

Epidemiologisch Bulletin

JAARGANG 53

TIJDSCHRIFT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN ONDERZOEK IN REGIO HAAGLANDEN

2
—
2018

VOLKSGEZONDHEID

**Antibioticagebruik Haagse verpleeghuiszorg:
nut of noodzaak van verandering** > p. 4

**Social marketingonderzoek
voor aanpak overgewicht:
typen ouders en hun drijfveren** > p. 12

Hallucinaties: psychiatrie of niet? > p. 19

**Intensieve Behandeling Thuis
voor ernstig psychiatrische patiënten** > p. 24

Gezondheid in cijfers > p. 27

IN DIT NUMMER

Redactioneel	3
Antibioticagebruik binnen de Haagse verpleeghuiszorg: nut of noodzaak van verandering	4
<i>Kees Dirksen, Rachel van Veldhuizen en Riany Brugmans</i>	
Social marketingonderzoek voor de aanpak van overgewicht: typen ouders en hun drijfveren	12
<i>Anneke van Soest, Tessa de Groot en Esther Becker Hoff</i>	
Hallucinaties: psychiatrie of niet?	19
<i>Karin Slotema</i>	
Intensieve Behandeling Thuis voor ernstig psychiatrische patiënten	24
<i>John Enterman</i>	
Gezondheid in cijfers: Stress	27
Korte berichten	28
Meldingen infectieziekten	32

Wilt u reageren op deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin?

Dan kunt u mailen naar: epibul@ggghaaglanden.nl. De redactie stelt uw reactie zeer op prijs.



Redactioneel

Nederland doet het niet slecht op het gebied van antibioticabeleid, als we onszelf vergelijken met vele andere Europese landen. Toch is dit geen reden om tevreden achterover te leunen. In het septembernummer van 2017 van het Epidemiologisch Bulletin schreven we reeds over het Zorgnetwerk Antibiotica-resistentie Holland-West, dat deel uitmaakt van een landelijk verband van zulke netwerken, geïnitieerd door de nationale overheid. In deze aflevering van het bulletin besteden we aandacht aan de praktijk van het antibioticabeleid in de verpleeghuizen in onze regio: de afdeling Infectieziektebestrijding van de GGD ging op onderzoek uit en presenteert haar bevindingen. Het belang van een consequent beleid wordt breed gedeeld. Toch blijkt de praktijk weerbarstig.

Over weerbarstige praktijken gesproken, het betrekken van ouders bij het thema ‘gezond gewicht van kinderen’ blijkt niet eenvoudig. In elk geval niet in de vier grote steden. Daarom hebben deze steden samengewerkt in een project waarin de vraag centraal stond of de principes van ‘social marketing’ kunnen helpen om een betere aansluiting te bereiken bij de leefwereld van ouders van dikke kinderen. De resultaten van dit onderzoek vindt u in dit bulletin. Zij zullen onder meer behulpzaam zijn bij de verdere ontwikkeling van de Haagse Aanpak Gezond Gewicht.

In deze aflevering van het Epidemiologisch Bulletin staan voorts twee artikelen die betrekking hebben op de geestelijke gezondheidszorg. In het ene artikel wordt ingegaan op de vraag of hallucinaties altijd wijzen op een psychiatrische stoornis, of preciezer: een psychotische stoornis. Het antwoord is verrassend. Hallucinaties komen niet alleen voor onder mensen met psychotische stoornissen, maar ook bij andere psychiatrische aandoeningen. En zelfs bij mensen zonder psychiatrische aandoening. Op de betekenis van hallucinaties bij niet-psychotische mensen wordt ingegaan in dit artikel.

Het overheidsbeleid is gericht op het zo veel mogelijk thuis behandelen van patiënten. Dit is soms, zeker in de psychiatrie, een behoorlijke uitdaging. Parnassia is gestart met een op de thuissituatie gericht hulp-aanbod: Intensieve Behandeling Thuis. In dit bulletin vindt u een artikel over ontstaan en doel en over de eerste ervaringen met deze benadering.

De vaste rubriek ‘Gezondheid in cijfers’ geeft dit keer informatie over het thema ‘Stress’.

Wij hopen dat u weer veel plezier beleeft aan het lezen van deze uitgave van het Epidemiologisch Bulletin.



Antibioticagebruik binnen de Haagse verpleeghuiszorg: nut of noodzaak van verandering

Bacteriële ongevoeligheid voor gangbare antibiotica rukt in een rap tempo vanuit het buitenland op en wint helaas ook in eigen land gestaag terrein. De problematiek alhier manifesteert zich het meest nadrukkelijk binnen intramurale zorginstellingen, waar de antibioticumconsumptie hoog is en de infectieziektedruk groot. Beide omstandigheden gaan naast ziekenhuizen ook bij uitstek voor verpleeghuisinstellingen op.¹ Die dragen immers zorg voor een uiterst kwetsbare patiëntengroep, die ook nog eens frequent met de ziekenhuizen wordt uitgewisseld.² De auteurs van dit artikel hebben daarom onderzocht hoe de specialist ouderengeneeskunde bij het opstarten van een antibiotische behandeling tot zijn besluiten komt. Welke determinanten spelen bij dit afwegingsproces een rol, welke factoren geven de doorslag voor een specifiek antibioticum en biedt het bestaande beleid ruimte voor verbetering? Dit artikel bevat eerst de opzet van het onderzoek en vervolgens de bevindingen die uit de interviews met de artsen naar voren zijn gekomen. Het eindigt met enkele aanbevelingen om binnen deze zorgsector tot een uniformer en beter gestructureerd antibioticumbeleid te komen.

Kees Dirksen, Rachel van Veldhuijsen en Riany Brugmans

Achtergrond

Overmatig antibioticumgebruik en internationaal personenverkeer werken resistentievorming in de hand. Ook het gegeven, dat er de voorbije halve eeuw nauwelijks nog nieuwe antibiotica aan het therapeutisch arsenaal zijn toegevoegd, speelt hierbij parten. Het ontwikkelen van nieuwe generaties antibiotica zal in het ontstane tekort moeten gaan voorzien, maar dit is een kostbaar en langdurig proces, dat voor het keren van de toenemende

resistentievorming eigenlijk nu al niet meer volstaat.³

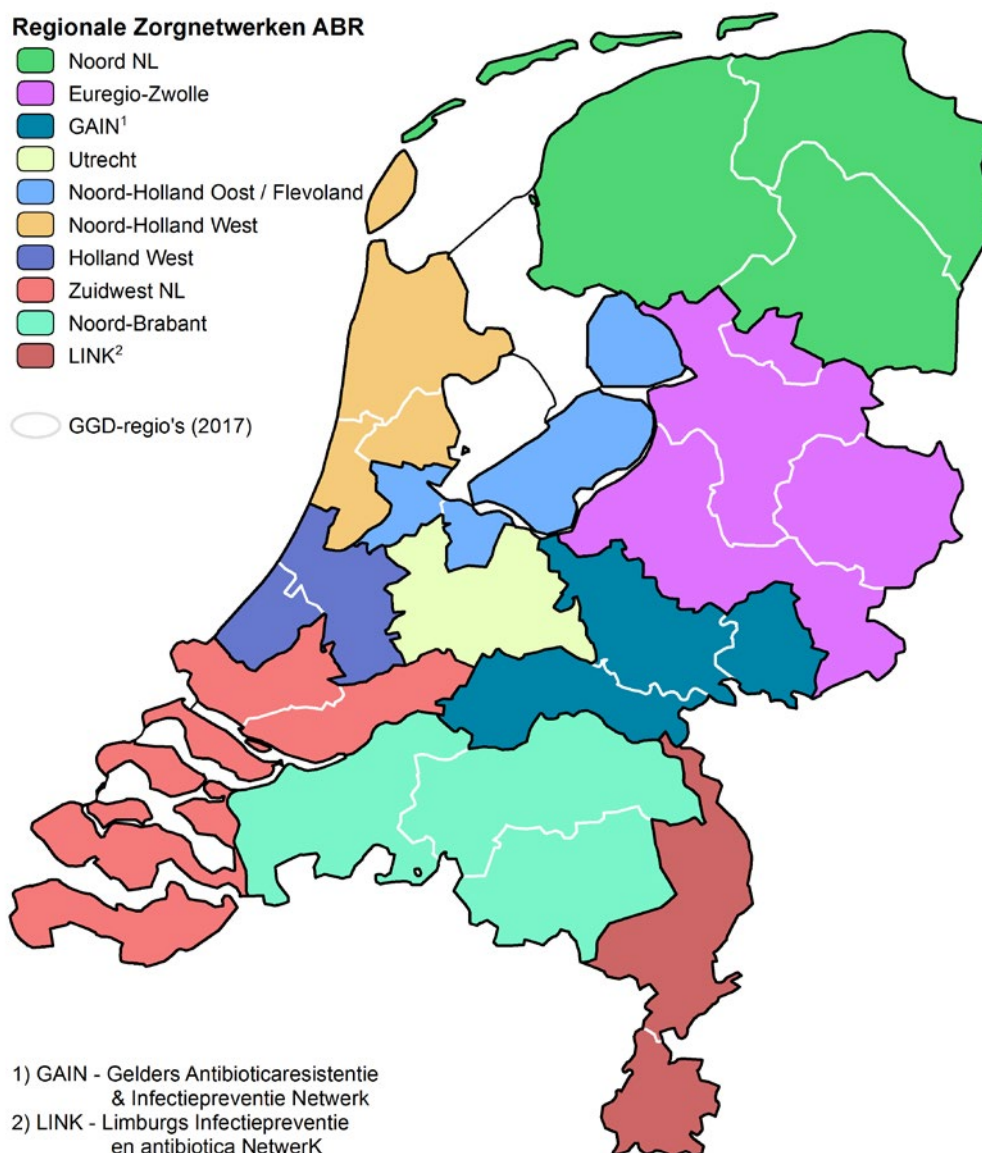
Een maatregel, die wel op korte termijn effect moet sorteren, is het promoten van het 'antibiotic stewardship'. Dit rentmeesterschap is lastig in een pakkende Nederlandse term te vatten, maar laat zich het best omschrijven als het geheel van onderzoeken, afspraken en interventies, die tot een zo optimaal mogelijk antibioticumgebruik moet leiden. Met een suboptimaal of onjuist antibioticumgebruik bedoelt men doorgaans een omstreden indicatie voor het inzetten van een



antibiotische behandeling, een inadequaat voorschrijfduur of een dubieuze keuze voor het toegepaste antibioticum zelf. De in juni 2015 geformuleerde ministeriële doelstellingen zijn zonder meer ambitieus te noemen: het streven is om in het kader van dit rentmeesterschap het aantal onjuist voorgeschreven antibiotica binnen vijf jaar tijd met 50% terug te dringen. Binnen diezelfde periode moet ook het aantal vermijdbare en aan zorg gerelateerde infecties tot de helft zijn teruggebracht.⁴ De beoogde 'stewards in spe' zijn niet alleen de voorschrijvende artsen, maar ook de overige zorgprofessionals, die een taak hebben bij het tegengaan van verspreiding van resistente micro-organismen. Zij krijgen ondersteuning van tien Regionale Zorgnetwerken Antibioticaresistentie (ABR), die middels coördinatie, advisering en onderzoek

mede invulling aan dit nobele streven moeten geven.⁵ Het geografisch bereik van deze teams komt overeen met het verzorgingsgebied van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Het besluit om de schaalgrootte van de ABR-zorgnetwerken te koppelen aan die van de regionale samenwerkingsverbanden voor de acute zorg is een rationele keuze geweest, aangezien het gros van de verwijzingen en overplaatsingen zich binnen de grenzen van dit verzorgingsgebied afspeelt. Het ABR-zorgnetwerk Holland West (figuur 1) omvat de GGD-en Haaglanden en Hollands Midden en heeft twee specialisten ouderengeneeskunde in het coördinatieteam, die als liaison voor hun beroepsgroep optreden. Alle verpleeghuizen die aan dit onderzoek hebben deelgenomen liggen binnen de regio van het zorgnetwerk.

Figuur 1. De 10 regionale zorgnetwerken antibioticaresistentie.⁶



Onderzoeksmethode

Het verrichte onderzoek is kwalitatief van opzet, waarbij voor de interviews met de specialisten ouderengeneeskunde gebruik is gemaakt van een semigestructureerde vragenlijst. Laura van Buul heeft toestemming geven om de vragenlijst uit haar promotieonderzoek te mogen gebruiken. Van Buul deed in 2015 onderzoek naar het voorschrijfgedrag van antibiotica binnen langdurige zorgvoorzieningen voor ouderen. In dit promotieonderzoek heeft zij tevens de verzorgingshuizen betrokken en naast de artsen ook de verpleegkundigen ondervraagd. Haar werkveld was dus aanmerkelijk breder.⁷ De vragenlijst voor het huidige onderzoek focust op de praktische omgang met het voorschrijven van antibiotica en op het beleid, dat binnen de eigen verpleeghuisinstelling wordt gevoerd. Door de semi-gestructureerdheid van de lijst en de face to face-benadering van de interviews was het mogelijk om nader in te gaan op meer subjectieve aspecten, zoals de persoonlijke betrokkenheid bij resistentieproblematiek en de manier waarop de respondent de samenwerking met anderen op dit gebied waardeert. Tijdens het onderzoek bleek dat er na 15 interviews een verzadiging in de informatie-inwinning optrad. De artsen zijn in hun eigen werkomgeving ondervraagd en hebben toestemming gegeven om de gevoerde gesprekken op te nemen. Om een goed inzicht in de subjectieve aspecten te krijgen, is bewust geprobeerd om tijdens de gesprekken een sfeer van vertrouwelijkheid te creëren. Er is nadrukkelijk aangegeven, dat er in de vraagstelling normatieve of belerende kaders geen rol hebben gespeeld.

Bevindingen

Er zijn in de tweede helft van 2016 in totaal tien verpleeghuisinstellingen bezocht. Bij vijf instellingen is naast de specialist ouderengeneeskunde ook de zaalarts ondervraagd, die ten tijde van het interview nog basisarts of specialist ouderengeneeskunde in opleiding was. Alle betrokken verpleeghuizen hebben zowel somatische als psychogeriatrische afdelingen, een instelling heeft ook de beschikking over een revalidatie-unit. Acht van de deelnemende huizen zijn onderdeel van een koepel, de overige twee zijn particuliere huizen, die zich bij de inschrijving op sociaal specifiekere doelgroepen hebben gericht. Bij de keuze is rekening gehouden met het verschil in aantal bedden en met de geografische verdeling binnen de regio Haaglanden. De belangrijkste bevindingen worden hieronder in acht items weergegeven. Citaten zijn enkel dan aangehaald, wanneer ze een breder gedragen opvatting representeren.

Urgentiegevoel

Bij de specialisten ouderengeneeskunde is het besef terdege aanwezig dat antibioticumresistentie een toenemend gezondheidsprobleem vormt en dat hun instelling ten aanzien van incidentie en verspreiding een cruciale positie binnen de zorgketen inneemt. De bereidheid om aan dit onderzoek deel te nemen was dan ook groot.

Daar staat desalniettemin tegenover dat het probleem doorgaans niet als bijzonder urgent wordt ervaren. Relativerende factoren zijn de wetenschap, dat resistente bacteriën niet altijd ziekmakend hoeven te zijn en dat hun resistentieprofiel tot dusverre altijd in een antibioticum voorziet, waarvoor nog wel gevoeligheid bestaat. Mogelijk is dit gevoel voor een deel gebaseerd op het feit dat er zich binnen geen van de ondervraagde verpleeghuisinstellingen een majeure uitbraak door resistente bacteriën heeft voorgedaan. Wellicht speelt hierbij ook een rol dat de beruchte CPE-bacillen (Carbapenemase-producerende Enterobacteriaceae), die praktisch voor ieder gangbaar antibioticum ongevoelig zijn geworden, zich nog niet in deze regio hebben aangediend.

