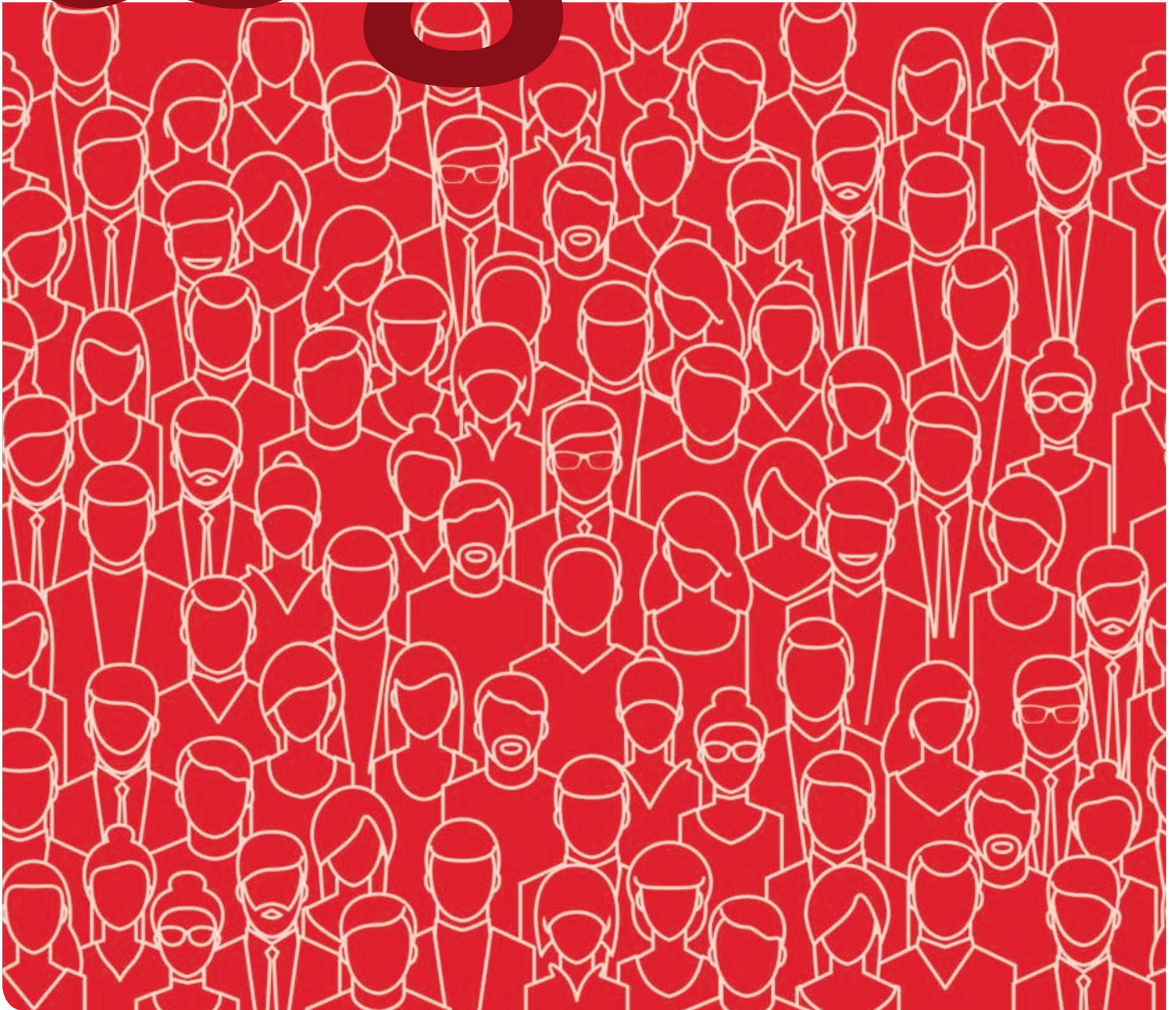


tsg

MAART 2018
JAARGANG 96
WWW.TSG.BSL.NL



SPECTRUM

» Gezondheidsschade door intensieve veehouderij

FORUM

» Pleidooi voor een Publieke GGZ rond eCommunities

WETENSCHAP

» Gaan slaapttekort en schoolverzuim samen? Wijkverpleegkundigen bevorderen zelfmanagement





- De doelgroep van deze uitgave is deskundigen: hulpverleners en familieleden
- Bevat interviews met tien naasten van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening
- De interviews zijn afgenomen door een psychiater die na elk gesprek reflecteert wat er wel en niet goed is gegaan

Focus op familie

ISBN: 9789036820455

Auteur: Wiepke Cahn

€ 20,00

Focus op familie

bij de behandeling van psychiatrische problematiek

Ook al is professionele hulp onder omstandigheden vaak redelijk adequaat, toch gaat het gedurende de levensloop van een chronische patiënt ook gegarandeerd een paar keer goed mis. Bijvoorbeeld bij een verkeerde diagnose, contraproductieve medicatie, bijkomende lichamelijke aandoeningen (comorbiditeit), een crisis of suïcidaliteit. De omgeving van de familie heeft complicaties meestal eerder in de gaten dan de behandelaar of de patiënt zelf. Daarom moet de ggz zich behalve op de patiënt, ook focussen op de familie.

De doelgroep van dit boek zijn deskundigen. Zowel hulpverleners als familieleden zijn deskundigen, competent als het om hun kwetsbare naaste gaat.

Redactioneel

- 47 Preventie als *mindset***
Lea Bouwmeester · Thomas Plochg

Spectrum

- 49 Boer zoekt Balans**
Henriëtte Treurniet
- 50 Belangenafweging en gezondheid, het valt niet mee!**
Sandra Borremans
- 51 De betekenis van de dialoog voor vraagstukken rondom veehouderij en gezondheid**
C. J. A. M. (Katrien) Termeer
- 53 Veehouderij en gezondheid**
John Vonk
- 54 Kennisplatform verschaft duidelijkheid over effecten van veehouderij op humane gezondheid**
Joost van der Ree
- 56 Gezondheidseffecten van veehouderij**
Renske Nijdam

Praktijk

- 58 Een pilotstudie naar de inzet van vrijwilligers bij sociaal-emotionele zelfmanagementondersteuning**
Jacques T. M. van Eijk (em) · Winnie Kleijntjens · Marianne Potting · Hans Bosma

Forum

- 62 Multideskundige eCommunities als onderlegger van een Publieke GGZ**
Jim van Os
- 68 Implementatie van opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020. Wijkverpleegkundige thema's in de opleidingen hbo-verpleegkunde**
Margriet van Iersel · Corine H. M. Latour · Rien de Vos · Paul A. Kirschner · Wilma J. M. Scholte Op Reimer
- 72 NCOG-congres. 120 jaar gezondheidsverschillen: doen we het goed(e)?**
Corinne Hinlopen
- 75 Kennis delen voor betere downsyndroomzorg. Verslag van de werkconferentie 'Expertisenetwerk Downsyndroom Brabant'**
Francine van den Driessen Mareeuw · Marianne van Steenbergen · Vincent Peters · Esther de Vries
- 77 Trends en ontwikkelingen op het gebied van middelengebruik in Europa**
Jeroen Boekhoven

Wetenschappelijk artikelen

- 79 Slaaptekort en schoolverzuim bij jongeren: is er een relatie?**
Dominique J. Bosman · Claudia E. Verhagen · Daan G. Uitenbroek
- 90 Overwegingen om te kiezen voor een soa-test bij de GGD**
Manon T. M. Pelgrim · Karlijn J. G. Kampman · Henny Rexwinkel · Alma Tostmann · Jeannine L. A. Hautvast
- 99 Zelfmanagementvaardigheden en kwaliteit van leven van kwetsbare, zelfstandig wonende mensen. De rol van wijkverpleegkundigen**
Anna Petra Nieboer · Marjan Hoeijmakers · Jane Murray Cramm

Colofon

TSG is een multidisciplinair wetenschappelijk tijdschrift op het gebied van volksgezondheid en de gezondheidszorg. Het tijdschrift voor gezondheidswetenschappen is ene uitgave van Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media bv.

Redactie Kerndredactie

L.A.M. van de Goor
A. van der Poel
J.W.J. van der Gulden

Redactie

D. de Boer
T. de Hoop
M. Jansen
M. de Klerk
P.L. Kocken
M. van Leeuwe
G. Molleman
W.A.H.J. van Stiphout
H.F. Treurniet
I. Voordouw
T. Voorham

Redactieadres:

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246,
3990 GA Houten
Redactiesecretariaat: tsg@bsl.nl
Aanleveren kopij: <http://tsg.edmgr.com>
Auteursinformatie: [www.bsl.nl/auteurs/
instructies](http://www.bsl.nl/auteurs/instructies)
Uitgever: Lydia Nieuwendijk

Advertenties

Cross Media Nederland
zorg@crossmedianederland.com
tel. 010-7421020
Arbeidsmarktcommunicatie
Sales Support
adverteren@bsl.nl
tel. 030-6383603
Aanleveren van advertentiemateriaal
traffic@bsl.nl, Annette Adriaanse, tel. 030-6383712

Abonnementen

TSG verschijnt acht keer per jaar.
Abonnementsprijs: (print + online toegang)
€ 198,00. Er is geen online-only abonnement beschikbaar.
Studenten ontvangen 50% korting.
Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum is opgezegd via het daarvoor bestemde formulier op www.bsl.nl/klantenservice. Als vakblad hanteren wij de opzegregels uit het verbintenissenrecht. We gaan er vanuit dat u het abonnement uit hoofde van uw beroep hebt afgesloten.
Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon: 030-6383736.
Bij wijziging van de tenaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/klantenservice.

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koop- handel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden.
Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op [www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/
auteursinstructies](http://www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies) of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.

www.bsl.nl © 2018, Bohn Stafleu van Loghum.



ISSN 1388-7491

Tijdschr gezondheidswet (2018) 96:47–48
<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0119-0>



Preventie als *mindset*

Lea Bouwmeester · Thomas Plochg

Published online: 9 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Stel je voor dat we er samen alles aan doen om gezond te blijven of worden. Dat iedereen zo denkt en dat aandacht en geld gaan naar gezondheid. Hoeveel zou onze kwaliteit van leven dan stijgen!? Niemand is hiertegen, toch gebeurt het niet. Hoe komt dat? En wat kunnen we er samen aan doen?

Onze welvarende samenleving verdient het om gezond te zijn en blijven. Dat vraagt om een andere denkwijze en investering in gezondheid. Dat we het *cooler* vinden om onze tijd te besteden aan gezond zijn en blijven, dan aan ongezond gedrag en ziek zijn. Dat we kunnen genieten van een pompoensoepje. Dat we net zo willen schaatsen als onze grote voorbeelden Sven en Ireen. Dat de BOB je niet alleen het veiligst thuisbrengt, maar ook het lekkerst zoent. In de kern vraagt dat om een andere *mindset*. Eentje waarin we voorkómen daadwerkelijk beter vinden én waarderen dan genezen. En waarin we dat samen als collectief doen in plaats van alleen. Preventie als *mindset* dus. IJsland laat zien dat het kán.

