en Sanne Visser

Orthopedagogen in opleiding.

Bijlage 3. Vragenlijst huidig onderzoek

Respondentnummer.....



Vragenlijst

Visie op slaapadviezen

Naam:.....

Woning:.....

Respondentnummer.....

Beste begeleider,

Met deze vragenlijst wil Sherpa nagaan hoe begeleiders aankijken tegen de slaapadviezen en de uitvoering hiervan. De voorpagina met je naam zal worden weggegooid wanneer alle vragen zijn ingevuld. Alle antwoorden worden **anoniem** verwerkt.

Kruis het antwoord aan dat het best bij jou past. Graag **1 antwoord** kiezen, tenzij anders aangegeven. Alvast hartelijk dank voor het invullen en succes!

1. Wat is jouw geslacht?
 - Man
 - Vrouw

2. Wat is jouw leeftijd?
.....jaar

3. Wat is jouw hoogst afgeronde opleiding?
 - Middelbare school
 - MBO
 - HBO
 - Universiteit

4. Hoelang werk je bij Sherpa?
.....jaar enmaanden

5. Wat is jouw functie?
 - Begeleider A
 - Begeleider B
 - Begeleider C
 - Begeleider D

6. Hoeveel cliënten wonen er momenteel op jouw woning?
.....cliënten

7. Hoeveel nieuwe cliënten zijn er het afgelopen half jaar bij gekomen op jouw woning?
.....cliënten

8. Hoeveel cliënten zijn er het afgelopen half jaar vertrokken/overleden op jouw woning?
.....cliënten

9. Hoe lang werk je met slaapadviezen?

.....jaar enmaanden

10. Hoeveel cliënten, die nu op jouw woning wonen, hebben op dit moment een slaapadvies?

.....cliënten

11. Hoeveel van **deze** slaapadviezen voer je gemiddeld uit?

- Geen enkel advies
- Sommige adviezen
- De helft van de adviezen
- De meerderheid van de adviezen
- Alle adviezen

Beantwoord de volgende vragen over deze cliënten met een slaapadvies.

12. Hoeveel *mannelijke* cliënten en hoeveel *vrouwelijke* cliënten hebben op dit moment een slaapadvies?

.....Mannen

.....Vrouwen

13. Geef aan hoeveel van **deze cliënten** tot welke leeftijdsgroep behoren:

Tussen de 15 en 29 jaar: cliënten

Tussen de 30 en 44 jaar: cliënten

Tussen de 45 en 59 jaar: cliënten

Tussen de 60 en 74 jaar: cliënten

75 jaar of ouder: cliënten

14. Geef aan hoeveel van **deze cliënten** een lichte, matige, ernstige en/of zeer ernstige verstandelijke beperking hebben:

Lichte VB cliënten

Matige VB cliënten

Ernstige VB cliënten

Zeer ernstige VB cliënten

15. Geef aan bij hoeveel van **deze cliënten** onderstaande problemen spelen:

Probleem	Hoeveel cliënten
Epilepsie	
Slaapapneu	
Reflux	
Rusteloze benen	
Pijn	
Nycturie (veel plassen in nacht)	
Externaliserende gedragsproblemen (agressie, schelden)	
Internaliserende gedragsproblemen (angst, depressie, somber)	

16. Hoeveel van **deze cliënten** vertonen weerstand op de slaapadviezen?

- Geen enkele cliënt
- Sommige cliënten
- De helft van de cliënten
- De meerderheid van de cliënten
- Alle cliënten

17. Vul hieronder in of de volgende type adviezen zijn gegeven voor **deze cliënten**. Geef daarnaast aan in hoeverre je deze type adviezen uitvoert.