De heersende opvatting onder de respondenten is, dat zij net als hun Nederlandse collega's terughoudend zijn met het voorschrijven van antibiotica en dat het land vooroploopt bij de aanpak en agendering van resistentieproblematiek. Impliciet geven sommige artsen aan, dat de status quo een acceptabele uitgangspositie is en dat het doorgaan op dezelfde voet niet per se onverantwoord is. Bij hen dringt de vraag zich op of het afdwingen van al te veel of al te rigoureuze beleidsveranderingen wel zoveel meerwaarde heeft. Op de open vraag of het een goed idee zou zijn om opgenomen patiënten preventief op resistente micro-organismen te screenen, reageert één respondent positief. De grote meerderheid van zijn collega's schrikt voor een dergelijk initiatief terug, vooral ook uit vrees dat een dergelijke opsporingsactie een 'doos van Pandora' kan openen, die zich daarna niet meer zo gemakkelijk laat sluiten. Enkele artsen hechten eraan te wijzen op de verbeteringen, die er in de afgelopen jaren op dit gebied al wel zijn bereikt. Zo is men, al dan niet gedwongen, kritischer geworden op hygiëne-standaarden en het gebruik van breedspectrum-antibiotica. Iedere geïnterviewde arts beschouwt de antibiotische behandeling van bacteriën, die in de urine van een klachtenvrije patiënt worden aangetroffen, tegenwoordig als een laakbare medische fout.



Voorschrijfgedrag

Het besluit om een bepaald antibioticum voor te schrijven is het sluitstuk van een afwegingsproces. Een dergelijk proces gaat in principe aan elk behandelbesluit vooraf en is niet voorbehouden aan de verpleeghuiszorg. Wel benoemen de respondenten enkele sectorspecifieke factoren, die binnen het verpleeghuis zwaarder wegen dan elders. Zo hebben de patiënt en zijn familie een grotere invloed op het behandelplan dan in een ziekenhuis, ook al vindt deze inspraak doorgaans al ten tijde van de intake-fase plaats. Gelet op de medische problematiek is curatie lang niet altijd doel op zich en wordt er vaak voor een palliatieve benadering gekozen, ook wanneer het om (pre-terminale) infecties gaat.⁸ Ook de verzorgenden spelen een prominentere rol in de besluitvorming, omdat zij als ‘ogen en oren van de behandelaar’ vaak de eersten zijn om veranderingen in gedrag en conditie op te merken en te rapporteren. Diagnostische hulpmiddelen blijken niet in alle huizen uitputtend of in gelijke mate aanwezig te zijn, wat een weerslag heeft op de risico-inschatting en dus ook op de uiteindelijke antibioticumkeuze. Specialist en ouderengeneeskunde werken doorgaans zelfstandig en maken de afweging om al dan niet een behandeling in te zetten meestal op eigen gezag. De respondenten geven als tegenwicht voor hun handelingsvrijheid wel aan, dat ze zich bij hun oordeelsvorming aan de vigerende protocollen van de Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso) houden of aan de instellingsgebonden formularia, die hiervan zijn afgeleid.

Urineweginfecties

De urineweginfectie is de meest voorkomende infectieziekte binnen de verpleeghuiszorg.⁹ Voor de Nederlandse setting vond Van Buul, dat er bij maar liefst 32% van de urineweginfecties sprake was van een dubieuze antibioticumkeuze.¹⁰ Aangezien dit percentage aanmerkelijk hoger is dan bij luchtweg- of huidinfecties (respectievelijk 13% en 6%), hadden de diagnostiek en medicamenteuze behandeling van urineweginfecties tijdens de interviews bijzondere aandacht. Door de hoge incidentie hebben alle ondervraagde artsen een ruime ervaring met dit ziektebeeld. Die vertrouwdheid wil echter allerminst zeggen, dat het daarom ook een aandoening is die gemakkelijk te diagnosticeren of te behandelen valt. De Verenso-richtlijn urineweginfecties gunt de medicus practicus een aanzienlijke mate van handelingsvrijheid, aangezien de symptomatologie juist bij deze patiëntengroep vaak moeilijk te beoordelen is en de

nodige subjectieve interpretatie toelaat. Die ruimte uit zich onder meer in de variërende vervolgdagnostiek en in de keuze voor het uiteindelijk in te zetten antibioticum. De urinekweek is in deze nog altijd de gouden standaard, maar hier wordt door de respondenten wisselend gebruik van gemaakt. Als nadelen van de urinekweek werden onder andere de relatief hoge kosten en de niet direct beschikbare uitkomst genoemd. Daarnaast is er voor een betrouwbare bepaling bij voorkeur vers geloosde urine nodig, die bij deze doelgroep vaak alleen middels een katheterisatie of blaaspunctie te verkrijgen is. Deze praktische bezwaren werpen drempels op, waarvan de hoogte van huis tot huis en van behandelaar tot behandelaar verschilt.

“Het verbaast mij dat er nog steeds collega’s zijn die geen dipslide inzetten, maar die gewoon altijd kweken of juist nooit. Dan ik denk van: ‘joh, je bent ook nog eens een dief van je eigen portemonnee’.
(specialist ouderengeneeskunde)

Niet medische determinanten

De gemiddelde overlevingsduur van een dementiële patiënt, die in een verpleeghuis is opgenomen bedraagt op dit moment ongeveer twee jaar. Naar verwachting zal die overlevingsduur door aanscherping van de toelatingscriteria in de toekomst weer verder dalen. Mede ook hierom beschouwen de meeste artsen hun somatische en psychogeriatrische afdelingen niet in de eerste plaats als klinische behandelcentra, maar waarderen ze die toch vooral als een leef- en woonomgeving, waarin ernstig beperkte patiënten hun laatste levensperiode doorbrengen. Sociaal en fysiek beperkende maatregelen zoals langdurige verzorging in beschermende kledij of afzondering van medepatiënten door contactisolatie, staan op gespannen voet met het gevoel van huiselijkheid, dat men in deze laatste levensfase nastreeft. In die zin weegt het belang van de individuele patiënt bij de meeste respondenten vooralsnog zwaarder dan het veelal onbekende risico op horizontale transmissie en de nadelige gevolgen, die zo’n besmetting voor de overige contacten binnen en buiten het huis kan hebben. De meeste artsen vinden hun bestuurlijk management geen vanzelfsprekende bondgenoot in het streven om antibioticumresistentie terug te dringen en

infectieziektepreventie te bevorderen. Screening, uitbraakbestrijding en geïsoleerde verpleging zijn volgens hen niet alleen belastend voor de patiënt, maar ook nog eens kostbaar en arbeidsintensief. Ook voor de verpleegkundigen heeft de verzorging van een patiënt met een besmetting door een resistente bacterie aanzienlijke consequenties. Extra hygiëne-maatregelen trekken een zware wissel op de toch al als schaars beleefde zorgcapaciteit en kunnen de zorgcontinuïteit op een afdeling gemakkelijk verstoren. De inbreuk, die een dergelijk regiem op de gewenste huiselijkheid met zich meebrengt is al eerder benoemd. Dergelijke overwegingen maken dat ook de meeste artsen zelf terughoudend zijn om al te snel of al te uitgebreid een contactonderzoek op te zetten. Het tekort aan financiële ruimte en de personele krapte wegen dermate zwaar, dat hiervoor volgens sommigen eerst een structurele oplossing gevonden dient te worden, alvorens de focus effectief naar andere aandachtsgebieden kan worden verlegd. Verbeterprojecten, zoals een strikter hygiënebeleid of oefening in infectieziektepreventie verliezen hierdoor aan aandacht en prioritering. Het tekort aan financiële ruimte roept nogal eens een gevoel van moedeloosheid op en wordt vooral door de meer ervaren artsen als een belemmerende factor aangedragen. Eén van hen verzucht zelfs, dat de immunologische weerbaarheid van ouderen drastisch zou verbeteren, wanneer er maar voldoende personeelsruimte zou bestaan om zijn nog mobiele patiënten dagelijks een rondje om het huis te laten lopen.

Verzorgend personeel

De artsen geven in de regel hoog op over de inzet en betrokkenheid van het verzorgend personeel. Toch merken meerdere artsen op, dat de buitenwereld nogal eens de neiging heeft om het verpleegkundig niveau binnen een verpleeghuisinstelling te overschatten. Goed gekwalificeerd personeel is moeilijk te werven en vast te houden. Wanneer er al HBO-verpleegkundigen in dienst zijn, dan stromen die doorgaans snel door naar de meer beleidsmatige functies. De directe zorg aan bed komt daarmee letterlijk in handen van verzorgenden met een MBO-opleiding en dit stelt grenzen aan wat er op preventief, diagnostisch en communicatief gebied van hen mag worden verwacht. Bijscholing en structurele oefening in hygiënisch werken zijn voorwaarden om de zorgkwaliteit in dit opzicht naar een hoger plan te tillen, maar ook dan blijft het basale opleidingsniveau onverminderd een punt van zorg.

“Het klinkt misschien gek, maar in verpleeghuisland is een groot deel van de zorg niveau 2. Niveau 2, dan moet je je een monteur voorstellen, die in de autogarage de banden onder de auto mag zetten, maar niet aan de motor mag komen. Bij ons moeten ze in één keer wel heel veel kunnen, in dat verpleeghuis. Dat is niks ten nadele, maar het is misschien net iets te veel.”

(specialist ouderengeneeskunde in opleiding)

Commissie voor infectieziektepreventie

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft iedere individuele instelling voor ouderenzorg verplicht om vanaf 2015 een commissie voor infectieziektepreventie (IPC) in het leven te roepen. Ook heeft zij opgeroepen om structurele scholing voor de medewerkers te organiseren en om gepaste maatregelen ten aanzien van hygiëne en infectieziektepreventie in het kwaliteitssysteem op te nemen.¹¹ Over de zichtbaarheid van deze interne commissie is het oordeel van de artsen vrij eensluidend: men heeft weet van hun bestaan en bij het optreden van een uitbraak zijn de betreffende contactpersonen snel gevonden en komt het in de regel ook wel tot een bevredigende samenwerking. Bij het opstellen en handhaven van basale hygiëne-maatregelen of bij de preventie van horizontale transmissie zijn ze echter matig in beeld en wordt er ook door de specialisten ouderengeneeskunde zelf maar weinig proactief een beroep op hun diensten gedaan. De artsen achten het daarom van belang, dat de eigen IPC zich nadrukkelijker profileert met de meerwaarde, die ze ook buiten de actieve fase van een uitbraak kunnen hebben.

Een meerderheid van de respondenten geeft aan, dat ze de komst en sturing van een op regionaal niveau opererend zorgnetwerk op dit beleidsterrein met graagte zouden accepteren. Sommigen geven zelfs aan dat ze een dergelijke voortrekkersrol van hogerhand ook min of meer verwachten. Zo bestaat er een algemene bereidheid om zich aan regionaal beleid te confirmeren, wanneer een specifieke ontwikkeling op resistentiegebied hiertoe zou nopen. Wanneer de microbioloog bijvoorbeeld op basis van een lokaal resistentiepatroon zou aanraden om bij



een infectieziekte over te schakelen op een ander antibioticum dan het antibioticum van eerste keus, dan zijn de artsen zonder meer bereid om aan dit advies gehoor te geven. De belangrijkste voorwaarde, die zij aan een dergelijke medisch-inhoudelijke aanpassing stellen, is wel dat die wijziging helder wordt gecommuniceerd en ook door de gehele zorgregio wordt gedragen én nageleefd.

Intercollegiale toetsing

Wat tijdens de interviews opviel, was dat binnen de verpleeghuissetting een aanspreekcultuur veelal ontbreekt. Dit fenomeen spitst zich met name toe op de avond- en weekenddiensten, wanneer de artsen van verschillende huizen voor elkaar waarnemen, maar het treedt zeker ook tussen behandelaren van de eigen instelling op. Enkele artsen geven aan soms bedenkingen te hebben bij het antibiotische beleid van hun collega's. Toch zijn ze meer geneigd om een reeds opgestarte medicamenteuze therapie voort te zetten dan om deze te herzien of te onderbreken. Het komt hierbij maar zelden tot kritische intercollegiale discussies, waarbij de voor en tegens van het gekozen medicamenteuze beleid tegen elkaar worden afgewogen.

“Je respecteert ook wel heel erg de keuze van je collega's. Ik zie ook wel eens Ciproxin voorbij komen, waarvan ik denk: moet dat nu echt? Maar dan ga ik dat toch ook weer niet direct bevragen.”

(specialist ouderengeneeskunde)

Hetzelfde doet zich voor bij over- of terugplaatsingen van patiënten vanuit de tweede lijn. Wellicht speelt de hiërarchie tussen ziekenhuizen en verpleeghuisinstellingen hierbij een rol. Illustratief is een specialist ouderengeneeskunde, die zijn klinische loopbaan in de verpleeghuiszorg afsluit. Hij schrikt er niet voor terug om in te grijpen in de medicatielijst, die zijn patiënten vanuit het ziekenhuis mee terugnemen, ook niet wanneer het om de antibiotische onderhoudsbehandeling van urineweginfecties gaat. Wellicht baseert hij zijn vertrouwen voor een deel op zijn klinische ervaring, want vooralsnog heeft hij ook zelf het gevoel, dat hij met deze daadkracht binnen zijn beroepsgroep een éénling is.

Interventiebeleid

In het tweede deel van haar proefschrift heeft Van Buul een interventieprogramma opgesteld, waarvan de onderdelen in onderstaande tabel zijn weergegeven.⁷

Tabel 1. Interventieprogramma uit het proefschrift van L. van Buul.

Interventies
Verbetering van de kennis van artsen
Verbetering van de communicatie tussen de artsen en de verpleging
Optimaliseren van het medicatiereview
Begrijpen van een lokaal resistentiepatroon
Verhogen van gebruik van diagnosemiddelen
Verbetering van de samenwerking tussen artsen in een waarneemgroep

Dit programma is door Van Buul bij vijf verpleeghuizen en twee verzorgingshuizen geïmplementeerd en na een half jaar geëvalueerd.¹² Het bleek dat het voorschrijfgedrag ten aanzien van antibiotica bij geen van de deelnemende instellingen significant was veranderd of verbeterd. Desgevraagd bleken alle artsen/respondenten het door Van Buul opgestelde programma zinvol te vinden, alleen de meerwaarde van een verbeterde communicatie met de verpleegkundigen werd door sommigen in twijfel getrokken. Zij waren van mening, dat die bewuste communicatie ruimschoots voldeed en nog maar weinig ruimte voor verbetering toeliet. De artsen konden geen concrete suggesties aandragen, die hier bovenop nog van toegevoegde waarde zouden kunnen zijn. Eén arts was van mening, dat de evaluatietijd te kort was om nu al bindende uitspraken over het beklijven van de voorgestelde maatregelen te doen. Deze respondent stelt, dat het meer tijd vraagt om ingeslepen patronen bij te stellen en dat het welslagen van een interventieprogramma vooral ook afhangt van een herhaling van de boodschap.

Conclusies

Bij de ondervraagde artsen bestaat voldoende awareness ten aanzien van de inhoudelijke problematiek. Ook de cruciale positie, die hun sector binnen de zorgketen inneemt wordt voldoende onderkend. Er is sprake van een algemene bereidheid om zich aan regionale afspraken te confirmeren. Het urgentiebesef is niet bijzonder hoog: antibioticum-resistentie is niet minder, maar zeker ook niet meer



dan één van de vele uitdagingen, waarvoor deze artsen zich in hun werkpraktijk gesteld zien. Zij herkennen zich niet in het beeld, dat er in hun actuele manier van voorschrijven of werken dramatische veranderingen nodig zijn om de trend van toenemende resistentie te keren.

De ook binnen deze regio veelgehoorde noodkreet om meer financiële armslag is inmiddels politiek gehonoreerd. De regering heeft toegezegd om in de huidige kabinetsperiode twee miljard extra in de intramurale ouderenzorg te investeren. Het tekort aan goed geschoold personeel zou in de nabije toekomst nog wel eens een nijpender probleem kunnen worden dan het tekort aan financiële middelen zelf. Het gaat bij het effectief tegengaan van antibioticaresistentie immers niet uitsluitend om voldoende handen aan bed, maar net zo goed om voldoende gekwalificeerde handen aan bed. Aanvullende scholing en vooral repeterende oefening in hygiënisch werken zullen de te verwachten lacunes in kennis en vaardigheid op dit gebied moeten opvullen.

Het aanleren en toepassen van een adequater voorschrijfgedrag komt neer op het doorvoeren van een veranderproces. Het onderzoek toont aan, dat er binnen de verpleeghuiszorg meerdere medische, logistieke en zelfs morele factoren bestaan, die een snelle en soepele aanpassing van dit gedrag in de weg staan. Doordat deze bezwaren doorgaans legitiem zijn en een deel van de problematiek zich ook op instellingsniveau afspeelt, zijn sturing en begeleiding bij dit proces noodzakelijk.