Nu zit preventie ontegenzeggelijk in de lift. Steeds meer Nederlandse politici, beleidsmakers, verzekeraars, professionals en ook burgers zien de noodzaak van meer preventie om de gezondheidszorg toekomstbestendiger te maken. Op zich geen vreemde gedachte. Veel westerse landen dweilen met de kraan open. Mensen leven ongezonder, bewegen niet genoeg en krijgen steeds meer (chronische) ziekten. Tegelijkertijd is er wel een toegankelijk zorgstelsel, maar dat focust op reparatie van ziekten en het leveren van zorg. Dat leidt tot een onnodig hoog zorggebruik. Als overheden dit patroon willen door-

breken en de zorg willen ontlasten, zullen ze moeten investeren in gezond blijven, leefstijlondersteuning, gezonde leefomgevingen. In preventie als *mindset* dus.

In het politieke debat over het zorgstelsel wordt de link met preventie wel gelegd, maar ontbreekt effectieve gezamenlijke actie. Dit komt doordat de prikkels in het huidige systeem gericht zijn op het behandelen van ziekte en daaraan verdienen, en niet op preventie. Dat model moeten we dus omdraaien. Laat de samenleving gezondheid en vitaliteit stimuleren en belonen.

Dat is wat iedereen wil en zegt. Nu nog de daden. Wie durft? Wie doet mee in deze beweging van het gezond houden van mensen en hen hierin ondersteunen voordat het 'te laat is'? Want één ding is zeker: samen kunnen we het gezondste land ter wereld worden. We hebben iedereen nodig, de gezondheidszorg, onderwijs, werkgevers, zorgverzekeraars, de publieke gezondheidssector, enzovoort.

Tegen dit decor is het duidelijk dat het Nederlands Congres Volksgezondheid vernieuwd moet worden. Wij hebben de afgelopen maanden hard gewerkt om het congres van een nieuw bijdetijds format te voorzien. Als jaarlijks platform voor de laatste stand van zaken op het terrein van preventie en gezondheidsbevordering in Nederland willen we als congres zelfbewust en nadrukkelijker de brug slaan met de samenleving en de veranderingen die daarin plaatsvinden.

De nieuwe programmering geeft wat ons betreft prachtige aanknopingspunten. Er zijn zes inhoudelijke sporen en drie zijsporen georganiseerd rondom belangrijke thema's als e-health, big data, mentale gezondheid, jeugd, infectieziekten, de veranderende rol van de wetenschap en langer gezond (thuis) leven. We kiezen thema's die aansluiten bij de ver-

L. Bouwmeester · T. Plochg (✉)
 Stichting Nederlands Congres Volksgezondheid, Utrecht,
 Nederland
T.Plochg@nphf.nl

anderingen in de samenleving. En grijpen de kans aan om samen te gaan werken aan het uitwerken van ideeën en onderzoeksresultaten, zodat deze bijdragen aan gezondheid. We nodigen u daarvoor van harte uit om een actieve bijdrage te leveren. Dus zorg ervoor dat u er op 10 april aanstaande bij bent.

Tijdschr gezondheidswet (2018) 96:49
<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0115-4>



Boer zoekt Balans

Henriëtte Treurniet

Published online: 7 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Negen reeksen zijn er inmiddels op televisie geweest, en dan hebben we het over het populaire televisieprogramma *Boer zoekt Vrouw*. Veel van de deelnemende boeren vonden een partner en eind 2017 bleek dat er zo'n 65 'Boer zoekt Vrouw-baby's' zijn geboren. Wie even niet oplet, zou kunnen denken dat het zoeken van een vrouw de hoofdzorg van de gemiddelde boer is. Maar niets is minder waar, zo blijkt uit het voorliggende Spectrum.

De gemiddelde veehouder is trots op zijn vak en blij met de dieren. Maar daar staat ongerustheid rond uitbraken en een eventueel daaropvolgende ontruiming tegenover. Ook het negatieve imago van het bedrijf is een zorg, overigens niet alleen van de boer en zijn gezin, maar ook van de gemeente waar het bedrijf gevestigd is. Een van de Brabantse gemeenten, Reusel-De Mierden, benadert daarom de inwoners actief en huis-aan-huis om de beleving van de intensieve veehouderij te onderzoeken en met elkaar in gesprek te komen. De gemeente gaat met de daaruit voortkomende acties aan de slag. Zo'n dialoog is nog niet altijd simpel. Een echte, goede dialoog over weerbarstige vraagstukken moet aan verschillende voorwaarden voldoen. In

dit Spectrum lezen we onder meer dat rust, tijd en veiligheid uitermate belangrijk zijn, wil een gesprek constructief zijn. De GGD, op zijn beurt, ondersteunt de gemeente met kennis en advies, zodat afwegingen zo onderbouwd mogelijk gemaakt kunnen worden. En het Kennisplatform Veehouderij en Humane Gezondheid ondersteunt de GGD, maar ook andere instanties, om zo snel mogelijk toegang te vinden tot de nodige kennis.

Het kernwoord van dit alles is 'balans'. Balans tussen de negatieve en positieve effecten van de veehouderij, tussen gezondheid en economie, tussen overtuigen en in dialoog zijn, tussen met plezier het vak uitoefenen en rekening houden met risico's. Die balans wordt gezocht en gevonden, zo blijkt uit dit Spectrum. Niet alleen door boeren, maar ook door diverse andere betrokkenen, die daar in veel gevallen hun dagelijks werk van hebben gemaakt.

Het idee voor – en de coördinatie van – dit Spectrum is afkomstig van Renske Nijdam, adviseur milieu en gezondheid van de GGD'en in Brabant.

H. Treurniet (✉)
 GGD GHOR Nederland, Utrecht, Nederland
htreurniet@ggdghor.nl



Belangenafweging en gezondheid, het valt niet mee!

Sandra Borremans

Published online: 9 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

De toekomst van de dierhouderij is onderwerp van het maatschappelijk debat. Er zijn veel vragen over de relatie tussen gezondheid en welzijn van mens, dier en dierhouderij, de omvang van een bedrijf en de duurzaamheid van de sector. Voor het antwoord op deze vragen kijken zowel burgers als ondernemers naar de gemeente. De gemeente, die zichzelf in het verleden de rol van scheidsrechter had toebedeeld, heeft het antwoord niet (meer) klaarliggen.

Wetgeving is niet toereikend

Bij het bepalen van het perspectief van de intensieve dierhouderij baseren we onze keuzen als gemeente op wetgeving op het gebied van milieu en planologie. Wetgeving vanuit het Rijk of de provincie, die na een zorgvuldig proces tot stand is gekomen en ongewenste ontwikkelingen tegen moet gaan. In de praktijk blijkt dat deze wetgeving gewenste ontwikkelingen tegenhoudt. Het proces van het opstellen van nieuwe regels wordt ingehaald door dat van innovaties in de praktijk. We zoeken naarstig naar een werkwijze waarbij de wetgeving helpt het buitengebied versneld in balans te brengen.

Onrust door onduidelijkheid

Gezondheid in relatie tot veehouderij is een vraagstuk waar veel onduidelijkheid over is. Het is een gevoelig onderwerp waarbij iedere ‘misschien’ en ‘het zou kunnen dat er een relatie is tussen ...’ voor onrust zorgt. Terecht, want jezelf of je kinderen bewust risico laten lopen wil je niet. Als gemeente kom je bij een initia-

tief van een dierhouderij in een spagaat, zeker wanneer het een innovatief concept is. Want wie heeft er gelijk? De boer die via generieke (verouderde?) wetgeving aantoont dat zijn plan mogelijk is? Of omwonenden die op grond van verdeeld wetenschappelijk onderzoek aantonen dat gezondheidsrisico's niet uitgesloten kunnen worden? Volksgezondheid wordt niet afdoende in de milieuwetgeving behandeld. Als je als gemeente de zorgen van bewoners wilt meewegen, bereik je dat niet door alle milieuregels goed toe te passen. Het is onmogelijk de keuze ‘welk belang prevaleert’ alleen bij de gemeenteraad neer te leggen.

Samen Doen

In de gemeente Reusel-De Mierden zetten we daarom in op een proces van ‘Samen Doen’. Hiervoor hebben we huis-aan-huis de beleving van de intensieve dierhouderij onderzocht (51 % respons). En we brengen voor- en tegenstanders bij elkaar, mixen deze met wetenschappers en adviseurs en proberen zo tot een breed gedragen voorstel te komen. Op het niveau van een visie of beleid lukt dat. Dan kun je met elkaar het plaatje van de toekomst bepalen op basis van een consensus van belangen. We zijn trots op deze aanpak. Deze leidt er nu toe dat we een structuurvisie gaan voorleggen aan de gemeenteraad, waarin duidelijke keuzen worden gemaakt voor de ontwikkeling van dierhouderijen in relatie tot hun ligging in het buitengebied.

De Beweging – met elkaar in gesprek

Daarnaast voelen we ons ook bevoorrecht met De Beweging. Een groep van mensen met verschillende achtergronden – boeren, inwoners, raadsleden – die als persoon willen bijdragen aan een constructief gesprek over de toekomst van de dierhouderij in onze

S. Borremans (✉)
 Gemeente Reusel-De Mierden, Reusel-De Mierden,
 Nederland
S.Borremans@reuseldemierden.nl



gemeente. Zij hebben zelfstandig, los van beleidscycli, hun eigen agenda en eigen boodschap bepaald. Een boodschap die als basis kan dienen voor verdere acties in de gemeente, met als doel: 'een gemeenschap die trots blijft op de dierhouderij binnen Reusel-De Mierden'. De gemeenteraad heeft deze boodschap in september 2017 omarmd en zich gecommitteerd aan de eruit volgende acties.

Transitie vraagt om systeemverandering

Niet alleen de dierhouderij, maar ook de rol die de overheid daarin inneemt maakt dus een transitie door. Totdat de transitie afgerond is en we weten wat de toekomst van de dierhouderij is, zullen we moeten experimenteren en ervaringen opdoen. Het is nodig om af te spreken dat wetgeving en plannen kortere loop-

tijden krijgen. En dat deze zich vooral richten op de doelen die we samen willen bereiken en minder op afvinklijstjes voor de weg ernaartoe. Laat ondernemerschap daar waar het hoort. Ook zullen wetenschappers zich nauw moeten verbinden aan de praktijk, om de bestaande speelruimte te helpen onderbouwen en de kaders voor straks mede vorm te geven. Er is geen pauzeknop, en dus ook geen tijd om alle vragen te beantwoorden en dan pas het buitengebied in te richten. Laten we samen optrekken en in een open en eerlijk proces de beste route bewandelen!

