

# Verslag van knelpuntenanalyse

## Inhoudsopgave

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| Methodebeschrijving van knelpunteninventarisatie..... | 2  |
| Resultaten van knelpuntenanalyse .....                | 4  |
| Prioriteren van knelpunten .....                      | 10 |

## Methodebeschrijving van knelpunteninventarisatie

### 1. Inventarisatie in de werkgroep

Tijdens de eerste werkgroepbijeenkomst in april 2021 heeft een brainstormsessie met de werkgroepleden plaatsgevonden. M.b.v. een digital tool heeft ieder werkgroeplid zijn of haar knelpunten op een digitaal prikbord in kunnen vullen. Vervolgens kreeg iedereen de gelegenheid om een cijfer toe te kennen aan de knelpunten op het bord (1 – ‘ik herken dit totaal niet’; 10 – ‘ik herken dit helemaal’). In samenspraak met de werkgroep is besloten dat er aanvullend een vragenlijst en focusgroepen georganiseerd werden om overige knelpunten op te halen. Er was met name vraag naar het perspectief van de begeleider, thuiszorgmedewerker, verzorgende en mantelzorger.

### 2. Online vragenlijst

In mei 2021 is een online vragenlijst uitgezet onder beoogde gebruikers van de richtlijn. De vragen werden verdeeld over verschillende aandachtsgebieden. Per aandachtsgebied werden de knelpunten benoemd die tijdens de eerste werkgroepbijeenkomst naar voren kwamen. Respondenten konden aangeven of zij deze knelpunten herkennen en konden hier hun eigen knelpunten aan toevoegen. Aan het einde van de vragenlijst is aan respondenten gevraagd welke knelpunten volgens hen de hoogste prioriteit hadden om uit te werken in een richtlijn. De vragenlijst is 175 keer ingevuld. In Tabel 1 staan de achtergrond en het werkveld van de respondenten opgenomen.

### 3. Online focusgroepen

In juni 2021 zijn twee online focusgroepen georganiseerd om knelpunten op te halen bij verzorgenden, verpleegkundigen, begeleiders en mantelzorgers. Er werd hierbij onderscheid gemaakt tussen knelpunten in een intramurale setting (focusgroep 1) en knelpunten bij thuiswonende cliënten (focusgroep 2). Aan focusgroep 1 namen een begeleider en een coördinator van een slaapteam deel (vier deelnemers kwamen niet opdagen). Aan focusgroep 2 namen twee mantelzorgers, een begeleider en een orthopedagoog deel (twee deelnemers kwamen niet opdagen).

**Tabel 1:** Achtergrond en werkveld respondenten vragenlijst

| <b>Respondenten (n=175)</b>            |     |
|----------------------------------------|-----|
| <b>Achtergrond</b>                     |     |
| Arts VG                                | 17% |
| Specialist ouderengeneeskunde          | 32% |
| Verzorgende                            | 1%  |
| Verpleegkundige                        | 7%  |
| Verpleegkundig specialist              | 2%  |
| Begeleider / sociaal agoog             | 6%  |
| (ortho)pedagoog                        | 13% |
| Psycholoog                             | 6%  |
| Vertegenwoordiger cliënten ouderenzorg | 0%  |
| Vertegenwoordiger cliënten VG-zorg     | 2%  |
| Anders <sup>a</sup>                    | 13% |
| <b>(Hoofdzakelijk) werkzaam in</b>     |     |
| Intramurale ouderenzorg                | 37% |
| Extramurale ouderenzorg                | 2%  |
| Intramurale VG-zorg                    | 47% |
| Extramurale VG-zorg                    | 6%  |
| N.v.t.                                 | 2%  |
| Anders <sup>b</sup>                    | 7%  |

<sup>a</sup>o.a. ergotherapeut, A(N)IOS, fysiotherapeut, DVC

<sup>b</sup>o.a. zowel intramuraal als extramuraal, GGZ, ziekenhuis

## Resultaten van knelpuntenanalyse

Onderstaande samenvatting omvat de opbrengst van de brainstormsessie in de werkgroep, de vragenlijst onder beoogde gebruikers van de richtlijn en de focusgroepen met verpleging, verzorging, begeleiding en mantelzorgers. De uitgebreide resultaten van de brainstormsessie, vragenlijst en focusgroepen zijn opvraagbaar via [bureau@skilz.nu](mailto:bureau@skilz.nu).