Aanbevelingen

Specialisten ouderengeneeskunde werken relatief zelfstandig en sommige respondenten beschouwen dit ook als één van de charmes van het vak. Door verschillen in schaalgrootte en organisatiestructuur laten 'strengere' uniforme controlesystemen, zoals die binnen ziekenhuizen worden gehanteerd, zich niet zonder meer op de verpleeghuissetting overplaatsen. Deze zijn door de grote mate van zelfstandigheid en de bestaande aanspreekcultuur ook niet als eerste aan te bevelen.

Een praktisch alternatief is om ten minste een keer per jaar een farmacotherapeutisch overleg te agenderen, dat uitsluitend in het teken van antibioticumgebruik en antibioticumresistentie komt te staan. De regionale microbioloog en de toeleverende apotheker zouden aan een dergelijk overleg een actieve bijdrage moeten leveren. Inventarisatie van regionale kweekresultaten

geeft inzicht in lokale verwekkers en een overzicht van plaatselijke kengetallen maakt een vergelijking ten aanzien van het antibioticumgebruik tussen afzonderlijke instellingen mogelijk. De bedoeling van dit 'medicinale benchmarken' is dat door een kritische beschouwing de uitschieters in dat gebruik zullen afvlakken en de kengetallen op middellange termijn in zowel kwalitatief als kwantitatief opzicht naar elkaar zullen toegroeien.

Een uniformering van de diagnosemiddelen bij vooral urineweginfecties en een heldere rangorde in de toepassing ervan verdienen de hoogste prioriteit, aangezien de relatieve willekeur waarop de diagnostiek nu plaatsvindt, voor een belangrijk deel aan de intrasectorale behandelongelijkheid bijdraagt.

De Verenso-protocollen zijn veelal afgeleid van de NHG-standaarden en sommige respondenten zouden deze nog nadrukkelijker op de specifieke data en noden van de eigen patiëntenpopulatie toegespitst willen zien. Waar de verzorgenden een grote invloed op het besluitvormingsproces uitoefenen, zoals bij urineweginfecties, is het advies om ook hun aandeel hierin protocollair vast te leggen.

Het bijeenbrengen van alle betrokken disciplines binnen een regionaal zorgnetwerk antibioticaresistentie biedt een unieke gelegenheid voor het onderhouden van korte lijnen en het opzetten van vraaggericht onderzoek. Goede onderlinge afstemming moet er dan toe leiden dat 'best practices' breed worden gedeeld en dat de resultaten van lokale projecten ook daadwerkelijk aan landelijke beleidsafspraken en consensusvorming bijdragen.

Antibiotic stewardship is meer dan uitsluitend een 'academische exercitie'. Het nastreven van stewardship heeft immers betrekking op vrijwel iedere werknemer, die binnen de zorgsector werkzaam is. Zo zijn het promoten van handhygiëne en het maken van een (cultuur)omslag naar 'schoner' werken hoekstenen van dit beleid. Dit laatste gaat zeker ook voor de verpleeghuiszorg op, aangezien incontinentieproblematiek hier nadrukkelijk aan de orde is.

Bovendien zijn zowel de prevalentie van ongevoelige micro-organismen alsook de risico's op intramurale transmissie er nog grotendeels onbekend.

Een laatste aanbeveling is om ook het niet medisch management veel nadrukkelijker bij dit proces te betrekken dan tot dusverre gebeurt. De problematiek en de nadelige gevolgen van resistentie worden nu nog teveel aan de werkvloer overgelaten en te éénzijdig als een onwelkome kostenpost beschouwd. Ook bij het bestuur moet het besef doordringen, dat het actief



tegangaan van antibioticaresistentie binnen de verpleeghuiszorg niet alleen een verantwoordelijkheid voor de medische staf is, maar dat met dit tegengaan net zo goed een sectoraal en zelfs publiek belang wordt gediend.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

Dit artikel is tevens gepubliceerd in het Infectieziekten Bulletin van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid (RIVM), nr 6 / juni 2018. <https://magazines.rivm.nl>

OVER DE AUTEURS

Dhr. K. Dirksen is arts infectieziektebestrijding bij GGD Haaglanden. **Mw. R. van Veldhuijsen** is Master Medische Biologie en voerde dit onderzoek uit in het kader van haar afstudeerproject aan de Radboud Universiteit Nijmegen. **Mw. R. Brugmans** is beleidsmedewerker bij de afdeling infectieziektebestrijding van GGD Haaglanden.

E-mail: kees.dirksen@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- 1 Buul LW van, Steen JT van der, Veenhuizen RB, Achterberg WP, Schellevis FG et al.. **Antibiotic use and resistance in long-term facilities.** Journal of the American Medical Directors Association 2012 Jul. 31: 13 (6): 568:e1-13.
- 2 Laxminarayan R, Duse A, Wattal C, Zaidi AK et al. **Antibiotic resistance-the need for global solutions.** The Lancet Infectious Diseases 2013 Dec 31:13 (12): 1057-98.
- 3 Gill EE, Franco OL, Hancock RE. **Antibiotic adjuvants: diverse strategies for controlling drug resistant pathogens.** Chemical Biology & Drug Design. 2015 Jan 1: 85(1): 56-78.
- 4 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. **Kamerbrief van 24 juni 2015 betreffende de aanpak van antibioticaresistentie** (<https://rijksoverheid.nl/onderwerpen/antibioticaresistentie/inhoud/antibioticaresistentie-in-de-gezondheidszorg>).
- 5 Brugmans R, Zouwe N van der. **Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Holland West' van start.** Epidemiologisch Bulletin 2017 nummer 3: 21-25.
- 6 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. **Factsheet Regionale zorgnetwerken,** (<https://www.actiz.nl/stream/factsheet-zorgnetwerken-abr-16-mei-2017.pdf>).
- 7 Buul LW van. **How to impact antibiotic prescribing? A contribution to antibiotic stewardship in long-term care.** Proefschrift VU Amsterdam, mei 2015.
- 8 Hendriks SA. **Understanding the clinical course of dementia. A search to optimize palliative care for nursing home residents.** Proefschrift V U Amsterdam, april 2017.
- 9 Went P, Achterweg W, Brugging R, Veelen J van e.a. **Verenso-protocol, richtlijn Urineweginfecties** mei 2006.
- 10 Buul LW van, Veenhuizen RB, Achterberg WP, Schellevis RG et al. **Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes: how appropriate is it?** Journal of the American Medical Directors Association 2015 Mar1: 16 (3): 229-37.
- 11 <https://www.zorgvoorbeter.nl/hygiene/inspectie-gezondheidszorg> Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), **Zorg voor Beter, kennisplein voor verpleging, verzorging, zorg thuis en eerste lijn,** oktober 2017.
- 12 Buul LW van, Sikkens JJ, Agtmael MA van et al. **Participatory action research in antimicrobial stewardship: a novel approach to improving antimicrobial prescribing in hospitals and long-term facilities.** Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2014 July, Vol. 69 | 7 p1734-41.



SAMENVATTING

INLEIDING

Om overgewicht onder kinderen te verlagen en gezond gewicht te bevorderen is het belangrijk ouders te betrekken. Informatie en interventies die gebruikt worden, richten zich nu vaak op ouders in het algemeen. Als professionals beter weten met welk type ouder ze te maken hebben, dan kunnen ze het gezin gericht informatie en interventies aanbieden die aansluiten bij de behoeften en drijfveren van het gezin.

METHODE

Voor meer informatie over typen ouders is een social marketingonderzoek uitgevoerd onder professionals om segmenten te identificeren en onder ouders van kinderen van 2-12 jaar om de segmenten in te vullen. De analyse heeft zich beperkt tot de moeders, omdat zij overwegend degenen zijn die beslissen en bepalen over de leefstijl van de kinderen. In totaal zijn er 100 professionals geïnterviewd, 44 moeders geïnterviewd, 21 moeders gesproken in focusgroepen en 44 moeders geobserveerd.

RESULTATEN

Ouders bleken in te delen in een model bestaande uit negen segmenten: op de verticale as het opleidingsniveau (laag, midden en hoog) en op de horizontale as de opvoedstijl (strak, midden en los). Per segment konden een drijfveer (sweet spot) en een rationalisering worden toegekend en een korte beschrijving van gedrag worden gepresenteerd.

CONCLUSIE

Op basis van dit model kunnen gesprekken tussen professionals en ouders, alsmede interventies gericht op ouders, mogelijk aangepast worden om de ouder beter aan te spreken. Naar verwachting kunnen interventies hierdoor effectiever worden.

Typen ouders en hun drijfveren

De vier grote steden Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht (G4) zijn op zoek naar effectieve wijzen om, via professionals in het veld, de ouderbetrokkenheid bij het thema ‘gezond gewicht’ te vergroten. Om dieper inzicht te krijgen in de belevingswereld van de doelgroep heeft de G4 een social marketingonderzoek uitgevoerd onder professionals en onder ouders met kinderen van 2 tot 12 jaar. Binnen de doelgroep bevinden zich immers verschillende typen ouders met verschillende drijfveren, kenmerken en behoeften. Ze kunnen daarom ook op verschillende manieren ‘verleid’ worden tot een gezonde opvoeding en deelname aan interventies die gezond opvoeden en gezonde leefstijl bevorderen. Het eindresultaat van het onderzoek is een segmentatiemodel. Ouders bleken in te delen in een model bestaande uit negen segmenten: op de verticale as het opleidingsniveau (laag, midden en hoog) en op de horizontale as de opvoedstijl (strak, midden en los). Door deze indeling wordt een eerste stap gemaakt in een tool waarmee professionals de ouders van kinderen van 2 tot 12 jaar gericht kunnen begeleiden en verleiden ten aanzien van een gezonde leefstijl.

Anneke van Soest, Tessa de Groot en Esther Becker Hoff

Inleiding

In de vier grote steden in Nederland (G4) Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht komt overgewicht bij kinderen veel voor.¹ Om overgewicht onder kinderen te verlagen en gezond gewicht te bevorderen is het belangrijk ouders te betrekken bij dit thema. Zij spelen immers een grote rol in het gezond opvoeden van hun kinderen en in het realiseren van een gezond gewicht wanneer kinderen opgroeien. De G4 is op zoek naar effectieve wijzen om, via professionals in het veld, de ouderbetrokkenheid bij het thema gezond gewicht, en gerelateerde thema's, te vergroten.

Om meer grip te krijgen op ouderbetrokkenheid van ouders met kinderen van 2 tot 12 jaar bij gezond gewicht is er door de G4, in samenwerking met Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG, zie kader op pagina 13), een social marketingonderzoek uitgevoerd. Sociale marketing is geen gedragswetenschap. Het is een manier om diep inzicht te krijgen in de belevingswereld van de doelgroep. Bestaande informatie en interventies richten zich nu vaak op ouders in het algemeen, toegespitst op bijvoorbeeld een bepaalde leeftijdscategorie of op ouders met een bepaalde culturele achtergrond. Binnen die doelgroepen bevinden zich echter



verschillende typen ouders met verschillende drijfveren, kenmerken en behoeften. Ze kunnen daarom ook op verschillende manieren ‘verleid’ worden tot een gezonde opvoeding en tot deelname aan interventies die gezond opvoeden en gezonde leefstijl bevorderen. Als professionals beter weten met welk type ouder ze te maken hebben dan kunnen ze het gezin gericht informatie en interventies aanbieden die aansluiten bij de behoeften en drijfveren van een gezin. Ook kunnen de aangeboden informatie en de interventies die ontwikkeld worden ten aanzien van gezonde leefstijl beter aansluiten op de drijfveren en behoeften van de ouders.

Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG), een landelijk netwerk dat lokaal opereert

In Nederland heeft de helft van alle volwassenen en maar liefst één op de zeven kinderen onder de 18 jaar overgewicht.* Kinderen met overgewicht zitten vaak niet lekker in hun vel. Ze zijn minder fit dan hun leeftijdsgenoten, worden vaker gepest en krijgen later vaak te maken met fysieke problemen. Maar wat kunnen die kinderen daaraan doen? Helemaal niets.

Daarom focussen wij ons niet op het kind zelf, maar op de omgeving van het kind. Op wat thuis de norm is als het gaat om groente eten en wat ze in hun trommeltje mee naar school krijgen; of ze wel genoeg bewegen; wat ze zien in de media en of er ook iets gezonds te vinden is op het menu van de lokale sportkantine.

Sinds geen enkele partij overgewicht en obesitas in zijn eentje kan oplossen werkt JOGG samen met alle partijen die zich bevinden in de omgeving van het kind. Zo zetten gemeenten in op een gezonde omgeving en een actief gezondheidsbeleid. Dit doen zij door aan de slag te gaan met de JOGG-aanpak en lokale JOGG-professionals aan te stellen. Hiernaast werken organisaties uit het publieke en private domein vanuit hun eigen expertise samen met JOGG om vanuit een landelijk perspectief invloed uit te oefenen op de omgeving van het kind. Hiermee vormt JOGG een duurzaam netwerk dat zich uit in sterke landelijke en lokale samenwerkingen.

*Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, CBS in samenwerking met RIVM

Het eindresultaat van het onderzoek is een segmentatiemodel van ouders dat is bestemd voor de dagelijkse praktijk van de professional. Een segment kan gezien worden als een profiel van een ouder ten opzichte van een gedraging in leefstijl. Ieder segment kenmerkt zich door verschillende behoeften en

drijfveren. Door een groep te segmenteren, kan er effectiever worden gecommuniceerd en gehandeld op basis van de verschillende behoeften van de doelgroep. Het segmentatiemodel is gevuld met informatie over ouders. Dit model is een vereenvoudiging van de werkelijkheid, bedoeld om inzicht te geven in de drijfveren van verschillende type mensen. Het is niet bedoeld om individuen in hokjes te plaatsen, maar om overeenkomsten te ontdekken in het gedrag, de drijfveren en de sociale dynamiek. Het model is gebouwd op deze overeenkomsten. Door ouders in te delen in verschillende segmenten wordt een eerste stap gemaakt in een tool waarmee professionals ouders van kinderen van 2 tot 12 jaar beter kunnen begeleiden en verleiden ten aanzien van een gezonde leefstijl.

Onderzoek

Het onderzoek bestaat uit twee delen, namelijk

1. Onderzoek onder professionals om te identificeren welke segmenten er zijn.
2. Onderzoek onder ouders om de segmenten te vullen met de drijfveren en rationalisaties van de leefstijl.

Deel 1: Identificeren van segmenten

In het eerste deel van het social marketingonderzoek is bij professionals onderzocht welke (onbewuste) classificaties zij hanteren voor de ouders die zij in hun dagelijkse praktijk tegenkomen met betrekking tot de brede gezondheid en leefstijl van hun kind. Dit deel is gebruikt als basis om de kaders van het model op te stellen (zie Figuur 1 op pagina 14). Professionals herkennen vaak ‘extremen’ in hun doelgroepen en baseren daarop vaak onbewust een indeling. Deze vorm van stereotypering is een aanname die mensen automatisch maken, waarbij ze de wereld om hen heen duiden in homogene groepen. Hierbij maken professionals gebruik van gedrag dat ze herkennen en waar zij op acteren vanuit hun natuurlijke waarnemingen. Bij de professionals is nagevraagd hoe zij verschillende ouders typeren, daarbij vrijgelaten in hun woordkeuze en het aantal kenmerken.

Om het segmentatiemodel bruikbaar te maken voor een brede groep professionals, zijn de professionals in vijf niveaus ingedeeld. Dit model is afgeleid van verschillende modellen binnen jeugdbeleid in Nederland: de WMO-piramide², de pedagogische civil society³, het generalistisch stelsel^{4,5} en de interventiepiramide³. De indeling in vijf niveaus is:

1. Voorzieningen in eigen netwerk (zoals sport- of welzijns-medewerker)
2. Basisvoorzieningen (zoals basisschoolleerkracht, pedagogisch medewerker of jeugdverpleegkundige)
3. Eerstelijns voorzieningen (zoals huisarts of kraamverzorgende)
4. Tweedelijns voorzieningen (zoals kinderarts of kinderuroloog)
5. Gedwongen kader (zoals orthopedagoog jeugdhulp)



In totaal zijn er 100 professionals geïnterviewd, waarbij niveau 1, 2 en 3 samen voor 90% van de interviews zorgden. Per niveau is gekeken naar de verzadiging van de antwoorden. De antwoorden zijn verzadigd als bij een volgend interview geen nieuwe informatie naar boven komt. Dit is bij kwalitatief onderzoek een geaccepteerde methode om te bepalen wanneer met de gegevensverzameling gestopt kan worden.