Meer informatie

Meer informatie over de activiteiten in Reusel-De Mierden vindt u op onze website: www.reuseldemierden.nl/dierhouderij.

Tijdschr gezondheidswet (2018) 96:51–52
<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0114-5>



CrossMark

De betekenis van de dialoog voor vraagstukken rondom veehouderij en gezondheid

C. J. A. M. (Katrien) Termeer

Published online: 12 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Sinds een paar jaar is de maatschappelijke dialoog niet meer weg te denken uit de wereld van de veehouderij. In het kennisbericht van het platform Veehouderij en Humane Gezondheid is een maatschappelijke dialoog omschreven als 'een goed en indringend gesprek (of soms reeks van gesprekken) over controversiële vraagstukken die in de samenleving actueel zijn en van belang zijn voor burgers en andere partijen en hen vaak ook emotioneel raken' [1]. Er zijn vele vormen van maatschappelijke dialoog, die variëren qua schaalniveau, omvang, tijd, organisatie en juridisch kader. In dit artikel bespreek ik wat de betekenis kan zijn van een dialoog voor het vraagstuk van veehouderij en gezondheid.

Een wicked problem

Voor eenvoudige vraagstukken is het meestal niet nodig om een dialoog te starten. Het vraagstuk duurzame veehouderij en gezondheid is echter niet eenvoudig, en behoort zelfs tot de categorie van de zogenaamde weerbarstige vraagstukken of *wicked problems*. Er zijn veel partijen bij betrokken, zoals burgers, omwonenden, boeren, boerinnen, artsen, agrarische belangenbehartigers, industriële ondernemers, politici, expats, natuurbeschermers, dierenactivisten, vergunningverleners, media, onderzoekers, recreatie-ondernemers en adviseurs. Deze hanteren verschillende en vaak ook conflicterende ideeën over wat het probleem nu precies is, wat kan variëren van 'het hoofd boven water houden' tot 'het niet veilig kunnen buitenspelen van kinderen'. Ook hebben ze uiteenlopende ideeën over oplossingen, variërend van 'niet meer vee in de buurt van mensen' tot 'innovatieve duurzame veehouderijssystemen'. Bovendien zijn er

Prof.dr. C. J. A. M. Termeer (✉)
 Leerstoelgroep Bestuurskunde, Wageningen Universiteit,
 Wageningen, Nederland
katrien.termeer@wur.nl



wetenschappelijke onzekerheden en kunnen problemen van gedaante veranderen. Zo hebben de uitbraak van de Q-koorts en de bestuurlijke reactie daarop het vraagstuk van volksgezondheid en vertrouwen in instituties hoog op de agenda gezet. Omdat alles met alles samenhangt kunnen oplossingen van vandaag leiden tot het probleem van morgen. Denk bijvoorbeeld aan dierenwelzijnmaatregelen die hebben bijgedragen aan extra uitstoot van fijnstof of mestuitrijdregels die leiden tot pieken in de stankoverlast. Bovendien kennen weerbarstige vraagstukken geen stopregel. We zijn nooit klaar met de relatie veehouderij en gezondheid, het kan altijd beter.

Starten met een goed gesprek

Het is erg lastig om op een 'wijze' manier om te gaan met deze weerbarstige vraagstukken. Sociale uitsluiting, ellenlange juridische procedures of ordinaire ruzies liggen allemaal op de loer. Dat komt ook omdat partijen er niet vrijblijvend in zitten. Voor de meesten staat er nogal wat op het spel: de gezondheid van hun kinderen, brood op de plank of sociale cohesie in het dorp. Ook gaat het om gevoelens van respect, om gehoord worden en om vertrouwen. Het is erg frustrerend wanneer anderen jouw zorgen wegzetten als emoties of wanneer er weinig bereidheid is om te luisteren naar uitleg over gemeten gezondheidseffecten of technische maatregelen.

Iedere oplossing begint met een dialoog tussen betrokken partijen. Het begrip *dialoog* is wel aan inflatie onderhevig. Het is niet hetzelfde als een debat, een onderhandeling, een informatiebijeenkomst of een losstaand gesprek. In een echte dialoog proberen betrokkenen met elkaar nieuwe handelingsperspectieven te ontwikkelen. De basis hiervoor is dat mensen oprecht geïnteresseerd zijn in de ander: ze luisteren, tonen begrip voor elkaars opvattingen, zijn nieuwsgierig naar de onderliggende waarden, zijn bereid om de eigen standpunten in een breder perspectief te plaatsen en staan open voor nieuwe inzichten. Mensen praten bij voorkeur met mensen die dezelfde taal spreken, er hetzelfde over denken en die ze aardig vinden. In een dialoog zullen mensen buiten deze comfortzone treden. Het voeren van een goede dialoog is dus heel moeilijk [2].

Een aantal algemeen bekende condities draagt bij aan een goede dialoog, zoals een goede dialoogleider, de juiste mensen aan tafel, rust en tijd, een veilige ruimte waarin mensen vrijuit durven te spreken, geen verborgen agenda's en het ontbreken van machtspeletjes. Ook is het belangrijk om het gesprek zo concreet mogelijk te houden. Daarvoor zijn bijeenkomsten op een bedrijf, sessies met een 'rijdende rechter' of gezamenlijke bezoeken aan een gebied erg nuttig.

De dialoog in de beleidscyclus

Een dialoog komt niet in de plaats van andere beleidsinstrumenten. Omdat de overheid belangrijke publieke verantwoordelijkheden heeft op de terreinen van milieuhygiëne, gezondheid en ruimtelijke ordening, zal het altijd nodig blijven om gezondheidsnormen vast te stellen, voorzorgsmaatregelen te treffen, gebiedsplannen te ontwikkelen, vergunningen te verlenen en te handhaven. Een maatschappelijke dialoog mag voor de overheid ook geen excuus vormen om een lastige beslissing uit te stellen of op het bordje van de ondernemer of burger te leggen. Wel kan een goede dialoog een basis vormen voor andere beleidsinterventies.

Terwijl de meeste dialogen vrijwillig zijn, heeft de Provincie Noord-Brabant in de Verordening Ruimte 2014 een verplichting opgenomen tot het voeren van een dialoog. De veehouder dient het verslag van de dialoog, inclusief de opmerkingen van de buurt, toe te voegen aan zijn aanvraag voor een omgevingsvergunning. Zo'n eenmalig en verplicht gesprek tussen de ondernemer en omwonenden is meestal geen dialoog, zoals hierboven beschreven. Je start een dialoog omdat je met elkaar in gesprek wil, niet omdat het moet. Enige nuance is hier wel op zijn plaats. Soms kan een verplichting de trigger zijn om toch met elkaar om de tafel te gaan zitten, wat tot verrassende inzichten kan leiden. In zo'n geval blijft het meestal niet beperkt tot één gesprek en volgen er meer.

Small wins

Zoals eerder aangeven zijn er geen definitieve oplossingen voor weerbarstige problemen, ze zijn niet weg te managen, ook niet met een dialoog. Wel kan een goede dialoog bijdragen aan een *small win*: een kleine maar betekenisvolle stap met zichtbare resultaten, zoals meer wederzijds begrip, afspraken over mest uitrijden of transparantie over fijnstofemissies [3]. Deze small wins kunnen uitgroeien tot transitities. Bovendien is een goede dialoog zelf ook al een small win, het betreft namelijk een diepgaande verandering in de onderlinge relaties, waarvan de effecten niet eenzijdig kunnen worden teruggedraaid. Het kan mensen het vertrouwen geven dat het mogelijk is om echt naar elkaar te luisteren en kleine stapjes voorwaarts te zetten.

Literatuur

1. Kennisplatform Veehouderij en Humane Gezondheid. Kennisbericht maatschappelijk dialoog. www.kennisplatformveehouderij.nl/Thema_s
2. Aarts N. The art of dialogue. Oratie. Wageningen: Wageningen Universiteit; 2015.
3. Termeer CJAM, Dewulf A, Biesbroek GR. Transformational change: governance interventions for climate change adaptation from a continuous change perspective. *J Environ Plan Manag*. 2017;60:558–76.



Veehouderij en gezondheid

John Vonk

Published online: 9 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Veehouderij en gezondheid kunnen gezien worden vanuit verschillende perspectieven: vanuit de maatschappij als geheel, vanuit het perspectief van omwonenden van een veehouderij, dat van toeristen die genieten van het landelijke gebied of van schoolkinderen die dagelijks tussen de weilanden naar de middelbare school in de stad fietsen. Graag wil ik met u, als praktiserend dierenarts, het onderwerp veehouderij en gezondheid eens bekijken vanuit het perspectief van de veehouder en zijn gezin.

Uitbraken

Sinds mijn afstuderen aan de universiteit van Utrecht in 1996 is er in de veehouderij veel veranderd. Het aantal bedrijven is fors afgenomen, terwijl de bedrijfs-grootte enorm is toegenomen. Deze trend zal zich blijven voortzetten. Sinds 1996 heb ik verschillende uitbraken van zogenaamde veewetziekten meegemaakt. Voorbeelden daarvan zijn varkenspest en mond- en klauwzeer, en (potentieel) zoönotische uitbraken, zoals vogelgriep en Q-koorts. U herinnert zich de beelden op de televisie van grootschalige ruiming vast nog wel. Iedereen die werkzaam is in de veehouderijsectoren doet er alles aan om deze uitbraken te voorkomen, maar helaas hebben we niet alles zelf in de hand. De uitbraak van dergelijke ziekten zal dus ook in de toekomst mogelijk blijven.

Imago

Wat doet dit met een mens? Wat doet dit met een veehouder en zijn gezin? Veehouders zijn primair diervverzorgers: daar ligt hun passie. Een mooi fokproduct,

een lekker en veilig stukje vlees – daar zijn ze dagelijks mee bezig. Ze zijn trots op het bedrijf. Ook internationaal wordt de Nederlandse landbouw gezien als voorloper op het gebied van dierwelzijn, een laag antibioticagebruik en voedselveiligheid. Toch lukt het maar niet om van het negatieve imago af te komen. Met dit negatieve imago worden de agrarische gezinnen dagelijks geconfronteerd en ik zie dat het voor hen een voortdurende stressfactor is. Welke effecten heeft deze langdurige blootstelling aan stress dan op hen? Het antwoord laat ik aan u.

Ruiming en sluiting

Dit negatieve imago is overigens niet de enige stressfactor. Wat te denken van de stress door de dreiging dat je dieren geruimd worden bij de uitbraak van een van de genoemde ziekten? Er zijn inmiddels opvangprogramma's voor medewerkers van de NVWA die deze ruiming uitvoeren. En de overheid is uiteraard verplicht om zorg te dragen voor de gezondheid van haar werknemers. Maar wie ontfermt zich over het gezin?