## SAMENVATTING

Een aantal knelpunten kwam vaak naar voren en/of werd door verschillende beroepsgroepen en ervaringsdeskundigen onderschreven:

### Preventie / gezonde slaap

1. Er is onvoldoende kennis / toepassing van slaaphygiëneregels bij zorgprofessionals
2. Er worden te weinig preventieve maatregelen uitgevoerd om slaapproblemen te voorkomen
  - a. *Motivatatie van cliënt, zorgpersoneel, of management ontbreekt*
  - b. *Groepsleiding vindt het een uitdaging cliënten aan te sporen een gezonde leefstijl aan te nemen*
3. Omgevingsfactoren verstoren de slaap van de cliënt
  - a. *Groepswonen veroorzaakt verstoorde nachtrust (onrust bij mede cliënten, gamen gepaard met geluidsoverlast)*
  - b. *De omgeving is te warm of er is te weinig daglicht*
  - c. *Bij thuiswonende cliënten wordt de omgeving/context waarin de cliënt slaapt onderschat*
4. Er is onvoldoende nabijheid/toezicht van de nachtzorg
5. Cliënten zijn overdag te weinig actief
  - a. *Cliënt wil zelf niet bewegen, naar buiten, achter beeldscherm weg*
  - b. *Er is een gebrek aan (georganiseerde) avondactiviteiten, waardoor patiënten (te) vroeg naar bed gaan*
  - c. *Dag-/nachtritme is omgedraaid; cliënten slapen overdag.*
  - d. *Dagdienst laat cliënten overdag slapen*
6. Gewoontes / behoeftes van een patiënt zijn niet bekend / worden niet benut
  - a. *Hoe verliep het slapen thuis? Wat is iemands bedritueel?*
  - b. *Cliënten slapen allemaal op dezelfde matrassen en kussens*

### Signaleren / monitoren

1. Er is onvoldoende kennis van en alertheid op signalering van slaapproblemen
2. Stil wakker zijn wordt niet opgemerkt / is lastig te meten

3. Rapportage over de nacht is ontoereikend (onvoldoende, beperkt, onduidelijk)
4. Er is weinig / geen zicht op cliënten in de nacht, dus het is onbekend of er sprake is van een slaapprobleem
  - a. *Extra groot probleem bij alleen wonende cliënten; wijkzorg levert zorg tussen 7-23 uur*
5. Het is onduidelijk hoe je slaapefficiëntie meet
6. Het is onbekend welk meetinstrument je wanneer in zet
7. Het is onduidelijk in hoeverre de kwaliteit van slaap een rol speelt in moeilijk verstaanbaar gedrag
8. Bestaande meetinstrumenten om slaap(problemen) te signaleren/monitoren kunnen niet toegepast worden
  - a. *Beschikbare meetinstrumenten zijn niet voor iedereen passend (bv niet iedere cliënt verdraagt een meetinstrument op zijn lichaam of laat 's nachts geluid horen bij inzet van een dictafoon, actiwatches kunnen niet ingezet worden bij iemand die immobiel is)*
  - b. *Domotica zijn niet altijd toereikend om slaapproblemen te signaleren*
  - c. *De actiwatch geeft niet altijd een goede meting of is lastig uit te lezen (levert meer vragen op dan antwoorden)*
  - d. *Actiwatches en dergelijke meetinstrumenten zijn niet (altijd) beschikbaar; bv door wachttijden*
  - e. *Camera's zijn logistiek niet altijd mogelijk; ook is er onvoldoende tijd om beelden terug te kijken*
9. Er is soms sprake van een verschil in beleving van slaapproblemen door de cliënt (bv door cognitieve problemen) en de slaap die geobserveerd wordt door de zorg

### Diagnostiek

1. Het is onbekend wat gezonde / 'normale' slaap is; wanneer is er sprake van een slaapprobleem?
2. Soms is onbekend wie nu daadwerkelijk een slaapprobleem ervaart; de cliënt zelf of zijn omgeving/zorgverleners?
  - a. *Het signaleren van een slaapprobleem is, binnen het verpleeghuis, sterk afhankelijk van normen van de verzorging en de door hen ervaren overlast*
  - b. *Slaapproblemen worden niet herkend door directe begeleiding, omdat slaperigheid overdag als lekker rustig wordt ervaren*
  - c. *De cliënt ervaart geen probleem, maar de mantelzorger kan al jaren geen nacht doorslapen*
3. De invloed van medicatie, voeding en (somatische) aandoeningen op slaap is vaak onbekend
4. Er wordt snel geroepen: "Zo is deze persoon al jaren" bij bepaalde (gedrags)problematiek. Slaapproblematiek wordt niet als oorzaak meegenomen of onderzocht