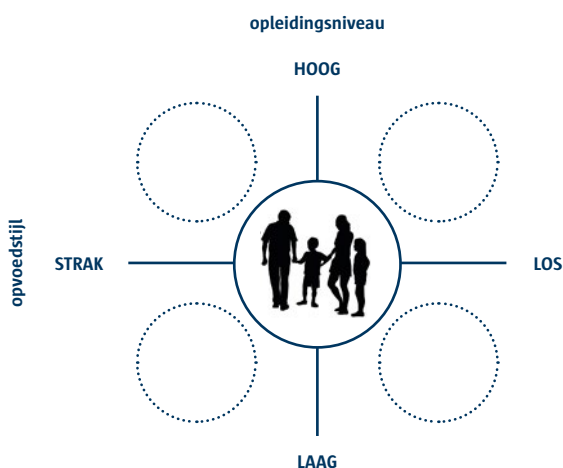
De segmenten

Opvallend genoeg was er onder professionals, onafhankelijk van de verschillende niveaus, veel overeenstemming in de factoren die bepalend zijn voor de indeling van ouders in verschillende segmenten. Hoewel er per niveau soms wel verschil was tussen de verdeling in de zwaarte van de factoren, is er een duidelijke top twee onder alle professionals:

1. Opleidingsniveau, en dan voornamelijk geoperationaliseerd door professionals als hoog en laag denkniveau.
2. Opvoedstijl, waarbij het gaat om een strakke of losse opvoeding.

Culturele achtergrond werd ook benoemd, maar is minder bepalend gevonden. Mede daarom is ervoor gekozen deze te verwerken in de uitwerking per segment. Bij elkaar zijn deze drie dimensies karakteriserend in overkoepelende normen, waarden en gedragingen die de leefstijl en houding van ouders typeren.

Figuur 1. Eerste oudersegmentatiemodel professionals.



Hieruit is een eerste model ontstaan met vijf segmenten. De twee dominante factoren opleidingsniveau en opvoedstijl zijn bepalend in het opstellen van de assen. Op de Y-as is het opleidingsniveau van ouders geplaatst (laag en hoog). Op de X-as staat de opvoedstijl die ouders hanteren (strak en los). In het midden kruisen de assen elkaar: hier is de opvoedstijl evenwichtig, ongeacht de sociaaleconomische status. Dit zijn ouders die het gewenste gedrag vertonen volgens professionals, deze ouders kunnen zowel een laag als hoog opleidingsniveau hebben. In ieder van de vier hoeken ontstaat een segment ouders dat zich typeert in gedrag en houding en onderscheidend is in drijfveren.

Deel 2: Invulling van de segmenten

Het onderzoek is vervolgd met een ouderonderdeel, waarmee de kenmerken van de segmenten zijn ingevuld. Elk segment heeft andere redenen en drijfveren om bepaalde gedragingen te vertonen. De doelgroep bestond uit ouders van kinderen in de leeftijd 2-12 jaar in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht.

Binnen dit onderzoek zijn drie kwalitatieve onderzoekstechnieken toegepast om diep inzicht te krijgen in de doelgroep, te weten diepte-interviews, focusgroepen en participerende observaties:

- Door diepte-interviews met een semi-gestandaardiseerde interviewtechniek werd inzicht verkregen in de bewuste houding en het gedrag van de doelgroep. Respondenten zijn zowel alleen, als in dyade-opstelling geïnterviewd. Het bewuste gedrag, de attitude en cognitie aangaande het onderwerp zijn in deze interviews onderzocht.
- (Participerende) observaties zijn toegepast om een breed inzicht te krijgen in het gedrag van de doelgroep. Het doel hierbij was om het denken en voelen van dat gedrag te interpreteren binnen de sociale setting en de gegeven context.
- Door middel van focusgroepen/discussies in kleine groepen van leden van de doelgroep is dieper inzicht verkregen in de geldende sociale normen en opvattingen. Doordat deelnemers aan de focusgroepen in een groeps gesprek op elkaar konden reageren, werden drijfveren en behoeftes van verschillende ouders duidelijk.

In de gesprekken die gevoerd zijn, stonden de volgende onderdelen centraal:

1. De belangrijkste algemene waarden, zoals de mate van zelfregie en veerkracht, relaties en netwerken, opleiding – werk – geldzaken, dagelijks functioneren – dagindeling, lichamelijke gezondheid en ervaren stress.
2. De belangrijkste algemene waarden bij de opvoeding van kinderen, inclusief de dominante opvoedstijl binnen het segment. Bijvoorbeeld de restrictieve, permissieve, verwaarlozende en gezaghebbende opvoedstijl.⁶
3. Het voeding- en beweeggedrag van het gezin.
4. De kijk op 'het probleem' en het 'gewenste gedrag'. Kijk op 'het probleem': overgewicht en obesitas. Kijk op 'het gewenste gedrag': gezond gewicht, actief leven en een gezond voedingspatroon aan de hand van de BBOFT gedragingen. De letters in BBOFT staan voor stimuleren Borstvoeding, voldoende Bewegen, regelmatig en gezond Ontbijten, minder Frisdrank, minder voor Tv of computer.
5. De 'grootte van het probleem' ten opzichte van andere onderdelen van de leefwereld van ouders (inclusief zorgen).
6. 'In eigen woorden', ofwel hoe duiden ouders punten 1 tot en met 5 in eigen woorden/taal.



De respondenten zijn geworven op locaties waar zij in het dagelijks leven aanwezig zijn, zoals in winkelcentra, een park of op pleinen. Daarnaast is er bij een aantal ouderkamers van basisscholen in een focusgroep met moeders gesproken over de opvoeding. Ouders zijn op een laagdrempelige manier benaderd en gevraagd naar hun mening zonder dat zij hier persoonsgegevens voor af moesten te staan. De gesprekken zijn volledig geanonimiseerd verwerkt in de uiteindelijke analyse. Het onderzoeksteam bestond uit acht 'getraind social marketing onderzoekers' met een diverse achtergrond, van psychologie tot marketing. De onderzoekers hebben geleerd om gedrag te analyseren en te begrijpen, en drijfveren voor bepaald gedrag te herkennen. De sociaal wenselijke antwoorden en korte gesprekken zijn uit dit respondentenaantal gefilterd en niet meegenomen in de analyse. Op deze manier zijn alleen de kwalitatieve, diepere drijfveren van de doelgroep in kaart gebracht.

In totaal zijn er 82 ouders geïnterviewd (38 vaders, 44 moeders), 24 ouders gesproken in focusgroepen (3 vaders, 21 moeders) en 68 ouders geobserveerd (24 vaders, 44 moeders). In totaal zijn dit 174 ouders (65 vaders, 109 moeders).

Het uiteindelijk ontworpen segmentenmodel is gebaseerd op de drijfveren van de moeder. Uit het onderzoek bleek namelijk dat de moeder overwegend degene is die beslist en bepaalt over de leefstijl van de kinderen. De vaders nemen op dat vlak minder stellig een standpunt in en laten zich beïnvloeden door de moeder. Daarom zijn de vaders die in het onderzoek zijn gesproken, uit het respondentenaantal gefilterd.

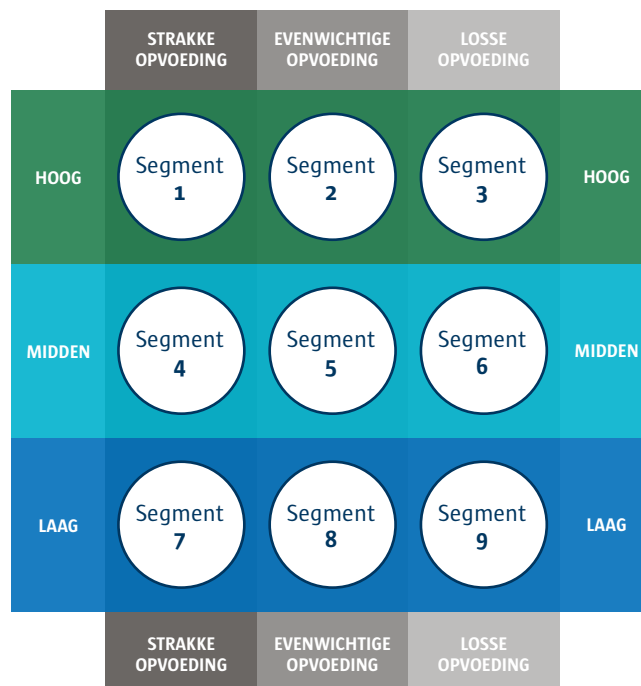
Aangepaste indeling van de segmenten

Bij het vullen van het opgestelde segmentatiemodel met de resultaten uit de interviews, observaties en focusgroepen met de ouders bleken vijf segmenten onvoldoende om ouders over te verdelen. Het model is daarom uitgebreid tot negen segmenten (figuur 2), daarbij is elk segment gevuld met bijbehorende gedragingen en drijfveren van ouders.

Ingevulde segmentatiemodel

Centraal bij dit model staat dat de ouders in alle segmenten goede ouders willen zijn en het beste voor hun kind willen. Mensen kunnen echter dezelfde motivatie hebben en toch zeer verschillend gedrag vertonen. Daarom is het van belang om de diepe drijfveer, de emotie, de 'sweet spot' achter het gedrag aan te spreken. De sweet spot is in deze context de diepere drijfveer, ofwel de achterliggende emotie, die voor het betreffende segment belangrijk is in de opvoeding. De meeste ouders zijn zich niet bewust van hun 'sweet spot'. Ieder segment kenmerkt zich door een eigen diepe drijfveer, als het ware de hefboom voor gedragsverandering op de lange termijn. Wanneer de communicatie aansluit bij deze drijfveer, staat de ouder open voor contact. Zie figuur 3 op pagina 16 voor de segmenten en de bijbehorende 'sweet spots'.

Figuur 2. Oudersegmentatiemodel met negen segmenten, met op de y-as opleidingsniveau en op de x-as de opvoedstijl van ouders.

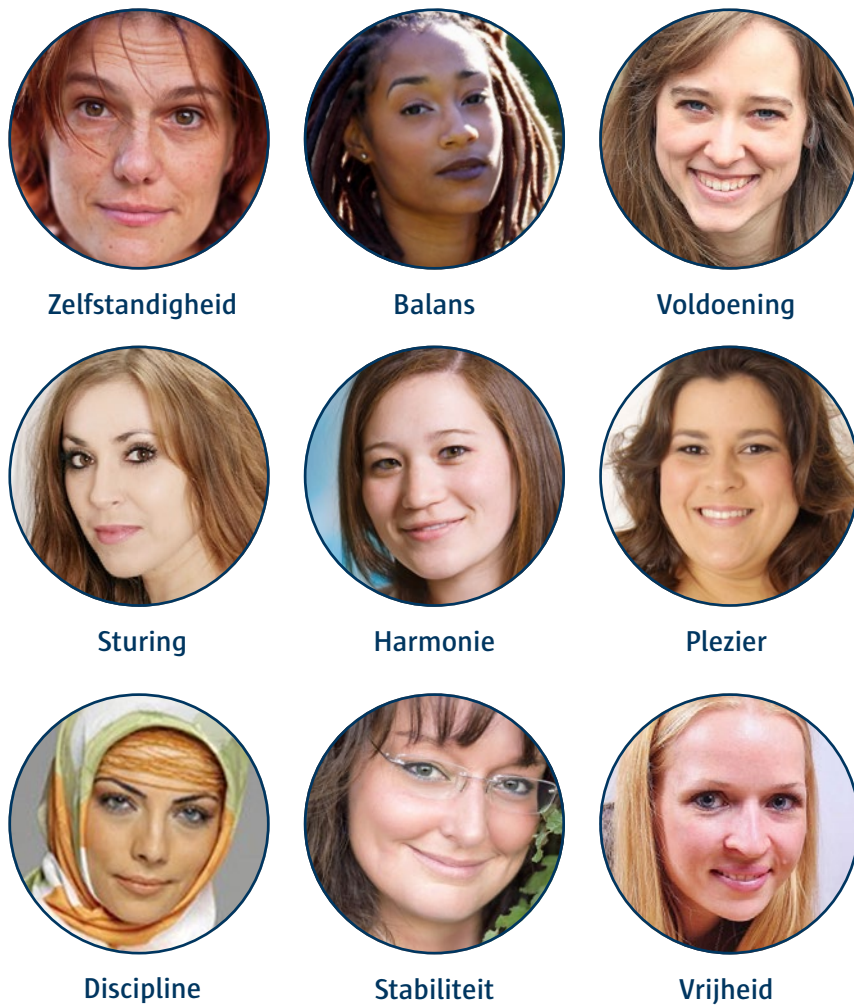


Opvoedstijl en opleidingsniveau zijn als twee dominante dimensies in een 2-assig model tegen elkaar afgezet. De verticale as in het model wordt gevormd door het opleidingsniveau: 'laag' (basisonderwijs, lager voortgezet onderwijs zonder vervolgopleiding), 'midden' (middelbaar beroepsonderwijs niveau 1-4) en 'hoog' (hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs). De horizontale as in het model wordt gevormd door de opvoedstijl. Hiervoor worden de opvoedstijlen: 'los', 'evenwichtig' en 'strak' gebruikt.⁶

Per segment is ook aangegeven hoe een betreffende ouder haar gedrag onderbouwt. Dit wordt de 'rationalisering' van het gedrag genoemd, ofwel datgene waarmee zij haar gedrag rechtvaardigt. In de spreekkamer van de professional zullen ouders argumenten aandragen die conform de rationalisering hun gedrag onderbouwen. Wanneer gedrag aangepast moet worden, moet de professional dus op zoek naar de 'sweet spot' bij het gezin. Om meer inzicht te geven in de opbouw van de afzonderlijke segmenten, zijn in figuur 4, 5 en 6 (op pagina 16 en 17) drie segmenten uitgelicht: het segment 'balans' uit het midden, 'discipline' uit de linkerkolom en het segment 'plezier' uit de rechterkolom. Deze uitwerking van een segment wordt een persona genoemd. Een persona is een gedetailleerde omschrijving van de moeder, waarbij de professional meer inzicht krijgt in de drijfveren van het segment. De persona's brengen in kaart wat moeders belangrijk vinden in opvoeding en leefstijl, en hoe zij het liefst benaderd willen worden door professionals. Het opstellen van een persona wordt als tool gebruikt binnen de commerciële marketing, omdat het inzichtelijk maakt hoe ieder segment het best 'verleid' kan worden.



Figuur 3. De ‘sweet spots’ van moeders voor de opvoeding van hun kinderen in de negen segmenten.



Een ouder kan in verschillende segmenten passen

Het is belangrijk om te beseffen dat een ouder per leefstijlgedrag in een ander segment kan vallen. Dit betekent dat de professional de ouder in het segmentenmodel per leefstijlgedrag indeelt, en niet eenmalig ten aanzien van het gehele gedrag. Ouders kunnen voor bijvoorbeeld beweging en slaap in een ander segment vallen en dus andere sweet spots, rationalisaties en aanspreekvormen hebben.

Figuur 4. Segment balans



BALANS 2

Dit type moeder vindt balans enorm belangrijk. De factor tijd is een grote uitdaging. Het voelt voor haar soms als een gevecht tegen de klok. Structuur is belangrijk. 'Rust, reinheid en regelmaat' staat centraal in de opvoeding.

Omdat ze zo'n druk leven heeft is de balans vaak zoek. Ze kiest daardoor eerder voor de snelle, ongezonde keuze omdat het haar tijd bespaart. Die tijd kan ze dan weer doorbrengen met haar kinderen, die ze de hele dag al niet heeft gezien.