Als laatste wil ik graag bij u onder de aandacht brengen dat de laatste jaren veel veehouderijbedrijven noodgedwongen de deuren hebben moeten sluiten. Hier is een heel scala aan oorzaken te noemen, maar vaak zijn bedrijven al generaties lang in de familie en voelt het betreffende gezin deze stap als falen.

Openheid

Gelukkig is het niet alleen maar kommer en kwel op de veehouderijbedrijven. Er zijn verschillende bedrijven met een mooie neventak, zoals horeca, een agrarische crèche, de verzorging van verstandelijk gehandicapten of een camping. De bezoekers van deze activiteiten zijn over het algemeen zeer positief over het

J. Vonk (✉)
 Diergeneeskundig Centrum De Overlaet, Oss, Nederland
j.vonk@outlook.com

bedrijf, waar soms ook de omgang met (jonge) dieren een belangrijk onderdeel van uitmaakt. Je kunt duidelijk spreken van gezondheidswinst in de vorm van een beter welbevinden. Andere gezinnen zoeken actief het gesprek op met hun burens om hen te betrekken bij hun passie voor dieren en uit te leggen waarom bijvoorbeeld een uitbreiding van het bedrijf gewenst is. In onderling overleg kan veel begrip gekweekt worden en kan het gezin duidelijk maken dat ze de zorgen van de omwonenden serieus neemt.

Verbinding

In het zuiden is er in februari nog een extra kans voor positieve profilering in de dorpsgemeenschap waar men deel van uitmaakt. Carnaval! Veel vriendengroepen, buurtverenigingen en anderen zijn al maanden bezig met het bouwen van een carnavalswagen. De praktijk is dat veel veehouders in de buurt dan een

platte kar voor de opbouw, een tractor met chauffeur, een hal om te bouwen en bijvoorbeeld een generator voor de wagen ter beschikking stellen. Ook hier zoeken veel agrarische gezinnen de verbinding, zij willen echt deel uitmaken van de gemeenschap.

Een andere manier waarop ze verbinding zoeken is de organisatie van open dagen. Zo kan het zijn dat op een open dag van willekeurig welk melkveebedrijf er zomaar tweeduizend bezoekers langskomen. Dit zijn veel collega-veehouders, maar ook gezinnen met kleine kinderen of ouderen die ook een dagje uit willen.

Ik hoop dat ik u als gezondheidswetenschapper heb duidelijk kunnen maken hoe belangrijk de gezondheid van de veehouder en zijn gezin zijn, zodat alle wetenschappelijke informatie met betrekking tot het onderwerp veehouderij en gezondheid meer in balans komt.

Tijdschr gezondheidswet (2018) 96:54–56
<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0116-3>



CrossMark

Kennisplatform verschaft duidelijkheid over effecten van veehouderij op humane gezondheid

Joost van der Ree

Published online: 9 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Fijnstof, geuroverlast, zoönosen: dagelijks worden GGD-medewerkers en andere adviseurs geconfronteerd met vragen over de gezondheidseffecten van de veehouderij. Een goede beantwoording daarvan is niet altijd eenvoudig. Ook is er een levendig publiek debat over de ontwikkeling van de veehouderij in Nederland en welke gezondheidsrisico's die oplevert voor omwonenden van veehouderijen. Wat de wetenschap hierover zegt wordt geregeld betwist. Om op deze en andere vragen over veehouderij en de gezondheid van mensen een goed antwoord te kunnen geven, is in 2015 het Kennisplatform Veehouderij en

Humane Gezondheid opgericht. Het Kennisplatform verschaft duidelijkheid over wat er bekend is over de gezondheidsimpact van veehouderijen en geeft duiding aan nieuwe ontwikkelingen.

Integraal kennisbericht

Om professionals van GGD'en, (regionale) omgevingsdiensten en boerenorganisatie LTO te helpen bij hun dagelijks werk maakt het Kennisplatform verschillende kennisproducten, die te vinden zijn op de website van het Kennisplatform [1]. Na de oprichting is gestart met het uitwerken van vier belangrijke milieugezondheidsthema's: zoönosen [2], antibioticaresistentie [3], fijnstof [4] en geur [5]. Hierover is stuk voor stuk een kennisbericht geschreven, waarbij de relevante bestaande kennis is samengebracht in

J. van der Ree (✉)
 Kennisplatform Veehouderij en Humane Gezondheid,
 Utrecht, Nederland
secretariaat@kennisplatformveehouderij.nl



Wat is het Kennisplatform Veehouderij en Humane Gezondheid?

Het Kennisplatform Veehouderij en Humane Gezondheid is een langlopend samenwerkingsverband van zeven organisaties: RIVM, Wageningen University & Research, Universiteit Utrecht, ZonMw, GGD GHOR Nederland, Omgevingsdienst Nederland en LTO Nederland. Het Kennisplatform verschaft duidelijkheid over wat er bekend is over de gezondheidsimpact van veehouderijen en geeft duiding aan nieuwe ontwikkelingen. Het buigt zich over onderwerpen waar ongerustheid over bestaat in de samenleving, waarover kennislacunes bestaan of waar moeilijk te beantwoorden vragen over zijn. Professionals van GGD, Omgevingsdienst en LTO vormen de voelsprietten in de lokale praktijk. Zij adviseren de bestuurders, burgers en boeren. De vragen en zorgen die zij in het dagelijks werk tegenkomen bepalen het werk van het Kennisplatform.

één document. Het unieke van deze kennisberichten is dat de zeven samenwerkende organisaties gezamenlijk hebben opgesteld en dat ze er in hun eigen communicatie-uitingen geen afbreuk aan doen. In 2018 krijgen alle vier de onderwerpen een update op basis van de nieuwste inzichten. Andere algemene kennisberichten gaan over het aangaan van de maatschappelijke dialoog van veehouders met hun omgeving [6] en over mestbewerking (verschijnt voorjaar 2018).

Praktische Q&A

Soms is er behoefte aan informatie over een bepaalde stof of een micro-organisme, of zijn er heel specifieke vragen naar aanleiding van een lokale kwestie. Dan kunnen professionals daarover hun vragen stellen aan het Kennisplatform. Dit resulteert in enkele gevallen in uitgebreidere Q&A's. Een voorbeeld daarvan is de Q&A over Hepatitis E [7]. In de media verschijnen met enige regelmaat artikelen over hepatitis E en de relatie met de varkenshouderij. Naar aanleiding hiervan hebben verschillende organisaties het Kennisplatform benaderd met het verzoek om meer duidelijkheid te geven over deze relatie. In de Q&A is de huidige kennis aan de hand van vraag en antwoord op een rij gezet.

In samenspraak met betrokkenen

Twee Q&A's zijn bijzonder, omdat ze direct in samenspraak met omwonenden en andere betrokkenen van een veehouderijbedrijf zijn samengesteld. Dat zijn die over een geitenhouderij (inclusief zoönose Q-koorts) [8] en een biologische vleeskuikenhouderij (inclusief vogelgriep) [9]. Betrokkenen kregen de mogelijkheid hun vragen bij hun GGD in te dienen en die gingen

uiteeraard over meer dan alleen de genoemde zoönose. Ook endotoxinen, ammoniak, fijnstof en geur, en mogelijke maatregelen werden aan de orde gesteld. De GGD bundelde de vragen en legde de algemene vragen over gezondheid aan het Kennisplatform voor. Experts van de organisaties van het Kennisplatform hebben een eerste beantwoording opgesteld en die is vervolgens met de vraagstellers besproken en aangescherpt. Het eindresultaat is ook goed bruikbaar gebleken op andere plekken in Nederland.

Reageren op de actualiteit

Het Kennisplatform reageert ook op de actualiteit en publicaties van anderen als de kans groot is dat dergelijke publicaties ook in lokale discussies worden gebruikt. Ook hier geldt weer dat het doel is om duidelijkheid te verschaffen. Een Q&A over colistineresistente bacteriën in kippenvlees is verschenen omdat een nieuwe publicatie afweek van eerdere inzichten en in de media veel aandacht kreeg [10]. Een Q&A over een hoger risico op longontsteking rond pluimveehouderij is samengesteld omdat ze aanvullende inzichten gaf op eerdere berichten [11]. Beide Q&A's helpen professionals om de nieuwe publicaties goed te begrijpen en te gebruiken in gesprekken met burgers, beleidsmakers, bestuurders en het bedrijfsleven.

Ontmoeten, kennis en ervaring delen

Om het gebruik en de inhoud van de kennisproducten te verbeteren vindt er elk jaar een aantal thematische bijeenkomsten plaats. Enkele tientallen gebruikers delen dan hun ervaringen, verbeterpunten en gewenste aanvullingen.

Eén keer per jaar organiseert het Kennisplatform een openbaar symposium [12]. Het eerstvolgende is op 9 november 2018. Dat is het moment waarop een jaarlijks groeiend aantal professionals (2017: 275) uit het werkveld van veehouderij en gezondheid met elkaar nieuwe inzichten uit onderzoek delen en oplossingen bespreken voor vragen uit de praktijk. Door de verschillende perspectieven bij elkaar te brengen ontstaat er meer wederzijds begrip.

Literatuur

1. www.kennisplatformvvhg.nl/
2. www.kennisplatformvvhg.nl/Thema_s/Zo%C3%B6nosen
3. www.kennisplatformvvhg.nl/Thema_s/Antibioticaresistentie
4. www.kennisplatformvvhg.nl/Thema_s/Fijnstof_en_endotoxinen
5. www.kennisplatformvvhg.nl/Thema_s/Geur
6. www.kennisplatformvvhg.nl/Thema_s/Maatschappelijke_dialoog
7. www.kennisplatformvvhg.nl/Thema_s/Q_A_Hepatitis_E_genotype_3
8. www.kennisplatformvvhg.nl/Thema_s/Q_A_Geitenhouderij_en_gezondheid

9. www.kennisplatformvhg.nl/Thema_s/Q_A_Biologische_vleeskuikenhouderij_en_gezondheid
10. www.kennisplatformvhg.nl/Thema_s/Q_A_Colistine_resistente_bacteri%C3%ABn_in_kippenvlees
11. www.kennisplatformvhg.nl/Actueel/Hoger_risico_longontsteking_rondom_pluimveebedrijf
12. www.kennisplatformvhg.nl/Symposium

Tijdschr gezondheidswet (2018) 96:56–57
<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0113-6>



CrossMark

Gezondheidseffecten van veehouderij

Renske Nijdam

Published online: 6 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Omwonenden, maar ook (huis)artsen uit veedichte gebieden kunnen zich ongerust maken over bijvoorbeeld besmetting met bacteriën en virussen, stank of verminderde leefbaarheid als gevolg van de inpassing van grote bedrijven in de woonomgeving. Een inventarisatie geeft aan dat in Nederland circa 355.000 burgerwoningen en 27.000 veehouderijlocaties momenteel minder dan 250 meter van elkaar verwijderd zijn [1]. Deze afstand wordt, vanuit gezondheidsoogpunt, genoemd als minimale afstand tussen veehouderij en burgerwoning [2]. Ondertussen komen nieuwe onderzoeksresultaten beschikbaar die meer inzicht geven in de blootstelling en bijbehorende gezondheidseffecten. Bij de in gang gezette transitie naar toekomstbestendige duurzame veehouderij in Nederland is en blijft aandacht nodig voor de volksgezondheid. Voor het bereiken van een veilige en gezonde fysieke leefomgeving is meer nodig dan enkel het hanteren van de milieunormen.