### Behandeling

(Knelpunten voornamelijk door artsen benoemd)

1. Er is veel onduidelijk over het gebruik van melatonine als medicamenteuze aanpak bij slaapproblemen
  - a. *Er wordt vaak melatonine gegeven terwijl niet duidelijk is of de cliënt het nodig heeft*
  - b. *Er zijn tegenstrijdige berichten over passende dosering melatonine*
2. Het is onbekend welke passende niet-medicamenteuze behandelingen in te zetten zijn
3. Er wordt veel druk uitgeoefend om slaapmedicatie voor te schrijven
  - a. *Begeleiding/familie/andere behandelaren willen altijd medicatie of cliënt wil zelf (niet stoppen met) medicatie*
  - b. *er is te weinig personeel 's nachts*
  - c. *het effect van medicatie wordt overschat*
  - d. *Medicatie wordt snel voorgeschreven, waardoor verzorgenden zelf amper na hoeven te denken over niet-medicamenteuze interventies*
4. Het is onbekend wanneer je start met medicatie, voor hoe lang en tot wanneer
  - a. *Hoe bouw je medicatie af? (Afbouwen van slaapmedicatie als temazepam lukt bijna nooit, er lijkt een sterk hardnekkig rebound effect te zijn, of de anxiolytische eigenschappen hebben een blijvend effect of het slapen)*
5. De behandeling is niet verenigbaar met de beschikbare middelen
  - a. *slaaptraining vraagt veel tijd/uthoudingsvermogen van cliënt en omgeving*
  - b. *er is een tekort aan personeel beschikbaar*
6. Voor wie behandelen we een slaapprobleem? (zie ook knelpunt 2 bij Diagnostiek)
  - a. *Als cliënt geen last heeft van slaapprobleem, maar wel anderen wakker houdt in de nacht; behandelen we dan cliënt of 'de omgeving'?*
  - b. *is intermitterende sedatie / slaapmedicatie gerechtvaardigd wanneer andere bewoners niet slapen door iemands nachtelijke onrust?*
7. Het is onduidelijk hoe een goede afweging gemaakt kan worden tussen verschillende (ook onderling samenhangende) factoren om tot een goede behandeling te komen
8. Behandelingen lijken niet effectief
  - a. *Medicatie slaat niet aan of slechts kortdurend*

### Organisatie van zorg

1. Cliënten liggen te vroeg en/of (te) lang op bed
2. Er is veel bekend over hoe zorgorganisaties slaapproblemen kunnen verbeteren, maar in de praktijk lukt het niet dit te faciliteren
  - a. *Er is onvoldoende aandacht en ondersteuning van de zorgaanbieder voor de benodigde randvoorwaarden om tot behandeling te komen*
3. Er is een te strikte scheiding van dag- en nachtzorg
  - a. *Er is een gebrek aan communicatie tussen dag- en nachtzorg*
  - b. *Er is te weinig bewustwording bij de dagzorg dat kwaliteit van slaap beïnvloed kan worden tijdens de dag*
  - c. *Er ontbreekt een 24-uursbenadering in de visie/missie van zorgorganisaties.*

4. De 24-uurszorg is onvoldoende ingericht/georganiseerd op het bieden van nachtzorg/slaapzorg
  - a. *De meeste thuiszorgorganisaties kunnen alleen voor terminale cliënten 24-uurs zorg bieden*
5. Er is weinig financiering voor begeleiding in de nacht
  - a. *Voor thuiswonende cliënten: financiering van nachtzorg is niet vanzelfsprekend en te duur als het via een instelling geregeld is.*
6. Personeel is onvoldoende geschoold op het thema slaap

### **Een aantal knelpunten werd benoemd door specifieke beroepsgroepen:**

AVG = arts verstandelijk gehandicapten, SO = specialist ouderengeneeskunde, OP = (ortho)pedagoog, P = psycholoog, B/SA = begeleider / sociaal agoog, VPK = verpleegkundige, VS = verpleegkundig specialist, VZ = verzorgende, V-VG = vertegenwoordiger / mantelzorger cliënten met een VB