2 **BALANS**

 Balans

 Gemak

KENMERKEN
BEHOEFTE AAN STRUCTUUR
MAKKELIJKE KEUZE DOOR
TIJDGEBREK

INTERESSE IN
RUST, REINHEID EN REGELMAAT
SNELLE EN MAKKELIJKE VOEDING
LEUKE NIEUWE TIPS

BALANS 2

Voeding

- Gemakkelijke keuzes
- De ongezondere keuze mag, mits in balans

Activiteiten

- Sport voor kinderen vindt ze belangrijk voor sociale vaardigheden
- Lekker buiten spelen

Communicatie

- Handige tips die op een leuke manier gebracht worden
- Communicatie "op niveau"

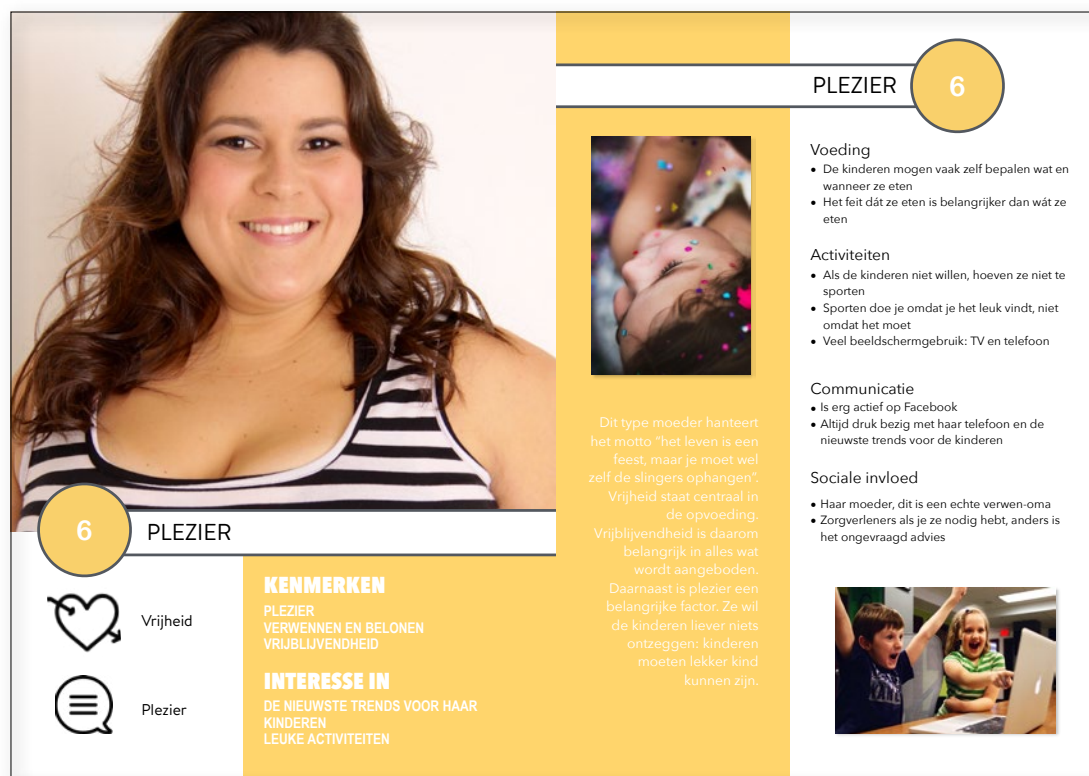
Sociale invloed

- Opa en oma staan dichtbij de opvoeding
- Professionals zoals school en zorgverleners zijn belangrijk, als er geen bemoeizuchtig gedrag is
- Vindt het fijn als school een standpunt inneemt over gezond eten





Figuur 5. Segment plezier



Figuur 6. Segment discipline



Discussie en conclusie

Social marketing is een manier om dieper inzicht te krijgen in de belevingswereld van de doelgroep. Dit model is bedoeld om professionals inzicht te geven in de drijfveren van de verschillende type mensen. Het is niet bedoeld om individuen in hokjes te plaatsen, iedere persoon is immers uniek en zal op maat benaderd moeten worden. Wel zijn er overeenkomsten te ontdekken in de sociale dynamiek, het gedrag en de drijfveren van segmenten. Het oudersegmentatiemodel is gebouwd op deze overeenkomsten. De meeste ouders typeren zichzelf graag als 'in het midden', ongeacht welke opvoedstijl ze daadwerkelijk hebben. Het model draagt bij aan een onderzoekende houding van de professionals en een andere insteek van het gesprek, waarbij wordt uitgegaan van de ouder. De gedeelde motivatie van ouders om 'een goede ouder' te willen zijn moet centraal staan in het betrekken van ouders bij een gezonde leefstijl van hun kind(eren). Het kan professionals helpen om ouders beter te begrijpen in de keuzes die ze maken, aan te sluiten bij hun drijfveren en hen te stimuleren tot gedragsverandering op een manier die voor de desbetreffende ouder werkt. Het model kan ook ingezet worden om reeds gebruikte en nieuw te ontwikkelen interventies, materialen en aanpakken te toetsen en na te gaan in hoeverre de drijfveren oftewel 'sweet spots' van de mensen worden aangesproken. Om deze reden zijn binnen de G4 de bestaande interventies ten aanzien van gezond gewicht geëvalueerd. Hierin is specifiek gekeken naar interventies waarin ouderbetrokkenheid meegenomen is. Uit de interviews die voor dit evaluatieonderzoek zijn gehouden met 143 ouders en 32 professionals, blijkt dat interventies zich vaak richten op alle type moeders; er wordt niet gesegmenteerd op de verschillende type moeders. Hierdoor wordt een groot deel van de moeders gemist.

OVER DE AUTEURS

Mw. T. de Groot, Projectmanager W&I Group,
Mw. MSc. E. Becker Hoff, functionaris Gezondheidsbevordering GGD Haaglanden en **Mw. drs. J.E.M. van Soest**, functionaris Gezondheidsbevordering GGD Haaglanden.
E-mail: esther.beckerhoff@denhaag.nl

CONTACTPERSONEN G4

Amsterdam: M. van der Velde, mvdvelde@ggd.amsterdam.nl
Den Haag: E. Becker Hoff, esther.beckerhoff@ggdhaaglanden.nl
Utrecht: H. Kuiken, h.kuiken@utrecht.nl
Rotterdam: K. Polychronakis, ea.polychronakis@rotterdam.nl
Jongeren op Gezond Gewicht (JOGG): E. Koster, ellis.koster@jogg.nl

De waaier met oudersegmenten is op te vragen bij W&I Group (info@wigroup.nl).

De meeste interventies die in het onderzoek geëvalueerd zijn, sluiten aan op de moeders uit de linkerkant van het segmentatiemodel (strakke opvoeding) en niet of nauwelijks op de moeders uit de rechterkant van het segmentatiemodel (losse opvoeding).

Uit de evaluatie komt naar voren dat bij het inzetten van een interventie vooral nagedacht moet worden over de te bereiken doelgroep en dit zoveel mogelijk af te bakenen. Dit omdat de behoeften van de ouders uit de verschillende segmenten sterk van elkaar verschillen. Bij interventies, gericht op een gezonde leefstijl, het bevorderen van gezond gewicht of verkleinen van overgewicht is het belangrijk om te weten om welke ouders het gaat, in welke segmenten zij bevinden en waar kansen liggen om deze ouders te betrekken. Dat vereist deskundigheidsbevordering en het delen van kennis bij professionals in alle niveaus. De vier steden die het onderzoek hebben laten uitvoeren pakken hier een rol die past bij de professionals en het thema gezond gewicht in de betreffende stad.

De toepassing van het oudersegmentatiemodel wordt verder uitgewerkt per stad, onder andere door trainingen en bijeenkomsten voor professionals. Inmiddels deelt JOGG de resultaten van het onderzoek met de 140 JOGG-gemeenten in Nederland. Voor meer informatie over de Haagse Aanpak Gezond Gewicht en het onderzoek: e-mail: gezondgewicht@ggdhaaglanden.nl.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

REFERENTIES

- 1 Keetman M, van der Meer I & de Wilde, J. (2016). **Percentage overgewicht Haagse jeugd 2007 – 2015**. *Epidemiologisch Bulletin*, 2016(4), 7-17.
- 2 MOVISIE (2013). **Handreiking Maatschappelijke Ondersteuning**. Kenmerken van professioneel ondersteunen.
- 3 Verwey-Jonker Instituut (2011). **Professionals en vrijwilligers- (organisaties) rond jeugd en gezin**. Literatuur over samenwerken in de pedagogische civil society. Van der Klein, Mak & Van der Gaag.
- 4 Nederlands Jeugd Instituut (2013). **Generalistisch werken rondom jeugd en gezin. Een analyse van ontwikkelingen, taken en competenties**. Berger, van Leeuwen en Blaauw.
- 5 Scholte MA, Sprinkhuizen M, Zuithof (2012). **De generalist: de sociale professional aan de basis**. Bohn Stafleu & Van Loghum.
- 6 L'Hoir MP, Beltman M, Sleuwen BE van, Engelberts AC & Boere-Boonekamp MM. (2008). **Kansrijke elementen in de preventie van overgewicht bij jonge kinderen: voldoende slaap en een gezaghebbende opvoeding**. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, 2008(76), 199-208.



SAMENVATTING**INLEIDING**

Hallucinaties zijn waarnemingen waarbij de prikkel uit de buitenwereld ontbreekt. Deze zijn een veel voorkomend verschijnsel bij mensen met schizofrenie. Minder bekend is dat ze ook aanwezig kunnen zijn bij mensen met andere psychiatrische stoornissen dan schizofrenie en de algemene bevolking. Binnen GGZ-instellingen wordt vaak weinig aandacht besteed aan (de behandeling van) hallucinaties bij andere psychiatrische stoornissen dan schizofrenie.

METHODE

Aan de hand van de literatuur en eigen onderzoek van de Parnassia Groep in Den Haag wordt een overzicht van de prevalentie, karakteristieken en lijdensdruk van hallucinaties bij andere psychiatrische stoornissen dan schizofrenie en bij mensen zonder psychiatrische diagnose gepresenteerd.

RESULTATEN

Wanneer iemand hallucinaties rapporteert, wil het niet zeggen dat diegene schizofrenie of een aanverwante stoornis heeft. Hallucinaties kunnen voorkomen bij kinderen, adolescenten en volwassenen zonder psychiatrische diagnose. Over het algemeen hebben zij daar weinig tot geen last van en is behandeling niet nodig. Daarnaast komen hallucinaties regelmatig voor bij psychiatrische stoornissen anders dan schizofrenie. Van het horen van stemmen is bekend dat de lijdensdruk over het algemeen hoog is en de gevolgen ernstig kunnen zijn.

CONCLUSIE

Hallucinaties komen regelmatig voor bij vele psychiatrische aandoeningen. Wanneer iemand last heeft van hallucinaties is het zinvol om behandeling hiervoor te overwegen. Daarom is meer aandacht nodig voor het herkennen en de behandeling van deze symptomen bij psychiatrische stoornissen anders dan schizofrenie.

Hallucinaties: psychiatrie of niet?

Hallucinaties komen niet alleen voor bij vele psychiatrische stoornissen maar ook in de algemene bevolking. Dankzij onderzoek vanuit de Parnassia Groep Den Haag in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Utrecht is de laatste jaren meer bekend geworden omtrent hallucinaties bij psychiatrische stoornissen anders dan schizofrenie. Dat geldt ook voor gegevens over de aard en inhoud dan wel eventueel lijdensdruk.

In dit artikel wordt een overzicht gepresenteerd van de kennis omtrent hallucinaties bij mensen met een psychiatrische diagnose anders dan schizofrenie en hallucinaties in de algemene bevolking.

Karin Slotema

Inleiding

Hallucinaties zijn met name bekend bij schizofrenie en worden gerapporteerd bij plusminus 70% van de mensen met deze diagnose.¹ In Tabel 1 worden de verschillende hallucinaties uitgelegd. De meest voorkomende zijn auditieve verbale hallucinaties met een prevalentie van 40-80%.² De lijdensdruk is hoog en de gevolgen van hallucinaties kunnen ernstig zijn en suïcide en geweld omvatten.^{3,4} Daarnaast kunnen deze mensen hallucinaties in andere modaliteiten ervaren waaronder de visuele, olfactorische, tactiele en gustatoire (zie Tabel 1). Verscheidene behandelingen zijn beschikbaar om de ernst en de last van deze hallucinaties te reduceren, waaronder antipsychotica en cognitieve gedragstherapie. Zie ook de Generieke Module Stemmen Horen waarin een overzicht wordt gegeven van mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling van dit symptoom (2017).

Tabel 1 Betekenis hallucinaties in verschillende modaliteiten

Soort hallucinatie	Betekenis
Auditieve hallucinaties	Geluiden horen, inclusief stemmen, waarbij de prikkel uit de buitenwereld ontbreekt
Auditieve verbale hallucinaties	Is een soort auditieve hallucinatie. Het horen van stemmen, waarbij de prikkel uit de buitenwereld ontbreekt
Visuele hallucinaties	Het zien van voorwerpen, vormen, personen, waarbij de prikkel uit de buitenwereld ontbreekt
Olfactorische hallucinaties	Het ruiken van een geur, waarbij de prikkel uit de buitenwereld ontbreekt
Gustatoire hallucinaties	Het ervaren van een smaak, waarbij de prikkel uit de buitenwereld ontbreekt
Tactiele hallucinaties	Het voelen van een aanraking, waarbij de prikkel uit de buitenwereld ontbreekt

Gezien de grote bekendheid van hallucinaties bij schizofrenie wordt snel aan deze diagnose gedacht wanneer iemand bijvoorbeeld uit het niets stemmen hoort. Maar hallucinaties komen voor bij vrijwel iedere psychiatrische stoornis, alsmede in de algemene bevolking. Een voorbeeld is een jonge vrouw afkomstig uit Afghanistan. Zij heeft last van herbelevingen op basis van oorlogsherinneringen, een symptoom dat kan passen bij een posttraumatische stressstoornis. Daarnaast heeft zij aanwijzingen voor een (borderline) persoonlijkheidsstoornis gezien haar beeld met forse stemmingswisselingen, instabiele relaties en haar neiging om zichzelf te beschadigen. Maar ook hoort zij stemmen die haar de opdracht geven om zich van het leven te beroven. Onder invloed van deze stemmen had zij reeds een suïcidepoging gedaan. Deze patiënte roept veel vragen op. Haar verschijnselen zijn onvoldoende voor de diagnose schizofrenie. Komen hallucinaties ook voor bij andere psychiatrische stoornissen dan schizofrenie? En hoe zijn deze verschijnselen te behandelen? Na traumabehandelingen en antipsychotica nemen haar klachten enigszins af.

Destijds was er nog weinig bekend omtrent hallucinaties bij psychiatrische stoornissen anders dan schizofrenie. Daarnaast was enige informatie beschikbaar dat hallucinaties kunnen voorkomen in de algemene bevolking, maar gegevens over de aard en inhoud dan wel eventuele lijdensdruk waren er niet. De laatste jaren is daar echter verandering in gekomen, mede door eigen onderzoek vanuit de Parnassia Groep Den Haag, in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Methode

Met behulp van een literatuuronderzoek in PubMed en het Ovid-databestand werd informatie verzameld over de prevalentie, karakteristieken en lijdensdruk van hallucinaties bij mensen met veelvoorkomende psychiatrische stoornissen, i.e., een borderline persoonlijkheidsstoornis, depressieve stoornis, manisch-depressieve stoornis en posttraumatische stressstoornis en mensen zonder psychiatrische diagnoses. Deze literatuur werd aangevuld met de resultaten van eigen studies die zijn uitgevoerd bij de Parnassia Groep in Den Haag.

Gezien de uitgebreidheid van het huidige artikel zijn hallucinaties die voorkomen bij andere (somatische) aandoeningen waaronder dementie en delier buiten beschouwing gelaten.

Resultaten

Hallucinaties in de algemene bevolking

In de algemene bevolking komen hallucinaties gedurende het leven voor bij 10 tot 15% met een jaarlijks aantal nieuwe mensen (oftewel jaarincidentie) van 4 tot 5%.⁵ Daarbij is de jaarincidentie van visuele hallucinaties 2 tot 4,2%, auditieve hallucinaties 2 tot 3,2% en olfactorische hallucinaties 0,8 tot 1,5%. In een overzichts-artikel omtrent de prevalentie gedurende het leven binnen de algemene bevolking rapporteerde 15% auditieve verbale hallucinaties.⁶ Stemmen zijn bij de meeste mensen slechts af en toe aanwezig, bijvoorbeeld bij slaapgebrek of periodes van stress. Mensen hebben over het algemeen weinig last van deze hallucinaties.