Inzet GGD

GGD'en ondersteunen gemeenten met gezondheidsadviezen bij uitbreiding van de veehouderij, rekening houdend met lokale omstandigheden en de laatste wetenschappelijke inzichten. Ze geven, op verzoek, voorlichting over de gezondheidseffecten van veehou-

derij aan burgers en gemeenteraden. Ze ondersteunen gemeenten en burgers bij de dialoog tussen boer en burger. De GGD maakt daarbij ook gebruik van de informatie van het Kennisplatform Veehouderij en Humane Gezondheid [3].

Onderzoek naar gezondheidseffecten

In 2016 en 2017 is in Nederland onderzoek gedaan naar effecten van veehouderij op de gezondheid van omwonenden, de zogenaamde VGO-onderzoeken [4, 5]. Hieruit bleek dat het wonen naast een veehouderij effect heeft op de gezondheid (zie tab. 1). Voor de oorzaak wijst de wetenschap vooral naar de blootstelling aan fijnstof en endotoxinen. Onderzoek naar emissies van endotoxinen uit veehouderijen laat zien dat overschrijding van de door de Gezondheidsraad gegeven advieswaarde van 30 EU/m³ voorkomt [6]. Bij een individueel varkensbedrijf blijkt dat voor te komen tot op een afstand van ongeveer 200 meter en bij pluimvee tot ongeveer 500 meter. Onderzoek naar geurbelasting afkomstig van veehouderijen en de ervaren geurhinder bij ruim 13.000 respondenten op het platteland van Noord-Brabant en Noord-Limburg bevestigde ook dat er aanzienlijk méér geurhinder voorkomt dan op basis van de Handreiking Wet geurhinder veehouderij te verwachten zou zijn. Bovendien treedt óók ernstige hinder op – een effect waar in het huidige agrarische geurbeleid geen rekening mee wordt gehouden [7].

Bij welke mate van blootstelling de gezondheidseffecten optreden, verschilt per aspect. Er zijn overigens

R. Nijdam (✉)
 Team Gezondheid, Milieu en Veiligheid GGD'en Brabant,
 Tilburg, Nederland
r.nijdam@ggdgm.nl



Tabel 1 Samenvattend overzicht van negatieve gezondheidseffecten in relatie tot veehouderijen

Aspect	Effect
Veegerelateerde geur	(Ernstige) hinder Misselijkheid, hoofdpijn, prikkeling van slijmvliezen, irritatie van ogen en neus, verstoring van dagelijkse activiteiten en slaapproblemen
Veegerelateerd fijnstof	Luchtwegklachten, acute klachten van ogen, neus en bovenste luchtwegen, verminderde longfunctie
Ammoniak	Tijdens of na perioden van verhoogde ammoniakconcentraties neemt de longfunctie bij mensen af. De omzetting naar secundair fijnstof, dat gevormd wordt uit ammoniak, speelt hierin een rol. Deze omzetting gebeurt in de hogere luchtlagen van de atmosfeer. Het effectgebied van secundair fijnstof ligt daardoor ook ver buiten de leefomgeving van omwonenden en dat heeft gevolgen voor de volksgezondheid
Endotoxinen	Omwonenden op korte afstand van veehouderij worden meer blootgesteld, wat kan leiden tot verergering van luchtwegklachten. Bij hogere concentraties: acute luchtwegklachten en chronische effecten op de luchtwegen (niet-allergische astma en COPD), en het 'Organic Dust Toxic Syndrom (ODTS)' bij veehouders en werknemers in de veehouderij
Geluid	Hinder, slaapverstoring, verstoring van dagelijkse activiteiten en stressreacties Bij een blootstelling ≥ 50 dB(A) een verhoogd risico op hoge bloeddruk Bij een blootstelling vanaf 60 dB(A) een verhoogd risico op hartinfarcten
Zoönosen	Infectieziekten, vooral door direct contact met dieren, mest of via voedsel Verschillende ziektebeelden en ernst van de klachten; vooral bij uitbraak van zoönosen is het risico verhoogd
Antibioticaresistentie	Resistentie tegen antibiotica, waardoor behandeling van een eventuele infectie moeilijker is. Vooral door direct diercontact (varkens, pluimvee, kalveren)
Longontstekingen	Mensen die in de buurt van pluimvee- en geitenhouderijen wonen hebben vaker last van longontstekingen. Voor pluimvee lijkt dit door fijnstof en endotoxinen te komen. Voor geitenhouderijen is dit niet waarschijnlijk

ook positieve gezondheidseffecten: zo hebben mensen die in de buurt van veehouderijen wonen minder astma en (neus)allergieën dan mensen die in gebieden met weinig veehouderij wonen [4, 5].

Naar nieuwe streefwaarden

Een gezonde leefomgeving is een randvoorwaarde voor gezondheid, participatie in de maatschappij, kwaliteit van leven en bescherming van kwetsbare groepen. Deze voorwaarde sluit aan bij het begrip *positieve gezondheid* van Machteld Huber, maar ook bij het advies van de Gezondheidsraad in zijn rapport over het meewegen van gezondheid in omgevingsbeleid [8]. Het huidige milieubeleid is erop gericht de wettelijke milieukwaliteitsnormen niet te overschrijden. Deze normen zijn echter niet alleen gebaseerd op gegevens over gezondheidseffecten, maar onder andere ook op economische overwegingen. Deze systematiek maakt dat luchtverontreiniging nog steeds een forse ziektelast veroorzaakt, terwijl de normen in vrijwel heel Nederland worden gehaald. Ook de veehouderij draagt aan die ziektelast bij, bleek uit het VGO-onderzoek. Om deze ziektelast terug te dringen, pleit de Gezondheidsraad voor het hantieren van gezondheidkundig onderbouwde advies- en streefwaarden in de regelgeving als prikkel voor het behalen van gezondheidswinst. Ook gemeenten hebben onlangs bij het Rijk gepleit voor duidelijke gezondheidsgerelateerde kaders.

Literatuur

1. Os J van, Smidt RA, Jeurissen LJJ. Afstand tussen veehouderij en woningen; een onderzoek naar aantallen veehouderijen en woningen op minder dan 250 meter van elkaar. Alterra-rapport 2658. Wageningen: Alterra Wageningen University & Research; 2016.
2. Wolf J de. Gezondheid gebaat bij 250 m afstand tussen intensieve veehouderij en burgerwoning. Tijdschr Milieu. 2015 mei;5:1–5.
3. Kennisplatform Veehouderij en Humane Gezondheid. Informatie over veehouderij en gezondheid. www.kennisplatformveehouderij.nl/. Geraadpleegd 1 februari 2018.
4. Maassen K, Smit L, Wouters I, et al. Veehouderij en Gezondheid Omwonenden. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2016.
5. Hagenaars T, Hoeksma P, Roda Husman AM de, et al. Veehouderij en Gezondheid Omwonenden (aanvullende studies). Analyse van gezondheidseffecten, risicofactoren en uitstoot van bio-aerosolen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2017.
6. Ogink NWM, Erbrink JJ. Emissies van endotoxinen uit de veehouderij: emissiemetingen en verspreidingsmodellering. Wageningen: Wageningen University & Research; 2016.
7. Geelen LMJ, Boers D, Brunekreef B, et al. Geurhinder van veehouderij nader onderzocht: meer hinder dan Handreiking WvG doet vermoeden? Actualisatie blootstellingresponsrelatie tussen gemodelleerde cumulatieve geurbelasting en geurhinder in Noord-Brabant en Limburg. Utrecht: Bureau GMV en IRAS; 2015.
8. Gezondheidsraad. Meewegen van gezondheid in omgevingsbeleid. Evenwichtig en rechtvaardig omgaan met risico's en kansen. Den Haag: Gezondheidsraad; 2016.



Een pilotstudie naar de inzet van vrijwilligers bij sociaal-emotionele zelfmanagementondersteuning

Jacques T. M. van Eijk (em) · Winnie Kleijntjens · Marianne Potting · Hans Bosma

Published online: 12 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Samenvatting Wij hebben een pilotonderzoek verricht naar de inzet van zorgvrijwilligers bij cliënten met een ondersteuningsbehoefte op sociaal-emotioneel vlak. Samenwerking met eerstelijns hulpverleners, Sociaal team en gemeente bleek lastig. Daarentegen waren vrijwilligers en cliënten in het algemeen positief over ons initiatief.

Trefwoorden zelfmanagement · sociaal-emotionele ondersteuning · vrijwilligers · samenwerking

A pilot study into the role of care-volunteers for clients in need of socio-emotional support

Abstract We performed a pilot study into the role of care-volunteers for clients in need of socio-emotional support. Cooperation with primary caregivers, district-teams and relevant agencies of the municipality appeared to be difficult. Care-volunteers and clients, however, were generally positive.

Keywords Self-management · Socio-emotional support · Volunteers · Cooperation

Inleiding

De afgelopen jaren hebben wij onderzocht of zelfmanagementondersteuning aan chronisch zieken in de Nederlandse gezondheidszorg werkzaam en toepasbaar is [1]. Holman en Lorig pleiten voor integraal zelfmanagement [2]. Uitgangspunt is een drietal taken die mensen zelf in onderlinge samenhang kunnen uitvoeren: de medische zelfmanagementtaak (adequaat medicijngebruik, leefstijl), de emotionele zelfmanagementtaak (omgang met verdriet, pijn, angst, gevoel van eenzaamheid, enzovoort) en de sociale zelfmanagementtaak (omgang met mensen uit je netwerk). Lorig laat zien dat mensen zich die taken eigen kunnen maken en dat zij, als het lukt, met meer zelfvertrouwen door het leven gaan [2]. Lorig bood de zelfmanagementondersteuning aan in groepen chronisch zieken.

Wij hebben haar aanpak vertaald naar de individuele cliënt-hulpverlenersituatie, zodat deze ook in de reguliere zorg toepasbaar is. Onze training bevat drie onderdelen, te weten exploratie (van belemmeringen in het dagelijks functioneren en de ernst van psychisch lijden), problemen aanpakken en cognitieve gedragsverandering. Cognitieve gedragsverandering is gericht op de opsporing van gedragsbelemmerende gedachten, die door de cliënt gewenste bezigheden in de weg staan. Op basis hiervan wordt een actieplan bedacht dat de cliënt(e) gaat uitvoeren.