Type advies	Is dit type advies gegeven?		“Ik voer dit type advies uit”				
	Ja	Nee	Nooit	Soms	De helft van de tijd	De meerderheid van de tijd	Altijd
Meer verlichting overdag							
Verduistering							
Activering overdag (ook minder dutjes overdag)							
Meer buitenlucht							
Aanpassingen in en aan het bed							
Andere bedmaterialen (verzwaringsdeken, blokken, speciale dekens etc.)							
Aanpassingen in de slaapkamer							
Bedtijden aanpassen							
Bed rituelen invoeren en/of aanpassen							
Temperatuur in de nacht aanpassen (warm, koud)							
Verminderen omgevingsgeluiden in de nacht							
Aanpassen nachtelijke interventies door nachtzorg							
Ander incontinentiemateriaal inzetten							
Haptotherapie inzetten							
Complementaire interventies inzetten (massage, etherische olie, accupunctuur etc.)							
Doorverwijzen naar andere specialisten							
Nader onderzoek door slaapteam							
Medicatie bekijken/herzien							
Bij slaapapneu: Cpep masker invoeren							
Bij pijn: pijnbestrijding							
Bij epilepsie: plan aanpassen met behandelaars							

18. Heb je vanuit Sherpa een slaaptraining of slaapcursus gevolgd of ben je hier nu mee bezig?
- Ja, gevolgd in (vul jaar in)
 - Nee (ga naar vraag 20)
19. In hoeverre ben je het eens bent met de volgende stelling: “Ik heb veel geleerd van de slaaptraining/slaapcursus van Sherpa”
- Mee oneens
 - Beetje mee eens
 - Grotendeels mee eens
 - Helemaal mee eens
20. Heb je vanuit Sherpa een (Powerpoint) voorlichting gekregen tijdens een vergadering over slaap en de gevolgen hiervan op het functioneren van een cliënt?
- Ja, gekregen in (vul jaar in)
 - Nee (ga naar de stellingen)
21. In hoeverre ben je het eens bent met de volgende stelling: “Ik heb veel geleerd van de (Powerpoint) voorlichting van Sherpa die tijdens een vergadering werd gegeven”
- Mee oneens
 - Beetje mee eens
 - Grotendeels mee eens
 - Helemaal mee eens

Stellingen

Kruis hieronder aan in hoeverre je het eens bent met de volgende stellingen.

Onderwerp: Begeleiderfactoren	Mee oneens	Beetje mee eens	Grotendeels mee eens	Helemaal mee eens
Visie begeleiders op slaap en advies				
Slaap heeft invloed op het dagelijks functioneren van de cliënt				
Wanneer een cliënt 's nachts slechts slaapt, merk je dat overdag in gedrag				
Ik weet welke invloed slaap heeft op lichamelijk en psychisch functioneren				
Ik heb behoefte aan meer kennis over de invloed van slaap op het functioneren van cliënten				
Ik ben op de hoogte van de slaapadviezen van mijn cliënten				
Ik heb kennis van het slaapprotocol van Sherpa				
Slaapmetingen zijn een goede manier om slaapproblemen in kaart te brengen				
Autonomie				
Begeleiders mogen de slaapadviezen met creativiteit aanpassen (bv. cliënt alvast in pyjama, maar nog niet naar bed)				
Wanneer ik het niet eens ben met een slaapadvies kan ik ervoor kiezen deze niet uit te voeren				
Ik heb het gevoel invloed te hebben op de uitvoering van slaapadviezen				
Competentie				
Ik heb voldoende vaardigheden om de slaapadviezen uit te voeren				

De volgende vragen gaan over de **samenwerking** tussen begeleiders op jouw woning en andere disciplines. Geef aan in hoeverre je deze samenwerking belangrijk vindt **voor de uitvoering van slaapadviezen**.