Daalman en collega's hebben via een website 'Verken uw geest' mensen uit de bevolking met auditieve verbale hallucinaties uitgenodigd voor deelname aan een onderzoek.⁷ Hierbij vergeleken zij de aard en inhoud van auditieve verbale hallucinaties bij mensen zonder psychiatrische diagnose met die bij mensen met overwegend diagnose schizofrenie. Ten opzichte van mensen met schizofrenie werden stemmen minder vaak gerapporteerd. De lijdensdruk was laag tot afwezig; de emotionele lading van de stemmen was vaak positief, bijvoorbeeld dat stemmen mensen waarschuwden voor gevaar of troost boden. Ook hadden mensen zonder psychiatrische diagnose meer controle over hun stemmen. Tijdens de kindertijd en adolescentie komen stemmen voor bij ongeveer 4,5 tot 9% van de algemene bevolking.⁸ In de meeste gevallen (76 tot 90%) gaat dit verschijnsel vanzelf weer over. Zo'n 15% van de kinderen met stemmen heeft er in de tussentijd wel veel last van. Ook kan het horen van stemmen een voorloper zijn of al gepaard gaan met pathologie; stemmen horen is geassocieerd met een drie keer zo grote kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis en een vijf tot 16 keer vergroot risico op het ontwikkelen van een psychotische stoornis.

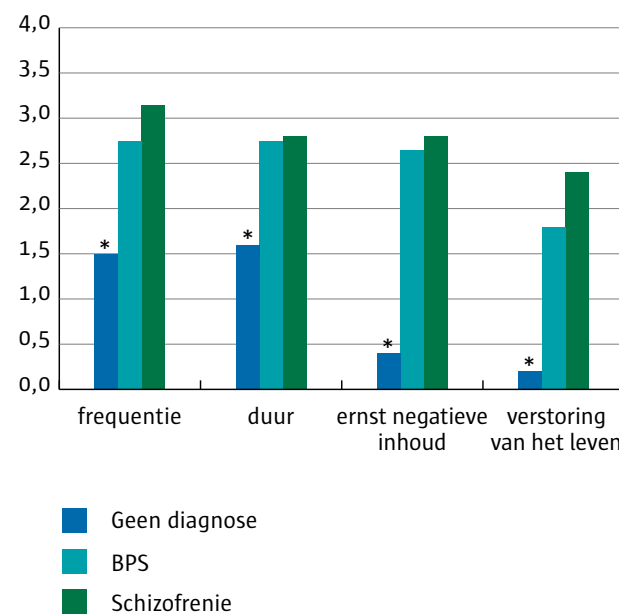


Slechts een minderheid van de ouders weet dat hun kind stemmen hoort. Bij kinderen die zelf rapporteren dat zij stemmen horen, zonder daar verder last van te hebben en in afwezigheid van stoornissen in de ontwikkeling, kan men beter uitgaan van een goedaardig, voorbijgaand fenomeen. Het is dan ook niet geïndiceerd om stemmen horen bij kinderen zonder meer te behandelen als een voorstadium van psychose. Echter, wanneer kinderen stemmen horen en hier last van hebben dient wel een adequate inschatting te worden gemaakt van mogelijk bijkomende (psychiatrische) problemen en of behandeling is geïndiceerd.

Hallucinaties bij de borderline persoonlijkheidsstoornis

De borderline persoonlijkheidsstoornis is de meest bekende binnen de groep van persoonlijkheidsstoornissen. Deze aandoening wordt gekenmerkt door problemen in het reguleren van emoties en gaat gepaard met heftige stemmingswisselingen, moeite met de identiteit en zelfbeschadigend gedrag. Van de mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis ervaart 43% hallucinaties.⁹ De meest voorkomende zijn auditieve hallucinaties (27%). Gustatoire, visuele, tactiele en olfactorische hallucinaties komen voor bij respectievelijk 8, 11, 15, en 17%. Auditieve verbale hallucinaties werden door 21% van de mensen ervaren voor een gemiddelde periode van 18 jaar, met een gemiddelde frequentie van tenminste dagelijks gedurende enkele minuten of meer.¹⁰ Figuur 1 toont de karakteristieken en lijdensdruk van stemmen bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. De inhoud van deze stemmen was overwegend negatief en de lijdensdruk was dan ook hoog. In vergelijking tot mensen met stemmen bij schizofrenie werden geen verschillen gevonden qua frequentie (van de stemmen), duur, lijdensdruk en verstoring van het leven. De verschillen tussen mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis en mensen zonder psychiatrische diagnoses waren echter groot, met name ten aanzien van de lijdensdruk die veel hoger was bij de mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. De risico's van het horen van stemmen zijn niet gering; mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis en auditieve verbale hallucinaties doen zes keer vaker een suïcidepoging en worden anderhalf keer vaker opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis dan mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis zonder stemmen.¹¹ Tot slot werd, net als bij mensen met een psychotische stoornis waaronder schizofrenie^{12, 13}, bij aanwezigheid van hallucinaties twee keer zo vaak een post-traumatische stressstoornis gevonden alsmede een trauma op de kinderleeftijd (nb niet bekend hoeveel vaker, wel associatie dat dit vaker voorkomt bij borderline persoonlijkheidsstoornis met hallucinaties).⁹

Figuur 1. Karakteristieken en lijdensdruk van auditieve verbale hallucinaties bij mensen met schizofrenie, een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) en mensen zonder diagnose.¹⁰



BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis

*statistisch significant lager in de groep 'geen diagnose' d.w.z. $p < 0.05$) Y-as score op basis van het auditieve verbale hallucinaties-gedeelte van de Psychotic Symptom Rating Scales.¹⁴ Deze sub-schaal omvat 11 items, waaronder de frequentie van auditieve verbale hallucinaties, de waargenomen locatie, de inhoud en de verstoring van het leven. Gescoord wordt op een vijfpuntsschaal.

(NB de gegevens in deze figuur zijn niet beschikbaar voor andere hallucinaties).

Hallucinaties bij stemmingsstoornissen

Men spreekt van een depressie bij een periode van een sombere stemming en verlies van interesse bij dagelijkse activiteiten. Deze stoornis gaat bij 10% gepaard met psychotische verschijnselen (Generieke Module Stemmen Horen) waaronder auditieve hallucinaties (7 tot 50%).¹⁵ Auditieve verbale hallucinaties komen voor bij 5 tot 41%.¹⁶ Deze laatste komen vaker voor bij mensen boven de 50 jaar¹⁷, zijn over het algemeen tijdelijk van aard en beperkt tot enkele woorden of korte zinnen. Een derde van deze mensen ervaart de stemmen als almachtig of kwaadwillend.¹⁶ Een bipolaire stoornis ofwel manisch-depressieve stoornis is een ernstige psychiatrische aandoening die wordt gekenmerkt door periodes van overmatige vreugde, boosheid, hyperactiviteit en impulsiviteit en een sterke ongeremdheid bijvoorbeeld op het gebied van geld uitgeven of seksueel contact. Deze mensen kunnen ook depressieve episodes doormaken.

Bij mensen met een bipolaire stoornis ervaart 15% tot 41% hallucinaties¹⁸ met als meest voorkomende de auditieve hallucinaties (bij 12 tot 58%)¹⁵ en auditieve verbale hallucinaties (11 tot 63%)¹⁶. Auditieve hallucinaties zijn vaak tijdelijk aanwezig en gaan samen met de aanwezigheid van een episode met een (depressieve of wel manische) stemming.¹⁵ Meestal zijn hallucinaties al rond de eerste stemmingsepisode aanwezig. Hallucinaties gaan vaak samen met waanachtige ideeën en angst. Auditieve verbale hallucinaties kunnen worden ervaren als stemmen die met elkaar converseren of commentaar geven op het gedrag van de persoon; met regelmaat hebben ze een negatieve inhoud¹⁵ en vertonen overeenkomsten met die bij mensen met schizofrenie. De inhoud van de stemmen komt meestal overeen met de stemming. Een minderheid ervaart andere hallucinaties zoals visuele of tactiele.

Hallucinaties bij de posttraumatische stressstoornis

De posttraumatische stressstoornis kan ontstaan na het meemaken van een traumatische ervaring en wordt gekenmerkt door herbelevingen van het trauma, psychische en lichamelijke verschijnselen bij een confrontatie met de traumatische gebeurtenis en vermijding van prikkels die aan het trauma doen denken. Psychotische verschijnselen komen regelmatig voor bij deze diagnose (15 tot 64%)¹⁹ en dan in het bijzonder auditieve hallucinaties en achterdocht. Auditieve verbale hallucinaties komen voor bij 58% van mannelijke oorlogsveteranen.²⁰ Over het algemeen werden de stemmen geduid als manifestaties van de eigen gedachte. De frequentie was twee keer per week tot meerdere keren per uur met een duur van seconden tot uren. Bij driekwart was de inhoud van de stemmen negatief. Zeventig procent van de mensen hoorde na het trauma voor het eerst stemmen. Bij ongeveer de helft waren hallucinaties tijdelijk aanwezig.²¹

Beschouwing

Samenvattend komen hallucinaties en in het bijzonder auditieve verbale hallucinaties regelmatig voor bij mensen met psychiatrische stoornissen. Met uitzondering van auditieve verbale hallucinaties is weinig bekend over de aard en de inhoud van hallucinaties. Auditieve verbale hallucinaties worden frequent waargenomen, de inhoud is overwegend negatief en voor zover bekend is de lijdensdruk hoog. Bovendien kunnen deze verschijnselen vergezeld gaan van suïcidepogingen en opnames in een psychiatrisch ziekenhuis. De overeenkomsten tussen auditieve verbale hallucinaties bij schizofrenie en andere psychiatrische stoornissen zijn groot. Ook in de algemene bevolking komen hallucinaties voor. Bij de meeste mensen zijn deze verschijnselen slechts af en toe aanwezig. Over het algemeen hebben zij geen last hiervan. Kinderen en adolescenten kunnen eveneens hallucinaties ervaren.

Vaak zijn deze van voorbijgaande aard. Wanneer kinderen echter stemmen horen en hier last van hebben, moet gekeken worden naar de oorzaak en mogelijkheden voor behandeling.

Net als bij mensen met schizofrenie wordt bij andere psychiatrische stoornissen en mensen zonder psychiatrische diagnose een duidelijke relatie gevonden tussen de aanwezigheid van hallucinaties en traumatische ervaringen, met name op de kinderleeftijd.

Gezien het hierboven genoemde is het belangrijk voor zowel huisartsen als hulpverleners binnen de GGZ om alert te zijn op de aanwezigheid van hallucinaties en deze indien nodig te behandelen. Vaak gebeurt dat niet omdat mensen binnen een afdeling voor een specifieke stoornis worden behandeld zodat er minder aandacht is voor hallucinaties.

Een ander manco is dat de literatuur omtrent hallucinaties bij andere stoornissen dan schizofrenie nog vrij beperkt is. Er zijn vrijwel geen studies te vinden waarin het effect van behandeling van hallucinaties bij andere stoornissen dan schizofrenie is onderzocht. Voor mensen met hallucinaties bij schizofrenie zijn vele effectieve behandelingen beschikbaar waaronder anti-psychotica en cognitieve gedragstherapie.²² Gezien de overeenkomsten van hallucinaties bij mensen met schizofrenie en die bij andere psychiatrische stoornissen zouden deze behandelingen eveneens werkzaam kunnen zijn bij de laatste groep. Dit is echter nog niet onderzocht.

Binnen de Parnassia Groep wordt om die reden onderzoek gedaan naar hallucinaties bij de posttraumatische stressstoornis en persoonlijkheidsstoornissen. Op basis van de bevindingen van de studies omtrent hallucinaties bij de borderline persoonlijkheidsstoornis is de afdeling Persoonlijkheidsstoornissen bezig met de voorbereidingen van onderzoek gericht op de behandeling van hallucinaties. Naar verwachting kunnen mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen hierdoor meer profiteren van de reguliere behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zodat zij beter kunnen gaan functioneren in hun dagelijks leven. Hallucinaties komen voor bij kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen. Zonder comorbide psychiatrische diagnose hebben zij daar over het algemeen weinig last van en is geen behandeling nodig. Wanneer iemand last heeft van hallucinaties is het belangrijk om te kijken wat de oorzaak is en behandeling hiervoor te overwegen.

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl



OVER DE AUTEUR

Mw. Dr. C.W. Slotema is psychiater, manager zorg afdeling Persoonlijkheidsstoornissen, plaatsvervangend opleider volwassenen psychiatrie Den Haag en senior onderzoeker bij de Parnassia Groep Den Haag.
E-mail: c.slotema@psyq.nl

REFERENTIES

- 1 Sartorius N, Shapiro R, Jalensky A. **The international pilot study of schizophrenia.** Schizophr Bull 1974, 1: 21-25.
- 2 Larøi F, Sommer IE, Blom JD, Fernyhough C, ffytche DH, Hugdahl K, Johns LC, McCarthy-Jones S, Preti A, Raballo A, Slotema CW, Stephane M, Waters F. **The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and non-clinical groups: State-of-the-art overview and future directions.** Schizophr Bull 2012, 38: 724-733.
- 3 Cheung P, Schweitzer I, Crowley K, Tuckwell V. **Violence in schizophrenia: Role of hallucinations and delusions.** Schizophr Res 1997, 26: 181-190.
- 4 Wong M, Fenwick P, Fenton G, Lumsden J, Maisey M, Stevens J. **Repetitive and non-repetitive violent offending behaviour in male patients in a maximum security mental hospital—clinical and neuroimaging findings.** Med Sci Law 1997, 37:150-160.
- 5 Tien A.Y. **Distribution of hallucinations.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology 1991, 26: 287-292.
- 6 Beavan V, Read J, Cartwright C. **The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review.** J Ment Health 2011, 20: 281-292.
- 7 Daalman K, Boks MP, Diederens KM, de Weijer AD, Blom JD, Kahn RS, Sommer IE. **The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals.** J Clin Psychiatry 2011, 72: 320-5.
- 8 **Generieke Module Stemmen Horen.** Kwaliteitsontwikkeling GGZ, Netwerk voor goede zorg 2017. www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl.
- 9 Niemantsverdriet MBA, Slotema CW, Blom JD, Franken IH, Hoek HW, Sommer IEC, van der Gaag M. **Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders.** Sc Rep 2017, 7: 13920.
- 10 Slotema CW, Daalman K, Blom JD, Diederens KM, Hoek HW, Sommer IEC. **Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia.** Psychol Med 2012, 42: 1873-1878.
- 11 Slotema CW, Niemantsverdriet MB, Blom JD, van der Gaag M, Hoek HW, Sommer IE. **Suicidality and hospitalisation in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations.** Eur Psychiatry 2017, 41: 47-52.
- 12 Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Merette C, Roy MA. **How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association.** Schizophr Bull 2011, 37:811-821.
- 13 Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, Read J, Van Os J, Bental RP. **Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies.** Schizophr Bull 2012, 38:661-671.
- 14 Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. **Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS).** Psychol Med 1999, 29: 879-889.
- 15 Smith LM, Johns LC, Mitchell RLC. **Characterizing the experience of auditory verbal hallucinations and accompanying delusions in individuals with a diagnosis of bipolar disorder: a systematic review.** Bip Dis 2017, 19: 417-433.
- 16 Toh WL, Thomas N, Rossell SL. **Auditory verbal hallucinations in bipolar disorder (BD) and major depressive disorder (MDD): a systematic review.** J Aff Dis 2015, 184: 18-28.
- 17 Sommer IEC, Koops S, Blom JD. **Comparison of auditory hallucinations across different disorders.** Neuropsychiatry 2012a, 2: 57-68.
- 18 Lewandowski KE, DePaola J, Camsari GB, Cohen BM, Ongür D. **Tactile, olfactory, and gustatory hallucinations in psychotic disorders: a descriptive study.** Ann Acad Med Singapore 2009, 38: 383-385.
- 19 Deering CG, Glover SG, Ready D, Eddlerman HC, Alarcon RD. **Unique patterns of comorbidity in posttraumatic stress disorders from different sources of trauma.** Compr Psychiatry 1997, 170: 479-482.
- 20 Brewin CR, Patel T. **Auditory pseudohallucinations in United Kingdom war veterans and civilians with posttraumatic stress disorder.** J Clin Psychiatry 2010, 71: 419-425.
- 21 Kastelan A, Franciskovic T, Moro L, Roncevic-Grzeta I, Grkovic J, Jurcan V, Lesica T, Graovac M, Girotto I. **Psychotic symptoms in combat-related post-treatment stress disorder.** Mil Medicine 2007, 172: 273-277.
- 22 Sommer IEC, Slotema CW, Daskalakis ZJ, Derks EM, Blom JD, van der Gaag M. **The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders.** Schizophr Bull 2012b, 38: 704-714.