### Artsen

- Er is sprake van inadequaat cafeïnegebruik
- Frequentie mictie / LUTS ontstaat vaak op oudere leeftijd en is vaak moeilijk te verhelpen en snel verstoring in de nachtrust (SO)
- Er is onvoldoende kennis bij de zorg (maar soms ook bij de cliënt zelf) over veranderde slaapbehoefte op hoge leeftijd (SO)
- Bij dementie is vaak sprake van verstoorde slaap, mensen slapen veel overdag. Het is onduidelijk in welke fase van dementie overdag wakker houden wel efficiënt is (SO)
- Hoe signaleer je slaapproblematiek bij dementie (cliënt kan dat zelf niet meer vertellen) (SO)
- Een angststoornis (geluxeerd door eenzaamheid) en slaapstoornis zijn soms moeilijk uit elkaar te houden (SO)
- Diagnostiek voor de algemene populatie is niet altijd toepasbaar op doelgroep mensen met een VB (zoals melatoninecurve en polysomnografie) (AVG)
- Op een PG-afdeling is het lastig een anamnese af te nemen bij de cliënt zelf (SO)
- Er is weinig mogelijkheid om diagnostiek te doen naar slaapapneu in het verpleeghuis (SO)
- Uitgebreide slaapdiagnostiek als in een slaapcentrum is niet gewenst; er is behoefte aan praktische instrumenten, diagnostiek op locatie (SO)
- Cliënt heeft in thuissituatie al langdurig gebruik slaapmedicatie (SO)
- Behandelingen voor slaapapneu zijn niet altijd toepasbaar bij mensen met een VB (AVG)
- De richtlijn van Verenso is ontoereikend mbt slaapmedicatie (Melatonine: alleen heel specifiek in te zetten bij specifieke slaapstoornissen en op precies tijdstip: niet haalbaar. Trazodon: direct grof geschut. Behoeft aan bijv kortdurende benzo zoals in NHG standaard. Benoemen alternatieven die mogelijk effectief kunnen zijn, ook al niet wetenschappelijk onderbouwd. (bv mirtazipine, anti-psychoticum) (SO)

- Het is onbekend wanneer slaapmedicatie bij mensen met dementie onder het stappen plan van de WZD valt (psychofarmaca) (SO)

### Gedragsdeskundigen

- Er is te weinig bekend over alternatieve inzet t.a.v. onvrijwillige zorg ter voorkoming van dwalen, dwanghandelingen etc. (P)
- De cliënt kan door zijn beperking fysiek ongemak soms niet goed aangeven (P)
- Cliënten kunnen onvoldoende (juist) rapporteren hoe ze hebben geslapen (OP)
- Voor de alleenstaande ouder thuis is er niemand die observeert (P)
- Vaak wordt gekozen voor symptoombestrijding (medicatie) en blijft onderzoek naar de oorzaak van slaapproblemen achterwege (P)
- Diagnostiek een interventie zijn sterk afhankelijk van aan wie (deskundigheid) het probleem wordt voorgelegd (P)
- Er zijn te weinig handvatten voor het behandelen van slaapproblemen in de VG zorg (OP)
- Interventies worden door hoge nood soms tegelijk ingezet waardoor onduidelijk is wat de juiste kan zijn (OP)
- Er ontbreekt goede organisatie van MDO's na (slaap)onderzoek (OP)

### Verpleging/begeleiding

- Er ontbreken handvatten om slaapproblemen goed in kaart te brengen (VPK)
- De expertise van de nachtzorgmedewerker moet op de juiste manier ingezet worden. Nu is vaak de dagzorg i.p.v. nachtzorg leidend bij het inzetten van interventies in de nacht of bv bij het invoeren van zorgdoelen (m.b.t. slaap) in het EPD (B/SA)
- Niet alleen samenwerking met dagzorg, maar ook met verwanten kan beter (B/SA)
- Slaapteams zijn slecht gepositioneerd. Deze expertise is onvoldoende erkend en wordt niet altijd goed neergezet binnen organisaties (VPK)

### Ervaringsdeskundigen

- Er is onvoldoende kennis over het syndroom van de cliënt en over benadering en prikkelverwerking (V-VG)
- De WZD belemmert in het monitoren van slaapgedrag, of het is onduidelijk hoe hier mee om te gaan (wat mag wel/niet? Kan ook nog verschillen wanneer het een zorgverlener betreft of mantelzorger, bv in het geval van bedhekken). (V-VG)
- Er is versnippering in diagnostiek met variatie tussen regio's en onbekendheid van artsen over mogelijkheden elders (V-VG)
- Mantelzorgers worden soms ontlast doordat de cliënt elders gaat logeren. Echter, op het logeeradres gaat de zorg anders (bijv. na maandenlange training zonder incontinentie materiaal in de nacht wordt op het logeeradres automatisch een luier om gedaan),

waardoor daarna de belasting voor de mantelzorger weer hoger is doordat gewoontes doorbroken zijn. Daarnaast kan het überhaupt lastig zijn om tijdelijke ondersteuning te vinden.