Samenwerking tussen:	Onbelangrijk	Beetje belangrijk	Belangrijk	Erg belangrijk
Begeleiders onderling op jouw woning				
Begeleider en jouw teammanager				
Begeleider en jouw gedragskundige				
Begeleider en slaapteam				
Begeleider en andere (para)medici				
Begeleider en dagbesteding				
Begeleider en nachtzorg				

<u>Onderwerp: Organisatie en beleid</u>	Mee oneens	Beetje mee eens	Grotendeels mee eens	Helemaal mee eens
Samenwerking				
Ik ben tevreden over de samenwerking tussen begeleiders op mijn woning bij het uitvoeren van slaapadviezen				
Mijn teammanager overlegt met begeleiders over de slaapadviezen				
Ik ben tevreden over de samenwerking tussen begeleiders en mijn teammanager bij het uitvoeren van slaapadviezen				
Mijn teammanager stimuleert de uitvoering van slaapadviezen				
Ik ben tevreden over de samenwerking tussen begeleiders en mijn gedragskundige bij het uitvoeren van slaapadviezen				
Ik ben tevreden over de samenwerking tussen begeleiders en het slaapteam bij het uitvoeren van slaapadviezen				
Ik ben tevreden over de samenwerking tussen begeleiders en (para)medici bij het uitvoeren van slaapadviezen				
Ik ben tevreden over de samenwerking tussen begeleiders en de dagbesteding bij het uitvoeren van slaapadviezen				
Ik ben tevreden over de samenwerking tussen begeleiders en nachtzorg bij het uitvoeren van slaapadviezen				
Ondersteuning slaapteam				
Bij vragen over de slaapadviezen kunnen wij terecht bij het slaapteam				
Het slaapteam is goed en snel bereikbaar				
Het slaapteam geeft duidelijke uitleg hoe ik slaapadviezen moet uitvoeren				
Middelen (geld, tijd, ruimte)				
Er is voldoende geld om de slaapadviezen goed uit te voeren				
Er is voldoende tijd om de slaapadviezen goed uit te voeren				
De diensttijden maken het mogelijk slaapadviezen goed uit te voeren				

	Mee oneens	Beetje mee eens	Grotendeels mee eens	Helemaal mee eens
Informatievoorziening				
Sherpa heeft begeleiders voldoende voorgelicht over de invloed van slaap op het functioneren van cliënten				
Door Sherpa ben ik voldoende voorgelicht om de slaapadviezen te kunnen uitvoeren				
Sherpa moet meer voorlichting geven over het nut van slaap en de invloed van een slechte slaap op cliënten				
Personeel (teamsamenstelling, inzet flexwerkers)				
Er is voldoende personele bezetting				
Er zijn veel personeelwisselingen (vertrek begeleider, komt nieuwe begeleider)				
Ik werk veel met collega's van het flex-team die de cliënten met een slaapadvies onvoldoende kennen				

Onderwerp: Advies	Mee oneens	Beetje mee eens	Grotendeels mee eens	Helemaal mee eens
Duidelijkheid				
Slaapadviezen zijn duidelijk omschreven				
Alle begeleiders van mijn woning voeren de slaapadviezen op dezelfde manier uit				
De nachtzorg voert de slaapadviezen op dezelfde manier uit als begeleiders van mijn woning				
De slaapadviezen worden opgenomen in de ondersteuningscyclus (het werkplan, ondersteuningsplan)				
De begeleiders van de dagbesteding voeren de slaapadviezen overdag op dezelfde manier uit als begeleiders van mijn woning				
Vindbaarheid				
Ik weet waar ik slaapadviezen kan teruglezen				
Ik weet waar ik het slaapprotocol kan vinden				
Intensiteit				
De slaapadviezen zijn in de praktijk makkelijk uitvoerbaar				
Er zijn te veel slaapadviezen				
De slaapadviezen kosten veel extra begeleidingstijd				

Door Sherpa wordt vermoed dat niet alle slaapadviezen (kunnen) worden uitgevoerd. Wat zijn naar jouw idee redenen dat de slaapadviezen **niet** (voldoende) worden uitgevoerd?

.....

.....

.....

.....

Bedankt voor het invullen!