Intensieve Behandeling Thuis voor ernstig psychiatrische patiënten

Binnen de psychiatrie wordt steeds gezocht naar methoden om de zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij enerzijds de behoefte van de patiënt en anderzijds de mogelijkheden van de instelling. Dit zoeken wordt niet in de laatste plaats gestimuleerd door de maatschappelijke ontwikkelingen, in casu de beddenafbouw. Inmiddels hanteert de Parnassia Groep, de grootste GGZ-aanbieder van Nederland, de leus: 'Beter worden doe je thuis'. Het is dus van groot belang om de zorg daarop aan te passen en te zoeken naar behandelvormen die thuis geboden kunnen worden. Zeker in tijden van persoonlijke crises is hulp nodig die uitstijgt boven hetgeen een wijkteam bieden kan.

[John Enterman](#)

Ontstaan en doel

Medio 2016 is het Intensieve Behandeling Thuis-team (IBT) ontstaan vanuit het Transferium, de deeltijd-behandelafdeling van Parnassia voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Deze afdeling is aanzienlijk kleiner geworden, heeft functies als acute deeltijdbehandeling gestaakt en medicatie-verstrekkingen aan huis beperkt overgedragen aan het IBT. Het IBT heeft als doel bij deze patiënten een opname te voorkomen, of, als dat niet te vermijden blijkt, een opname tenminste te verkorten. Daartoe kunnen patiënten gedurende zes weken maximaal driemaal per dag thuis bezocht worden. Op het moment van schrijven deelt het team zich op in twee vrijwel gelijke teams om op een meer efficiënte wijze de gehele GGZ-regio Haaglanden te kunnen bedienen.

Doelgroep en verwijzers

Patiënten worden door de verschillende klinische en ambulante afdelingen van de Parnassia Groep naar het IBT verwezen. Daarbij komen vooral de afdelingen Crisisdienst met Opvang Verwarde Personen en Spoedzorg veel voor, maar ook de afdelingen Klinisch Centrum Acute Psychiatrie (KCAP), High Care en Open Opname PsyQ (OOPQ).

Ook de inmiddels 14 Haagse wijkteams (de wijkteams behandelen vooral de mensen met chronische EPA) en de Brijder verslavingszorg weten het IBT goed te vinden. Bovendien betreft het inmiddels niet alleen mensen met EPA, maar met psychiatrische aandoeningen over het gehele spectrum van de DSM, met daarboven ook vaak suïcidaliteit en maatschappelijke problematiek.



Er is voor gekozen om de verwijzingen via een filter te laten verlopen en niet 'ongefilterd' te verwijzen vanaf de huisarts of de Spoedeisende Eerste Hulp. Het filter is informeel, gebaseerd op de ervaringen van de Crisisdienst, de wijkteams en de afdelingen. Dat garandeert een zekere uniformiteit ten aanzien van de ernst van de problematiek die voldoende is voor een interventie door het IBT. Ook worden daarmee opnamen van patiënten vermeden en afwijzingen door het IBT voorkomen.

Het standaardiseren van de aanmeldgegevens vergemakkelijkt het aannemen van nieuwe patiënten.

Het is opvallend hoe vaak patiënten geen vaste behandelaar hebben; in die gevallen neemt het IBT de functie van hoofdbehandelaar op zich. Een voorbeeld is de opname van iemand vanwege een ernstige depressie, bijvoorbeeld na een zelfmoordpoging, zonder dat er een vaste ambulante behandelaar is. Met de begeleiding van het IBT zou deze persoon eerder met ontslag kunnen, terwijl er nog geen vaste behandelaar is voor de nazorg (wachlijstproblematiek). Afwijzingen voor het IBT komen ondanks de 'filter' sporadisch voor. Deze patiënten worden terugverwezen naar de huisarts, opgenomen of via de (poliklinische) Spoedzorg van Parnassia verwezen naar een zorgafdeling, bijvoorbeeld Depressie Ambulant.

Het is duidelijk dat alle betrokkenen gebaat zijn bij een snelle doorstroom van IBT-patiënten. Gelukkig is doorverwijzen dan ook zelden een probleem.

Team en werkwijze

Het team bestaat uit enthousiaste medewerkers van verschillende achtergronden en dus ervaringen, variërend van psychiatisch verpleegkundigen, sociaal pedagogische hulpverleners (SPH) en maatschappelijk werkers tot medewerkers verslavingszorg en psychiater. Het team bewaakt een mix van mannen en vrouwen en van verschillende leeftijden, zodat het team zo goed mogelijk kan matchen met de patiënten. Het komt bijvoorbeeld regelmatig voor dat een vrouwelijke patiënt met een verleden van seksueel misbruik het liefste met vrouwelijke hulpverleners spreekt, of dat een jeugdige mannelijke patiënt het liefst met de jongere mannelijke collega's praat. Met de gedachte aan zelfsturende teams heeft 'herstelgericht organiseren' (zie kader) bereikt dat het team zelf ook de managementtaken op zich neemt en daarmee zichzelf zo goed mogelijk aanstuurt in de ambulante zorg voor mensen met psychiatrische stoornissen. Dat dit in tijden van schaarste een groot beroep doet op de flexibiliteit van het team moge duidelijk zijn.

De teamgrootte lijkt optimaal bij ongeveer twaalf tot dertien personen om huisbezoeken in tweetallen verdeeld over een vroege en een late dienst, zeven dagen per week, uit te voeren. Daarnaast hebben de patiënten de mogelijkheid om te bellen tussen 08:30-22:30 uur. Ze krijgen dan een vast teamlid aan de lijn. Buiten die tijden staat de telefoon doorgeschakeld naar een klinische afdeling voor meer algemene adviezen.

'Herstelgericht organiseren' werkt vanuit de visie "dat we meer uitgaan van de individuele patiënt: zijn behoeften, eigen krachten, mogelijkheden, ervaringen. Het legt de verbinding met de patiënt als mens, met anderen die hem steun kunnen bieden. Het geeft de patiënt meer verantwoordelijkheid voor het vormgeven van zijn behandeling." (Citaat Parnassia).

Bij de huisbezoeken kan medicatie onder toezicht worden verstrekt. Als echter de enige taak is om toe te zien op de inname, wordt een maximumtermijn van drie weken aangehouden zodat de thuiszorg of het wijkteam de interventie kan overnemen. Verder wordt een luisterend oor geboden en krijgen de patiënten adviezen met betrekking tot dagstructuur, slaaphygiëne, ademhalings- en ontspanningsoefeningen. De medewerkers trachten problemen te ordenen en te relativeren door bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie en ook het doorverwijzen naar wijkteams of gespecialiseerde zorgafdelingen vindt plaats. Door regelmatige bijscholing zijn de medewerkers van het IBT in staat actuele behandelmethodes te implementeren en toe te passen. Een recente training in traumabehandeling bij psychotische klachten maakt het bijvoorbeeld mogelijk om trauma's systematisch te inventariseren, en er een passende behandeling op af te stemmen. Af en toe is een patiënt dermate slecht in staat tot het maken van afspraken (en levert hij of zij gevaar op) dat een (gedwongen) opname onvermijdelijk is.

Cijfers

De functie IBT bestaat sinds september 2016. Het tweede team is gestart in januari 2018. Er werken twee psychiaters, samen 1,25 FTE en 23 behandelmedewerkers. Eén secretaresse levert ondersteuning. Tot midden februari 2018 zijn er 619 patiënten in behandeling geweest, met een hausse rondom de afgelopen Kerstdagen, toen 44 huisbezoeken in één weekend zijn afgelegd. De tevredenheid van de patiënten is nagevraagd (Zorgkaart Nederland) en leverde een rapportcijfer van 8,3 op. De tevredenheid van de verwijzers is niet onderzocht maar blijkt wel uit toenemende vraag naar de diensten van het IBT.

Toekomst

Er wordt gedacht aan verdere uitbreiding van het IBT naar mogelijk vier teams vanwege de gestage afbouw van klinische bedden, terwijl de problematiek vrijwel ongewijzigd blijft. Zo is er een lichte toename van het aantal suïcides in Nederland. Mogelijk kan ook de Wet Verplichte GGZ die op 1 januari 2020 ingaat en de rechten regelt van mensen die met verplichte GGZ te maken hebben, leiden tot een stijging van de vraag. Daarbij worden van tevoren een aantal kaders gelegd om gedwongen ambulante behandeling mogelijk te maken in overleg met hulpverlening, patiënt en rechtbank.

Er liggen concrete plannen voor het meedoen aan een onderzoek naar suïcidaliteit en voor het verder specialiseren van de medewerkers in bijvoorbeeld het starten van behandelingen van depressies, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verslavingen. Er lijkt ook nog een groot veld braak te liggen voor het ontwikkelen van een systematiek in het benaderen van patiënten. Ook zou de toevoeging van een gespecialiseerde maatschappelijk werkende en een psycholoog zeer wenselijk zijn. Wat nu al opvalt is het zeer grote enthousiasme van de medewerkers voor deze relatief nieuwe behandelvorm, wat de kwaliteit van zorg beslist een grote injectie geeft!

Wilt u reageren op dit artikel?
Dan kunt u mailen naar de auteur(s)
of de redactie:
epibul@ggdhaaglanden.nl

VERDER LEZEN

Prinsen E, Van Wel B, Mulder N, De Koning N (red.)
Handboek IHT. Intensive home treatment Utrecht,
De Tijdstroom, 2016 ISBN 978-90-589-8305-3

OVER DE AUTEUR

drs. J.H. Enterman is psychiater bij Intensieve
Behandeling Thuis, Parnassia.
e-mail: j.enterman@parnassia.nl

MET DANK AAN

Jonker, K. en **Noordermeer, J.** voor het meelesen,
commentaar leveren en aanvullen met de cijfers.
De verbeteringen komen van hen, vergissingen en
fouten blijven de mijne.



De rubriek Gezondheid in cijfers belicht kort een thema met betrekking tot de gezondheid van de inwoners van de regio Haaglanden. De cijfers zijn afkomstig uit recent onderzoek.

Stress

Stress hoort bij het leven en af en toe een gezonde dosis stress is noodzakelijk om goed te kunnen functioneren. Stress kan helpen om te reageren op bedreigende situaties, creatief te zijn en topprestaties te leveren. Als stress hevig en langdurig aanhoudt, spreek je van chronische stress. Dit kan fysieke, mentale, emotionele en gedragsmatige problemen veroorzaken en zelfs levensbedreigend zijn.

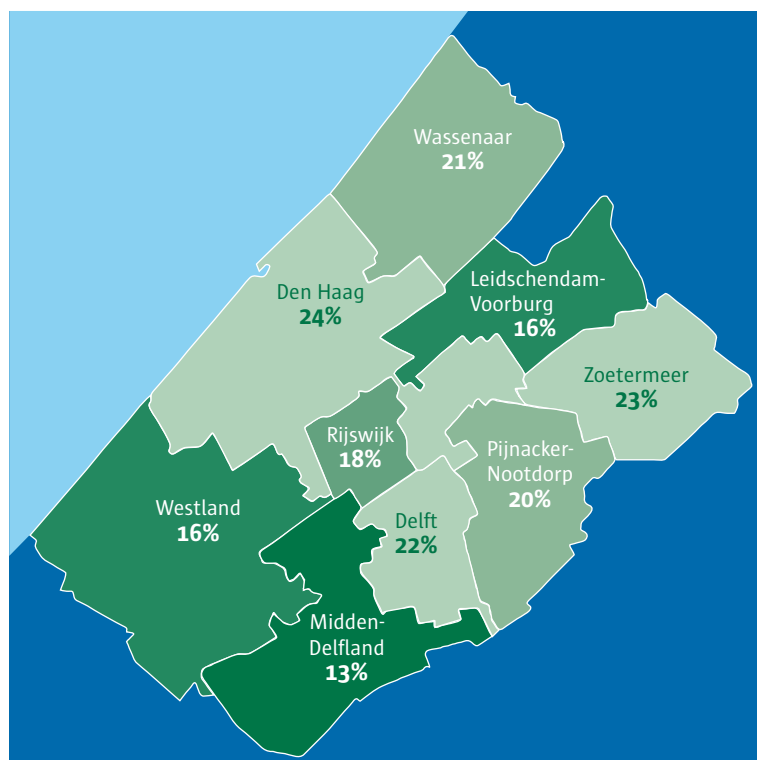
Een op de vijf (21%) van de volwassenen van 19 t/m 64 jaar in Haaglanden heeft in de vier weken voor het onderzoek (heel) veel stress ervaren. In totaal gaat het in Haaglanden naar schatting om ongeveer 139.000 inwoners. Binnen Haaglanden varieert het percentage inwoners dat (heel) veel stress ervaarde van 13% in Midden-Delfland tot 24% in Den Haag.

Meer vrouwen dan mannen ervaren stress (24% versus 19%). Het percentage inwoners met (heel) veel stress neemt af met de leeftijd van 24% bij 19 t/m 34-jarigen tot 18% bij 50 t/m 64-jarigen.

De meest genoemde bronnen van stress zijn werk (door 62% van de mensen met stress), relatie/familie (36%), financiën (31%) en gezondheid (28%). In de gemeente Delft is ook studie een belangrijke reden voor het ervaren van stress (39%).

Meer informatie over de gezondheid en leefstijl van volwassenen en ouderen in Haaglanden is te vinden op gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl

Figuur 1. Percentage inwoners van 19 t/m 64 jaar dat in de vier weken voor het onderzoek (heel) veel stress heeft ervaren.



21% van de volwassenen van 19 t/m 64 jaar in Haaglanden heeft in de vier weken voor het onderzoek (heel) veel stress ervaren

Bron: Gezondheidsenquête 2016

GGD Haaglanden presenteert Gezondheidsmonitor 2018

Ruime meerderheid inwoners Haaglanden is positief over eigen gezondheid

Inwoners van de regio Haaglanden zijn over het algemeen tevreden over hun eigen gezondheid. Meer dan zeven op de tien volwassenen beoordelen de eigen gezondheid als (zeer) goed. Deze en andere informatie is gepubliceerd in de Gezondheidsmonitor 2018 van GGD Haaglanden. Naast informatie over tevredenheid of beoordelingen, bevat de monitor ook feiten.

Enkele conclusies uit de Gezondheidsmonitor zijn dat in Haaglanden:

- één op de vijf volwassenen rookt (21%);
- 17% van de jongeren in de afgelopen vier weken aan binge drinken heeft gedaan (vijf of meer glazen alcohol bij één gelegenheid);
- bijna de helft van de volwassenen (ernstig) overgewicht heeft;
- 12% van de volwassenen mantelzorg is;
- bijna de helft (48%) van de volwassenen matig tot zeer ernstig eenzaam is;
- de helft van de volwassenen in het afgelopen jaar (matige tot ernstige) geluidshinder heeft ervaren;
- bijna een kwart van de volwassenen moeite heeft met rondkomen.

Met de Gezondheidsmonitor geeft GGD Haaglanden de negen gemeenten van Haaglanden inzicht in de gezondheidssituaties van hun inwoners. Dit zijn de gemeenten Delft, Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer. De gemeenten op hun beurt kunnen de informatie gebruiken voor het formuleren van het gezondheidsbeleid voor hun burgers. Zo krijgen alle inwoners in de regio Haaglanden een gelijke kans op een goede gezondheid.

De monitor is te vinden op gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl en is dit jaar voor het eerst digitaal aangeboden. Met deze online versie worden de data continu geactualiseerd en zijn steeds de meest recente gegevens beschikbaar. Dit is een grote verbetering ten aanzien van de eerdere papieren versies, die tot 2014 één keer per vier jaar werden gepubliceerd. Daarbij zijn de gegevens per afzonderlijke gemeente inzichtelijk zodat in feite elke gemeente haar eigen Gezondheidsmonitor heeft. Van veel thema's zijn zowel de gemeentelijke, regionale als de landelijke cijfers in beeld gebracht waardoor onderlinge relaties op de gezondheidsthema's inzichtelijk zijn.