In een eerder veldexperiment werd aangetoond dat verpleegkundigen het leven van chronisch zieken op deze wijze kunnen verbeteren. Zo werden stemmingsproblemen en het zelfvertrouwen van cliënten positief beïnvloed. Vooral de sociaal-emotionele zelfmanagementondersteuning werd erg gewaardeerd en meer dan 90 % van de deelnemers was van mening dat deze ondersteuning voor alle chronisch zieken beschikbaar zou moeten zijn [1].

prof. dr. J. T. M. van Eijk (em) (✉) · prof. dr. H. Bosma
 Afdeling Sociale Geneeskunde, Maastricht University,
 Maastricht, Nederland
j.vaneijk@maastrichtuniversity.nl

W. Kleijntjens
 Gezondheidswetenschappen, Maastricht University,
 Maastricht, Nederland

dr. M. Potting
 Zuyd Hogeschool, Heerlen, Nederland



Dit positieve resultaat was aanleiding om de beoogde zelfmanagementondersteuning ook in de reguliere eerstelijnszorg aan te bieden. Praktijkondersteuners werden intensief getraind, maar het aantal cliënten met een ondersteuningsaanbod bleef ver onder de verwachting. De praktijkondersteuners bleken de handen vol te hebben aan de medische ondersteuning van hun cliënten en kwamen nauwelijks toe aan de beoogde zelfmanagementondersteuning. Ook bleken de praktijkondersteuners moeite te hebben om uit de hulpverleningsrol te treden.

Zelfmanagementondersteuning is gericht op het activeren van cliënten en niet alleen op het aanbieden van hulp, zoals in de reguliere zorg vaak gebruikelijk is. Deze nieuwe rol vereist een attitudeverandering. De implementatie mislukte dus [3].

Gegeven de positieve uitkomst van het veldexperiment wilden we vervolgens verkennen of er alternatieven zijn voor implementatie in de professionele eerstelijnszorg, bijvoorbeeld in de vrijwilligerszorg. We kwamen hierover in gesprek met vertegenwoordigers van een Gezondheidscentrum in Maastricht. Er werd een plan bedacht om de beoogde vrijwilligerszorg in het referentiegebied van het betrokken gezondheidscentrum van de grond te tillen. De professionals zouden cliënten, die geacht werden met een klein steuntje in de rug weer het dagelijks functioneren te kunnen oppakken, motiveren voor vrijwilligersondersteuning. In termen van Lorig was deze ondersteuning door vrijwilligers alleen gericht op de emotionele en sociale zelfmanagementtaak en uiteraard niet op de medische.

Ook de gemeente Maastricht had interesse. Bij de uitvoering van de Wmo wordt immers uitgegaan van een prominente rol van de burger bij de zorg voor diens naasten. Bovendien heeft de verzorgingsstaat mensen in het verleden te weinig aangesproken op benutting van de eigen mogelijkheden. Een goede werking van de Wmo zou moeten leiden tot een sterker eigen probleemoplossend vermogen van mensen en een groter zelfvertrouwen. Deze complexe wijziging in de zorg gaat uiteraard niet zonder slag of stoot. Zij vereist immers een attitudeverandering (zoals we al zagen bij de professionele zorg) en gaat gepaard met veranderingen in de rolpatronen van betrokkenen door wijzigingen in de balans tussen professionele en vrijwilligerstaken. Met de Wmo wordt dus ook een sterker appel gedaan op de inzet van vrijwilligers dan tot nu toe.

Een pilotonderzoek naar de inzet van vrijwilligers bij sociaal-emotionele ondersteuning leek ons daarom opportuun. Mede met behulp van een subsidie van de gemeente hebben wij een pilotonderzoek uitgevoerd gericht op de beantwoording van de volgende vragen:

1. Hoe verloopt de samenwerking tussen vrijwilligers en relevante stakeholders?
2. Hoe ervaren vrijwilligers hun beoogde rol?
3. Hoe ervaren cliënten de geboden ondersteuning?

De voorbereidingen voor de pilot

De looptijd van het pilotonderzoek was een jaar en daarom was het voor het welslagen van het project van belang dat we goede afstemmingsafspraken maakten met potentiële verwijzers (van cliënten) van het betreffende Gezondheidscentrum, Sociaal Team en Wmo-consulenten. Van het Gezondheidscentrum waren dat de huisartsen, praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden. Verder was er een meldpunt voor de aanmelding van cliënten. Ten slotte dienden de vrijwilligers voorafgaand aan de pilot al getraind te zijn.

Het bestaande trainingsprogramma werd herschreven in lektaal en de oefenstof daarop aangepast. In de rollenspelen ging het nu niet alleen meer om cliënten met problemen in verband met hun ziekte, maar ook om problemen in verband met sociale participatie, veranderingen in de leefsituatie, bepaalde situaties niet meer aan kunnen, enzovoort.

Met de professionals spraken wij verwijscriteria af. Cliënten met een psychiatrisch verleden of een ernstige instabiele lichamelijke ziekte werden uitgesloten. Het ging om cliënten met een stabiele chronische ziekte en/of cliënten met een redelijk probleemoplossend vermogen dat tijdelijk onder druk stond, waardoor sprake was van extra spanning, een verminderd dagelijks functioneren en/of een gebrekkige sociale participatie. Eenmaal verwezen cliënten werden door de vrijwilligers gescreend op psychisch lijden. Zo kon vooraf en ook tijdens de gesprekken tijdig worden terugverwezen naar een professional.

Via het Huis voor de Zorg werden vijf geschikte vrijwilligers geselecteerd en getraind. Na afloop was er maandelijks intervisie en zo nodig telefonisch contact met de trainer (JvE). Voor een goede afstemming werd een meldpunt opgericht, bemand door drie studenten, zodat elke werkdag van 15:00–17:00 uur telefonische bereikbaarheid werd gerealiseerd. Ook richtten zij de nodige administratieve taken. Na de training werd, voorafgaand aan de start van het project, tweemaal gesproken met medewerkers van het gezondheidscentrum en het Sociaal team (met onder anderen Wmo-consulenten) om de werkwijze van de vrijwilligers uit te leggen en afspraken te maken over verwijscriteria en afstemming. Met het Sociaal team werd afgesproken dat de intake door vrijwilliger en verwijzend teamlid gezamenlijk bij cliënt(e) thuis zou worden gedaan.

De gegevens van cliënten en vrijwilligers werden verzameld met behulp van eerder ontwikkelde schriftelijke vragenlijsten, aangepast voor gebruik door cliënten en vrijwilligers uit ons onderzoek [4]. De inschatting van het risico op psychisch lijden werd

bepaald met behulp van de vierdimensionale klachtenlijst [5].

Onze bevindingen

Samenwerking tussen professionals en vrijwilligers

De eerstelijnsprofessionals bleken in eerste instantie open te staan voor het project, maar na de toelichting over de aanpak van de ondersteuning groeide er wantrouwen. Er bleek weinig vertrouwen in de competentie van de vrijwilligers en men zag ze als een bedreiging voor het eigen werk. Sommigen vonden dat de vrijwilligers niet de vereiste vertrouwensrelatie met cliënten hadden opgebouwd. Zelfmanagementondersteuning werd niet gezien als een taak voor vrijwilligers. De samenwerking met het gezondheidscentrum kwam niet van de grond en daarmee kwam het project nog vóór het eerste cliëntcontact in de gevaarzone: cliënten zouden immers via het Gezondheidscentrum in contact komen met de vrijwilligers. Vervolgens kwam ook de samenwerking met het Sociaal team niet van de grond en moesten wij ons beraden over de vraag of, en zo ja, hoe verder.

Na overleg in de begeleidingscommissie werd toch doorgezet. We maakten een rondgang langs instanties die veel met vrijwilligers werken en een goed zicht hebben op de beoogde doelgroep. De gemeente zou via het Wmo-loket in staat moeten om zijn de vrijwilligers in contact te brengen met cliënten die aan de criteria voldoen. Helaas kwamen we ook hier niet tot een constructieve samenwerking. Uiteindelijk lukte het om met de Stichting Gehandicaptenzorg Limburg (SGL) en het Steunpunt Mantelzorg Maastricht samenwerkingsovereenkomsten te maken.

De samenwerking tussen vrijwilligers en professionals verliep dus moeizaam en werd door de betrokken professionals gezien als een inbreuk op het eigen territorium.

Ervaringen van vrijwilligers

Tijdens de eerste drie huisbezoeken onderzocht de vrijwilliger wat cliënten hindert in hun dagelijkse activiteiten. Gedrag, emoties en klachten in verband met deze bezigheden werden nader geëxploreerd. Vervolgens werd verder doorgevraagd naar ervaren klachten, problemen en gerelateerde negatieve gedachten. Op basis hiervan werd een alternatieve aanpak uitgetest. Tijdens het afsluitende bezoek werd die geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

De vrijwilligers waren over het algemeen positief. Wel hadden zij vaak te maken met cliënten die vooraf onvoldoende waren voorgelicht over de ondersteuning. De beschikbare cliëntenfolder werd onvoldoende gebruikt. Door onjuiste verwachtingen vielen enkele cliënten al na het eerste huisbezoek af. Deelnemende cliënten bleken, volgens de vrijwilligers, doorgaans zeer gemotiveerd. Soms hielden cliënten

zich niet aan het actieplan, maar in het algemeen verliep de samenwerking soepel. De intervisiebijeenkomsten vormden voor de vrijwilligers een moment van bezinning, onderling advies en uitwisseling van ervaringen.

De vrijwilligers achtten zich voldoende competent om het risico op psychisch lijden bij een cliënt in te kunnen schatten. Alle onderdelen werden naar eigen zeggen goed begrepen. Verder achtten zij zich goed in staat om de problemen waarmee cliënten worstelen, goed te exploreren en gedragbepalende negatieve gedachten op te sporen. Alle vrijwilligers beoordeelden de training goed tot zeer goed. Het onderdeel 'psychisch lijden' had volgens drie van hen wel wat meer aandacht mogen krijgen. Ook hadden twee vrijwilligers graag wat meer tijd willen steken in de oefeningen over negatieve gedragbepalende gedachten: meer aandacht voor rollenspelen met meer uiteenlopende casuïstiek.