- Psychische gevolgen van slaapproblemen voor de cliënt

## Prioritering

Bij de vraag naar prioritering van knelpunten (zowel in de vragenlijst als focusgroepen) werden veel verschillende knelpunten als belangrijk aangemerkt. Het was lastig hier een duidelijk advies uit te halen. Een aantal specifieke knelpunten of 'thema's' die vaker naar voren leken te komen waren:

- Wat is normale slaap? Wat is een slaapprobleem?
- (multidisciplinaire) diagnostiek; hoe?
- Er is een te lage bezetting in de nacht / te weinig nabijheid nachtzorg
- Cliënten liggen (te) lang op bed
- Cliënten zijn te weinig actief overdag
- Er is een gebrek aan kennis over slaap(problemen) bij zorgprofessionals
- Welke niet-medicamenteuze behandelingen zijn beschikbaar en effectief?
- Medicamenteuze behandelingen; welke, volgorde, afbouw etc.
- Er is een gebrek aan samenwerking tussen dag- en nachtzorg

## Prioriteren van knelpunten

De werkgroep heeft de knelpunten per aandachtsgebied geprioriteerd in voorbereiding op het formuleren van de uitgangsvragen. Hiervoor is eerst een voorselectie gemaakt door de voorzitter, vicevoorzitter en de procesbegeleiders van SKILZ omdat sommige knelpunten niet in een kwaliteitsinstrument opgelost kunnen worden. De geprioriteerde knelpunten zijn vervolgens vergeleken met de inhoud van kwaliteitsinstrumenten die reeds ontwikkeld waren. Dit heeft geleid tot een selectie van knelpunten die uiteindelijk vertaald konden worden naar uitgangsvragen. De prioritering van de knelpunten is opvraagbaar via [bureau@skilz.nu](mailto:bureau@skilz.nu).

## Belangrijkste knelpunten

### Preventie

Er werden twee knelpunten hoog geprioriteerd op het gebied van preventie:

1. Er is een gebrek aan kennis en toepassing van algemene slaaphygiëneregels (*groepsniveau*)
2. Het is onbekend hoe je zorgt voor toepassing van slaaphygiëneregels bij het *individu*, wat zijn de behoeftes van het individu en wat heeft het bij de specifieke persoon van invloed?

### Signalering

Bij signalering werden drie knelpunten hoog geprioriteerd:

1. De probleemdefinitie: het is onduidelijk wanneer is er sprake van een slaapprobleem? (en wie heeft het probleem?)
2. Er is onvoldoende kennis en alertheid op het signaleren van slaapproblemen
3. Het is onbekend hoe we slaapproblemen het beste kunnen meten / in kaart brengen? (meetinstrumenten en tools)

### Diagnostiek

Bij diagnostiek werden de volgende knelpunten geprioriteerd:

1. Het is onbekend hoe je bij de individuele cliënt tot helderheid over wat de factoren zijn die de slaap beïnvloeden (denk bijvoorbeeld aan somatiek, medicatie en voeding) en hoe je dat met elkaar multidisciplinair afweegt.
2. Het is onduidelijk welke disciplines je betreft bij diagnostiek en wanneer nadere diagnostiek nodig is; wanneer schaal je op of af?

### Behandeling

De geprioriteerde knelpunten bij behandeling waren:

1. Het is onbekend welke passende niet-medicamenteuze behandelingen er zijn
2. Het is soms onduidelijk wie we (moeten) behandelen; cliënt of omgeving?
3. Het is onbekend welke factoren je het beste af kunt wegen voor de start van een behandeling

4. Niet-medicamenteuze behandelingen hebben de voorkeur, maar er zal in sommige situaties toch ook medicatie worden voorgeschreven; welk middel kies je dan wanneer en voor hoe lang?

#### Organisatie van zorg

Met betrekking tot organisatie van zorg werden de volgende drie knelpunten hoog geprioriteerd:

1. Cliënten liggen te vroeg / te lang op bed
2. Personeel is onvoldoende geschoold op slaap
3. Er is een te strikte scheiding van dag- en nachtzorg