De monitor is te vinden op gezondheidsmonitor.ggdhaaglanden.nl

Samen Beslissen in de GGZ

Hoe kun je als behandelaar/ervaringsdeskundige cliënten zo goed mogelijk ondersteunen bij het nemen van beslissingen die betrekking hebben op de behandeling?

Vind jij dat ook belangrijk en wil je jouw collega's daarin trainen?

De training 'Samen beslissen in de GGZ' is geaccrediteerd door V&VN (4 punten), Verpleegkundig Specialisten Register (4 punten) en NIP (3 punten)

Voor deze **Train de Trainers** training kunnen zich 'koppels' aanmelden.

Een koppel bestaat uit een behandelaar en een ervaringsdeskundige.

Data: 26 juni en 18 september (beide dagen van 9:00 - 13:00)

Locatie: Trimbos Utrecht

Kosten: € 550,-



Vernieuwde arbocatalogus en app tegen stress

Werkgevers en werknemers in de GGZ lanceerden op 19 april 'Gezond en veilig werken', de vernieuwde arbocatalogus voor iedereen die werkt in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Tegelijkertijd werd de app 'Zorg voor minder stress' gepresenteerd, die medewerkers concrete tips geeft om stress te verminderen en werkplezier te vergroten. Werken in de GGZ is aan verandering onderhevig. Reorganisaties, bezuinigingen, maatschappelijke veranderingen en ontwikkelingen op de arbeidsmarkt leiden ertoe dat taken verschuiven, organisatiestructuren veranderen en de kans toeneemt dat medewerkers met risico's worden geconfronteerd. De vernieuwde arbocatalogus ggz en de app 'Zorg voor minder stress' sluiten naadloos aan bij die ontwikkelingen in de branche.

Arbo is niet langer een onderwerp dat alleen aan de arboprofessional of P&O'er is voorbehouden. De komst van ergocoaches, aandachtsfunctio-narissen en maatschappelijke trends zorgen

ervoor dat medewerkers steeds vaker zelf met gezond en veilig werken bezig zijn. Onder die noemer is op www.gezondenveiligwerken.nl alle geactualiseerde informatie uit de arbo-catalogus voor de GGZ beschikbaar. Door een indeling in de categorieën 'medewerker', 'team' en 'organisatie' kan iedereen vanuit zijn eigen rol passende informatie vinden over acht actuele (arbo)thema's.

Medewerkers krijgen met de app 'Zorg voor minder stress' een handige tool in handen waarmee ze overal concrete tips kunnen raadplegen om psychosociale arbeidsbelasting te verminderen en het werkplezier te vergroten. De app geeft handvatten om zelf stress te reduceren, werkdruk terug te brengen, succesvol om te gaan met agressief gedrag van cliënten en ongewenst gedrag van collega's of leidinggevenden aan te pakken. De app is beschikbaar voor iOS, Android en Windows.

(Bron: www.ggz nederland.nl dd. 25-04-2018)

Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis

In een driedaagse cursus wordt u getraind in het geven van de Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) training in groepsverband. De training bestaat uit twee aaneensluitende dagen en sluit vervolgens af met een terugkomdag die een intervisieachtig karakter heeft waarin aan de hand van de praktijk de theorie en ervaringen verder worden uitgediept.

Voor hulpverleners met minimaal een HBO beroepsopleiding en met ervaring in groepsbehandeling (kennis van borderlinepersoonlijkheidsstoornissen is een pré). De training is geaccrediteerd door VGCT (18 punten), FGzPT (9 punten), V&VN (19 punten) en NVvP (16 punten)

Data: 7 juni, 8 juni en een terugkomdag

Locatie: Trimbos Utrecht

Kosten: € 895,-



Cursussen NSPOH

De Netherlands School of Public & Occupational Health is gespecialiseerd in onderwijs op (post)academisch niveau en biedt opleidingen en trajecten aan professionele organisaties op het brede terrein van maatschappij en gezondheid, arbeid en gezondheid en sociale zekerheid.

De komende maanden organiseert NSPOH onder andere de volgende cursussen/bijeenkomsten.

Volksgezondheidsproblemen beter begrijpen

Als professional in de volksgezondheid wil je weten welke prioriteiten de aandacht verdienen. Wat de ontwikkelingen zijn, welke problemen zich voordoen en wat hun impact is op de volksgezondheid. Wil je je kennis over de actuele stand van de wetenschap bijspijkeren? En leren hoe die zich verhoudt tot je eigen praktijk? Je leert het in deze module. Voor professionals die werkzaam zijn op het gebied van volksgezondheid.

Datum: 5, 6, 13, 20 en 27 september, 4 en 11 oktober en 1 november 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 3.990,-

Projectmanagement

Wil je leren hoe je projecten planmatig aanpakt? En hoe je ervoor zorgt dat mensen en middelen op elkaar zijn afgestemd? Doe dan deze module en ontdek hoe je resultaatgerichter en effectiever kunt werken.

Voor beleidsmedewerkers, bestuurders en uitvoerders die werkzaam zijn in de public en occupational health en die projectmatig werken.

Datum: 12 en 26 september en 10 oktober 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 1.185,-

Omggaan met conflicten en succesvol onderhandelen

Tegenstrijdige belangen en/of botsende karakters leiden gemakkelijk tot conflicten. Ook professionals in de public en occupational health komen hiermee in aanraking. Versterk je vaardigheden om in deze situaties adequaat op te treden.

Voor sociaal geneeskundigen en andere professionals in de public en occupational health.

Datum: 12 en 26 september 2018

Locatie: Zwolle

Kosten: € 790,-

Globalisering van de infectieziektebestrijding

De 21^e eeuw staat in het teken van outbreaks, re-emerging diseases, dreigende epidemieën en bioterrorisme. Door het vele verkeer van personen en goederen is de wereld een global village. Daarom is internationale samenwerking vereist bij de bestrijding van infectieziekten. Leer over het effect van de globalisering van infectieziektebestrijding op de Nederlandse aanpak.

Voor professionals in infectieziektebestrijding.

Datum: 12 en 19 september 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

Hoe benut je e-health in de praktijk

E-health en e-mental health maken razendsnelle ontwikkelingen door. Ook organisaties in de public en occupational health hebben te maken met deze innovatie. Maar wat houdt e-health precies in? Welke (on-)mogelijkheden zijn er en hoe kun je de toepassingen benutten in de praktijk? In deze module krijg je antwoord op deze vragen.

Voor professionals in de publieke en bedrijfsgezondheid.

Datum: 27 september en 11 oktober 2018

Locatie: Utrecht

Kosten: € 790,-

Inlichtingen over alle cursussen en opleidingen bij NSPOH: www.nspoh.nl, tel: (030) 810 05 00, e-mail info@nspoh.nl.



Decision tool Enigma ‘match’ depressieve patiënt aan behandeling

PsyQ heeft een decision tool ontwikkeld waarmee depressieve patiënten in de toekomst beter geholpen kunnen worden. Door in de nieuw ontwikkelde decision tool ‘Enigma’ de kenmerken van nieuwe patiënten in te voeren, kan PsyQ voorspellen welke behandeling het meest succesvol is voor de betreffende patiënt: psychotherapie, medicatie of een combinatie van beiden. De nieuwe tool maakt de behandeling van een depressie korter en efficiënter en is uniek in Nederland.

De grootschalige Enigma-studie, die in samenwerking met onderzoeksinstituut Alan Turing Institute Almere (ATIA) werd uitgevoerd, ging eind 2014 van start. Meer dan 2000 depressieve patiënten zijn ruim een jaar gevolgd vanaf de intake tot en met het einde van hun behandeling. Alle gegevens over wachttijden, verstrekte behandelingen, behandelduur en medicatie die hieruit voortkwamen, zijn door de onderzoekers verzameld en ingevoerd in Enigma. Het is de bedoeling dat daarmee

een betrouwbaar, gebruiksvriendelijk en klinisch beslismodel wordt ontwikkeld dat depressieve stoornissen koppelt aan geschikte behandelingen. Het model voorspelt ook het behandelresultaat en de behandelduur. Nog vóór de zomer start PsyQ met het testen van de tool bij patiënten met depressieve klachten. De effectiviteit van de decision tool wordt vervolgens binnen het kader van een wetenschappelijk onderzoek getoetst. “Dankzij de data die we de afgelopen jaren hebben verzameld, kunnen we nieuwe patiënten in de toekomst nog beter helpen,” aldus Michael van den Boogaard, psychiater en specialismeleider stemmingsstoornissen bij PsyQ. “Naar verwachting is 20 tot 25 procent van de patiënten met depressieve klachten beter af door het gebruik van dit nieuwe beslismodel.”

(Bron: PsyQ Nederland BV dd. 25-04-2018)

Wijk-GGD’er in preventieve aanpak mensen met verward gedrag

Het Schakelteam Personen Verward Gedrag roept gemeenten op om de regie en verantwoordelijkheid te nemen als het gaat om een sluitende aanpak voor mensen met verward gedrag. De prioriteit ligt hierbij op preventie en vroegsignalering.

GGD GHOR Nederland deelt de mening van het Schakelteam dat extra inzet op preventie nodig is in de aanpak van mensen met verward gedrag. Het concept van de wijk-GGD’er past hier naadloos in. Deze aanpak is erop gericht om aan de voorkant escalatie te voorkomen, door fysiek in de wijk te zijn en snel met mensen in contact te komen. Vanuit de gedachte dat vroegsignaleren verward gedrag kan helpen voorkomen. Hugo Backx, directeur GGD GHOR Nederland: ‘De wijk-GGD’er staat in contact met het netwerk om mensen heen; van de huisarts tot de supermarkteigenaar en van de psychiater tot de wijkagent. In geval van

escalatie kan de wijk-GGD’er de-escalerend werken, toeleiden naar passende zorg, ondersteuning bieden en vinger aan de pols houden.’

Volgens Hugo Backx is de wijk-GGD’er geen vaststaand concept, maar maatwerk. “Het kan op meerdere manieren worden vormgegeven en een variabel gebied omvatten. De behoefte van de gemeente of regio is hierin leidend. Daarnaast is het van belang voor de inzet van de wijk-GGD’er om de samenwerking met de partners binnen het sociaal domein (in de regio) te versterken en dat gemeenten structureel geld vrijmaken.”

GGD GHOR Nederland is hierover in gesprek met relevante samenwerkingspartners en partijen en streeft naar landelijke afspraken. Backx: ‘Uiteraard ligt hier ook een belangrijke opgave voor de gemeenten.’

(Bron: GGDGHOR.nl dd. 25-04-2018)

Overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2018

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2018	1e kwartaal 2017	1e kwartaal 2016
A-ZIEKTEN			
MERS-CoV			
Pokken			
Poliomyelitis anterior acuta			
SARS			
Virala haemorrhagische koorts			
B-ZIEKTEN			
(humane infectie)avaire influenza			
Difterie			
Pest			
Rabies			
Tuberculose	19	21	27
Buiktyfus	2		
Cholera			
Hepatitis A	5	4	
Hepatitis B acuut en chronisch	33	42	40
Hepatitis C acuut	1	3	
Kinkhoest	42	83	82
Mazelen			
Paratyfus A,B,C	1		1
Rubella			
STEC (e-coli)	8		4
Shigellose	10	8	1
Invasieve GAS	4	8	2
Voedselinfectie			1
C-ZIEKTEN			
Antrax (miltvuur)			
Bof	1	2	
Botulisme			
Brucellose			
Ziekte van Creutzfeld-Jacob klassiek	1	1	
Ziekte van Creutzfeld-Jacob variant			
Gele koorts		1	
Invasieve HIB	1		
Hantavirusinfectie			
Legionellose/legionella pneumonie	5	2	1
Leptospirose			1



Vervolg overzicht meldingen infectieziekten regio Haaglanden 1e kwartaal 2018

Ziekte	1e kwartaal vergeleken met de voorgaande jaren		
	1e kwartaal 2018	1e kwartaal 2017	1e kwartaal 2016
Listeriose	2	2	1
Malaria	3	9	2
Meningokokkose	8	13	4
MRSA-infectie (cluster buiten ziekenhuis)			
Invasieve pneumokokken (bij kinderen)	2	2	
Psittacose		1	
Q-koorts			
Tetanus			
Trichinose			
West-Nilevirus			
Zikavirus		2	
Totaal	148	204	167

Infectieziekten gemeld door instellingen 1e kwartaal 2018

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meldingen door instellingen in het eerste kwartaal 2018. Deze instellingen behoren tot instellingen waar 'kwetsbare' groepen zoals kinderen, ouderen of zieken verblijven. Op grond van artikel 26 van de Wet op de publieke gezondheid moeten die instellingen sommige infectieziekten melden bij de GGD.

Scenario	Kinderopvang	Onderwijsinstelling	Vluchtelingenopvang	AWBZ zorginstelling	Ziekenhuis	Eindtotaal
Huiduitslag/exanthemen	19	8				27
Impetigo (krentenbaard)	3					3
Gastro-enteritis	8			21	1	30
Schimmelinfectie		1				1
Luchtweginfectie				1		1
Anders*	1	1		2		4
Influenza(-achtig) ziektebeeld	1			16		17
Eindtotaal	32	10	0	40	1	83

*Anders = 2x BRMO, conjunctivitis, pfeiffer





COLOFON

Juni 2018, 53^{ste} jaargang nr. 2

REDACTIE

mw. dr. G.A.M. Ariëns, GGD Haaglanden (kernredacteur)
mw. drs. R.J. Beuker, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. dr. P.K. Chandie Shaw, internist, Haaglanden Medisch Centrum
mw. E.M. van Dalen (redactiesecretaris/eindredacteur)
mw. dr. M. Kamphuis, JGZ Zuid Holland West
dhr. drs. M. Lemmink, GGD Haaglanden
mw. dr. ir. I.M. van der Meer, GGD Haaglanden (kernredacteur)
dhr. prof. dr. B.J.C. Middelkoop, arts, GGD Haaglanden (hoofdredacteur)
mw. dr. C.W. Slotema, PsyQ
dhr. dr. R. Starmans, huisarts
mw. drs. E. Vlagsma, GGD Haaglanden (kernredacteur)

REDACTIEADRES

Redactieadres: GGD Haaglanden, Postbus 16130, 2500 BC Den Haag
Bezoekadres: Westeinde 128, Den Haag
Meerdere exemplaren kunnen worden besteld bij GGD Haaglanden.
Telefoon: (070) 752 89 63
e-mail: epibul@ggdhaaglanden.nl

Epidemiologisch Bulletin op internet

www.ggdhaaglanden.nl/epibul

Ontwerp

Ontwerpwerk

Uitgave

GGD Haaglanden

Het Epidemiologisch Bulletin is een kwartaaluitgave van GGD Haaglanden. Het blad heeft een semi-wetenschappelijk karakter en belicht de uitkomsten van recent epidemiologisch onderzoek op het terrein van de volksgezondheid. Daarnaast bevat het Bulletin artikelen over gezondheidsproblemen in de regio Haaglanden en het beleid dat wordt gevoerd om deze problemen het hoofd te bieden.

De redactie is verantwoordelijk voor de inhoud en vormgeving van het Bulletin. Overname van artikelen is in vele gevallen mogelijk in overleg met de redactie. De richtlijnen voor auteurs kunnen op het redactiesecretariaat worden opgevraagd.

U kunt per mail aan ons doorgeven of, en zo ja, hoe u (per post of digitaal) het Epidemiologisch Bulletin kosteloos wilt ontvangen: epibul@ggdhaaglanden.nl.

Wilt u bij een afmelding, als u het blad niet meer wilt ontvangen of in het vervolg liever per e-mail, alstublieft ook uw adresgegevens invoeren? Dat maakt het eenvoudiger om uw gegevens uit het adressenbestand te kunnen verwijderen.

ISSN 0921-6219



BEZOEKADRESSEN

Westeinde 128
2512 HE Den Haag

Reinier de Graafweg 5
2625 AD Delft

Croesinckplein 24-26
2722 EA Zoetermeer

POSTADRES

Postbus 16130
2500 BC Den Haag

☎ (088) 355 01 00
info@ggdhaaglanden.nl

www.ggdhaaglanden.nl