De vijf vrijwilligers bezochten twintig cliënten, ten minste tweemaal. Het gemiddelde aantal huisbezoeken was 4,6 met een gemiddelde duur van 60 minuten. De helft van de cliënten ($n=10$) bleek een risico op psychisch lijden te lopen. Drie van hen zijn doorverwezen naar een professional. De overige zeven bleken al hulp te krijgen van een ggz-professional. De gesprekken met hen hebben plaatsgevonden in afstemming met de betrokken ggz-professional. Bij negen van de zeventien cliënten stonden eenzaamheid en het sociale netwerk centraal. Bij veertien van de zeventien contacten bleken de gesprekken soepel te verlopen. Genoemde barrières voor verandering waren angst voor verandering (tweemaal), relatieproblematiek (tweemaal), afspraken niet kunnen nakomen (viermaal) of ernstige psychische problematiek (drie maal). Volgens de vrijwilligers hadden acht van de twaalf cliënten (van vijf cliënten was geen oordeel beschikbaar) baat bij de gesprekken.

Ervaringen van cliënten

Twaalf van de twintig cliënten waren vrouw. De meeste cliënten waren gemiddeld opgeleid en alleenwonend. De leeftijd varieerde van 29 tot 92 jaar. Zeven van de achttien cliënten (twee onbekend) gaven zich vóór de huisbezoeken zelf een onvoldoende, vijf cliënten een 6 en de overige zes cliënten gaven zichzelf een 7 of hoger voor hun dagelijks functioneren.

Van de in totaal twintig cliënten hebben er zestien het evaluatieformulier ingevuld (bij één is het er niet van gekomen en drie cliënten zijn, zoals boven al aangegeven, direct verwezen naar een professional). Alle zestien gaven aan baat te hebben gehad bij de huisbezoeken en deze niet als belastend te hebben ervaren. Ook de begrijpelijkheid van de uitleg werd door alle cliënten positief beoordeeld. Veertien van de vijftien cliënten (één onbekend) gaven aan het geleerde in de toekomst zeker of zeer waarschijnlijk te zullen gaan toepassen. Vijftien cliënten (één onbekend) raadden

de huisbezoeken aan voor alle mensen die een steuntje in de rug nodig hebben. Bespreking van emoties werd door tien van de twaalf cliënten (vier onbekend) als nuttig ervaren en het bespreken van sociale contacten door dertien van de veertien (twee onbekend). Vijftien van de zestien cliënten gaven de huisbezoeken een 7 of hoger. Eén cliënt gaf een 6. Vergeleken met de uitgangssituatie beoordeelde het merendeel van de cliënten hun dagelijks functioneren als verbeterd.

Van veertien cliënten (twee onbekend) bleken er vijf na afloop van de gesprekken hun functioneren als verminderd te beoordelen. Twee van deze cliënten gaven aan dat de gesprekken met de vrijwilliger veel los hadden gemaakt en één cliënt gaf aan nogal op te zien tegen de nodige verandering. De overige cliënten beoordeelden hun dagelijks functioneren als verbeterd.

Beschouwing en conclusies

Deze pilot kent zijn beperkingen door de geringe aantallen en de selectie van cliënten en vrijwilligers. De eerste vraag van deze pilot was daarom primair gericht op vergroting van het inzicht in de problemen die zich kunnen voordoen in de samenwerking tussen zorgprofessionals en vrijwilligers. We hebben moeten vaststellen dat een gemotiveerde en betrokken groep eerstelijns hulpverleners afhaakte toen duidelijk werd dat de betreffende vrijwilligers ook op het terrein van de sociaal-emotionele ondersteuning van cliënten actief zouden zijn. Dat deze houding niet op zichzelf staat, wordt vaker gehoord [6]. Hoewel de gemeente aan het project deelnam en er via het Wmo-loket een goed zicht bestaat op mensen met behoefte aan een ondersteuningsaanbod, bleek ook deze invalshoek onhaalbaar. Toch blijft het onzes inziens van groot belang dat zorgvrijwilligers een communicatiekanaal naar professionele zorgverleners hebben, bijvoorbeeld in het geval van verslechtering van de psychische of fysieke gezondheid.

Door het afhaken van de eerstelijnsprofessionals ontbrak een minimale organisatorische inbedding van de vrijwilligers. Deze is noodzakelijk voor een efficiënte afhandeling van intake, follow-up en afsluiting van een ondersteuningstraject. Ook voor de toegankelijkheid en acceptatie door cliënten is inbedding in een organisatie met een goede reputatie cruciaal. Met het Steunpunt Mantelzorg en het SGL bleek in deze situatie een constructieve samenwerking mogelijk. Wel bleek aanscherping nodig van de verwijscriteria.

Onze vrijwilligers bleken goed in staat tot de beoogde ondersteuning van cliënten. In het algemeen

waren ze positief over de training, meenden ze over de vereiste vaardigheden te beschikken en vonden ze dat cliënten baat hadden bij de geboden ondersteuning. Deze opvatting werd gedeeld door cliënten, die dit aanbod graag voor iedereen met een ondersteuningsbehoefte beschikbaar wilden zien.

In deze pilot bleek de inzet van vrijwilligers bij sociaal-emotionele ondersteuning van toegevoegde waarde. Niet alleen waren verschillende cliënten goed te activeren, ook kwamen de vrijwilligers bij een relatief groot deel van de cliënten tot de ontdekking dat deze eigenlijk niet de vereiste professionele zorg kregen. Deze cliënten werden dan ook door de vrijwilligers met de beoogde professionals in contact gebracht.

Op grond van deze pilot is onze conclusie dat het aanbod van sociaal-emotionele ondersteuning aan kwetsbare mensen in samenwerking met de eerstelijnszorg op dit moment in deze regio nog te vroeg komt. Gegeven de delicate verhoudingen tussen zorgprofessionals en -vrijwilligers kan dit aanbod het beste verlopen via organisaties die al met toegewijde vrijwilligers werken. Het is daarbij de vraag in hoeverre deze organisaties bij hun ondersteuning expliciet gericht zijn op het aanbieden van sociaal-emotionele ondersteuning. Ook is het de vraag welke scholing vrijwilligers op dit terrein krijgen en of zij over de vereiste competenties beschikken.

Literatuur

1. Lamers JCCME Emotionele zorg chronisch zieken hoort in eerstelijns. Tijdschr Praktijkondersteun. 2010;5:99–104.
2. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. Public Health Rep. 2004;119:239–43.
3. Dijk-de Vries A van, Bokhoven MA van, Winkens B, et al. Lessons learnt from a cluster-randomised trial evaluating the effectiveness of Self-Management Support (SMS) delivered by practice nurses in routine diabetes care. BMJ Open. 2015;5:e7014.
4. Jonkers CCM, Lamers F, Bosma H, et al. A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: a randomised trial. Patient Educ Couns. 2007;68:252–7.
5. Terluin B, Terluin M, Prince K, et al. De Vierdimensionale klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts Wet. 2008;51:251–5.
6. Linders L, Feringa D, Potting M, et al., redactie. Tussen regels en vertrouwen; veranderende rollen in de verzorgingsstaat. Amsterdam: Van Gennep; 2016.



Multideskundige eCommunities als onderlegger van een Publieke GGZ

Jim van Os

Published online: 12 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Samenvatting Significante psychische klachten zijn, met een jaarprevalentie van 20–30%, een gezondheidsprobleem van publieke omvang. De ggz heeft capaciteit voor ongeveer 6% van de populatie en komt in het bestel van de gereguleerde markt niet tot een goede afstemming tussen zorgbehoefte en zorgconsumptie op populatieniveau (onderbehandeling en overbehandeling). De noodzaak voor een Publieke GGZ gericht op langetermijnweerbaarheidsbevordering, die opereert naast de DBC-productie-ggz, gericht op kortetermijnsymptoomreductie, is alom erkend, maar heeft van overheidswege nog geen vorm gekregen. Nederland kent een beginnende Publieke GGZ in de vorm van een netwerk van zogenaamde *eCommunities*, elk met een eigen *look and feel*, zodat mensen een lage drempel ervaren om zich te verbinden met anderen met soortgelijke psychische problemen. Voorbeelden zijn Proud2bme.nl, PsychoseNet.nl, Drugsinfoteam.nl, Dwang.eu en Dementie-web.nl. Deze eCommunities zijn ‘multideskundige’ initiatieven die jaarlijks miljoenen bezoekers trekken en in heel Nederland mensen bijstaan met psychisch lijden en het navigeren in het complexe ggz-landschap. eCommunities kunnen worden gezien als de voorhoede van een nieuwe Publieke GGZ. Een reservering van 0,08% in elke DBC die wordt afgesloten in de traditionele ggz is voldoende om te voorzien in een duurzame Publieke GGZ in de vorm van tien tot vijftien eCommunities.

Trefwoorden GGZ · eCommunities · netwerk · weerbaarheidsbevordering

‘Multi-expert’ eCommunities as the basis of a novel system of Public Mental Health

Abstract Significant mental suffering, at a yearly prevalence of 20–30%, represents a problem of public health proportion. Mental health services have a yearly capacity for around 6% of the population and lack incentive to balance level of need and level of care consumption at the population level, resulting in over- and undertreatment. The need for a public mental health initiative, focusing on community, information, resilience and self-management, operating alongside traditional mental health services focussing on ‘evidence-based’ symptom reduction, is widely acknowledged. We describe the early stages of a novel system of Public Mental Health in the Netherlands, represented by a growing number of networked ‘eCommunities’, each with its own ‘look and feel’, lowering the threshold for people to visit, connect, interact and learn about specific mental health problems. Examples of eCommunities are Proud2bme.nl, PsychoseNet.nl, Drugsinfoteam.nl, Dwang.eu and Dementieweb.nl. They are ‘multi-expert’ initiatives that assist millions of people each year in how to deal with mental problems. We calculate that a sustainable Public Mental Health initiative, represented by 10–15 eCommunities, can be maintained for less than 0.1% of the current mental health budget.

Keywords Mental health services · eCommunities · Network · Resilience

Inleiding

Het feit dat significant psychisch lijden een jaarprevalentie heeft van 20 tot 30% terwijl de capaciteit van de ggz, gebaseerd op het aantal behandelde mensen, ongeveer 6% bedraagt [1–3], wijst op de noodzaak om

Prof.dr. J. van Os (✉)
 Divisie Hersenen, UMC Utrecht, Utrecht, Nederland
j.j.vanos-2@umcutrecht.nl



Figuur 1 Analyse van de status quo van zorg en kennis in de Nederlandse ggz

Gereguleerde marktwerking	Professionele kennis in de ggz	Ervaringskennis in de ggz
DBC-productie die ten grondslag ligt aan het verdienmodel van een sectorale ggz Risico mismatch zorgbehoefte en zorgconsumptie (over- en onderbehandeling) Technische behandelingen maar weinig social holding van mensen met complexe zorgbehoeften Kostbare bureaucratische overhead met impact op hulpverleners en patiënten	<u>Traditionele wetenschap:</u> ggz toenemend gespecialiseerd, gericht op technische, diagnose-specifieke 'evidence-based' behandelingen in specifieke zorgpaden, gebenchmark op basis van symptoomreductie <u>Wetenschap in transitie:</u> -Symptomen niet specifiek (transdiagnostisch) -Behandelingen ook weinig specifiek en uitwisselbaar (het Dodo-effect) -Belang relatie en ritueel -Nodig: niet nieuwe behandelingen maar nieuwe inrichting ggz	<u>Wet werkt voor patiënten (CHIME-D-principes):</u> 1. Community 2. Verbondenheid 3. Hoop en optimisme 4. Gelijkwaardigheid 5. Zingeving en identiteit 6. Weerbaarheid 7. Narratieve ontwikkeling 8. Empowerment 9. Zelfmanagement 10. Presentie bij lijden

psychisch lijden te erkennen als een publiek gezondheidsprobleem met publieke aanpak [4], gericht op datgene waar mensen met psychisch lijden om vragen (volgens de zogenaamde CHIME-D-principes) [5, 6]: weerbaarheidsbevordering, *community* en verbinding, focus op zingeving en identiteit, empowerment, gelijkwaardigheid, hoop en optimisme, bijstaan in lijden, hulp bij narratieve ontwikkeling, toegankelijke informatie en zelfmanagement.

De noodzaak van een Publieke GGZ gericht op brede en toegankelijke informatievoorziening, weerbaarheidsbevordering en zelfmanagement, naast de ggz van een-op-een-zorg, meer specifiek gericht op ziekte en *evidence-based* symptoomreductie wordt algemeen erkend, maar is nog nergens in Europa concreet vormgegeven [4, 7, 8].

Publieke GGZ: voor het hele spectrum van psychisch lijden?

Een Publieke GGZ hoeft zich niet uitsluitend te richten op de groep met 'lichte' psychische klachten. Natuurlijk kan een publieke aanpak bijdragen aan herkenning en zelfmanagement van lichte klachten en voorkomen dat mensen onnodig in een ziekterol komen bij bijvoorbeeld zingevingsproblematiek of ingrijpende gebeurtenissen. Maar de mogelijkheid van de Publieke GGZ om te voorzien in de behoefte aan weerbaarheidsbevordering, informatie, community, verbinding, empowerment en zelfmanagement is net zo sterk, of vaak sterker, in de groep van mensen met ernstige psychische aandoeningen als bij mensen met lichte psychische klachten. Online eCommunities als PsychoseNet.nl en Proud2bme.nl worden vooral zo drukbezocht omdat ze voorzien in een behoefte aan belangeloze en kritische informatie, weerbaarheidsbevordering, verbinding en hulp bij het navigeren in het complexe ggz-landschap en de wereld van de informele hulpverlening [9]. Het kanaliseren van de behoefte aan informatie, communicatie en verbinding rond specifieke problemen over het hele spectrum van psychisch lijden, die een maatwerkoplossing vragen,

ongeacht of iemand al in zorg is, kan dus worden beschouwd als een taak van de Publieke GGZ.

Publieke GGZ vanuit een analyse van de status quo

Om tot een goede vormgeving van de Publieke GGZ te komen is het instructief om een korte analyse uit te voeren met betrekking tot de status quo rond (1) de inrichting van de ggz, (2) de stand van zaken van professionele kennis in de ggz en (3) de stand van zaken van ervaringskennis in de GGZ [10]. De analyse is samengevat in fig. 1.

Diagnosemodel in gereguleerde marktwerking

De inrichting van de ggz wordt gekenmerkt door een relatief geïsoleerd sectoraal bestaan – in het bijzonder gebrekkige integratie met het sociale domein valt op en wordt door patiënten, betrokkenen en hulpverleners als problematisch ervaren [11] – en een dynamiek van gereguleerde marktwerking. Marktwerking resulteert in economische bedrijvigheid in de behandelsector, die er echter niet op is gericht om tot een juiste afstemming te komen tussen zorgbehoefte en zorgconsumptie op populatieniveau. Onderzoek suggereert dat sturen op *value-based* resultaten, die de markt zouden moeten voorzien van ontbrekende prijs-kwaliteitinformatie, niet werkt als remedie hier-teen [10, 12]. De groeiende bureaucratie onder de gereguleerde marktwerking onttrekt niet alleen middelen aan de zorg [13], maar dreigt bij te dragen aan kwaliteitsverlies en beleving van zinloosheid bij zowel hulpverleners als patiënten [14]. Een ander gevolg van de marktwerking is dat in de ggz weliswaar veel technische behandelingen worden aangeboden die goed passen in het businessmodel waarin de markt opereert, maar dat er onvoldoende *social holding* kan worden geboden aan het groeiende cohort van mensen met complexe zorgbehoeften die moeite hebben om zich staande te houden in de gemeenschap. *Social holding* gaat over het aangaan van verbinding

PSYCHOSENET.NL

eSpreekuur

In het eSpreekuur kun je vragen stellen aan onze experts. We willen graag je vraag en ons antwoord op de website zetten, zodat andere mensen er ook wat aan kunnen hebben. Bekijk ook de eerdere vragen, wie weet staat het antwoord daar al tussen.

Stel hier (anoniem) je vraag aan één van onze experts.

Onze Experts



Waarom kan de GGZ iemand niet genezen verklaren als het goed gaat?	Reactieve psychose maar krijg alleen medicamenteuze les	Betekent geen ziekte-inszicht dat je dat nooit meer krijgt?
Antipsychotische medicatie (depoort) acuut gestopt - wat nu?	Heb lithium en seroquel - kan ik seroquel afbouwen?	hulp zoeken als je je vaak rot voelt?
Stabiel met medicatie - maar hoe lang medicatie nog?	toch lithium bij verminderde nierfunctie?	Heb ik een psychotische depressie gehad?
Wat is laagst mogelijk dosis zypresxa voor preventieve werking?	Combinatie van burnout en maagklachten - helpen antidepressiva?	Ik leef na trauma maar het is geen bestaan - wat nu?
oxazepam als zo nodig medicatie	Kan ik met een RM een buitenlandse reis maken?	Wat als er geen behandelplan is en alleen medicatie wordt gegeven?
Hersenbiologie en psychose	Wilt mijn gedrag veranderen, hoe doe ik dat?	switchen naar ander antipsychotikum?

Figuur 2 Online spreekuur van PsychoseNet.nl, een eCommunity



en het creëren van community bij patiënten met beperkingen die niet reageren op evidence-based behandelingen, om zowel hen als hun omgeving bij te staan in een zwaar leven. Social holding past niet in het evidence-based behandelperspectief en kan daarom niet worden geboden in de huidige ggz. Het is aan gemeenten om hierin te voorzien, onder de Wmo, maar in de praktijk ontbreken vaak de visie en expertise om hierin systematisch te voorzien, een enkel lichtend voorbeeld daargelaten (zie bijvoorbeeld Enik Recovery College in de gemeente Utrecht (www.enikrecoverycollege.nl)).

Kennisontwikkeling

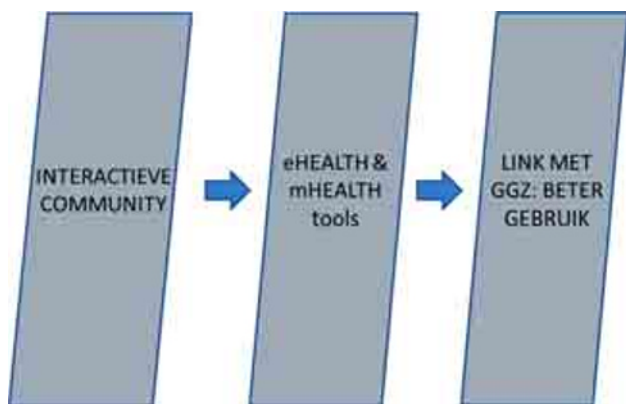
De kennisontwikkeling in de wetenschappelijke psychologie en psychiatrie van de afgelopen decennia was gebaseerd op het principe dat psychisch lijden bestaat in de vorm van specifieke diagnoses met specifieke symptomen waarvoor specifieke evidence-based behandelingen kunnen worden ontwikkeld, gericht op reductie van de symptomen van de ziekte in kwestie. Het evidence-based kennishuis dat hierop is gebaseerd heeft gemaakt dat de zorg in toenemende mate is gebaseerd op specialisatie van hulpverleners die zich in specifieke zorgpaden bezighouden met gespecialiseerde diagnostiek en technische behandelingen. Het existentiële domein kwam in de ontwikkeling van de technische evidence-based ggz op de achtergrond te staan. Daarbij gaat het over weerbaarheidsbevordering in de vorm van narratieve ontwikkeling na psychische grenssituaties, het zoeken naar identiteit en het ontwikkelen van nieuwe doelen in de fase van herstel, en de ervaring van verbinding en positieve stemming in het dagelijkse leven [15]. Het domein van de wetenschappelijke beroepen in de ggz werd echter beperkt tot symptoomreductie, resulterend in relatieve taal- en handelingsverlegenheid met betrekking tot de existentiële vraagstukken die patiënten ervaren in het kader van het proces

van persoonlijk herstel [16]. Een herevaluatie van wetenschappelijke data, in het kader van nieuwe bewegingen in de wetenschap zoals *open science*, *meta-research* en *science in transition*, toont echter aan dat symptomen van psychisch lijden voor een belangrijk deel transdiagnostisch zijn, dat behandelingen eveneens weinig specifiek zijn en dat herstellen van psychisch lijden het best kan worden gezien als een proces van langetermijnweerbaarheidsbevordering, dat niet ondergeschikt kan worden gemaakt aan kortetermijnsymptoombestrijding [17]. Tevens blijkt dat voor de meeste psychische aandoeningen technische en niet-technische behandelingen veelal equivalente effecten hebben, die voor een belangrijk deel worden gemedieerd door de kwaliteit van de relatie met de hulpverlener, de impact van het therapeutisch ritueel en de kracht van het delen van het verhaal met een empathische ander [17]. Een andere observatie is dat wetenschappelijke analyse van de ervaringskennis van de afgelopen decennia aantoont dat wat patiënten belangrijk vinden in het kader van hun herstel niet principaal te maken heeft met specifieke diagnostiek en een technische 'evidence-based' behandeling, maar met factoren als verbinding, community, hoop en optimisme, narratieve ontwikkeling, zingeving en identiteit, bijstaan in lijden, empowerment en hulp bij zelfmanagement – kortom het proces van langetermijnweerbaarheidsontwikkeling [5, 6].

Professionele kennis en ervaringskennis lijken dus te convergeren naar een concept van psychisch lijden dat in belangrijke mate transdiagnostisch van aard is en het beste kan worden benaderd vanuit een therapeutisch kader dat zich richt op generische langetermijnweerbaarheidsbevordering en existentiële uitkomsten, naast kortetermijnsymptoomreductie in het diagnose-richtlijnmodel. Vanwege de inrichting van de huidige ggz als DBC-productie rond technische behandelprotocollen van specifiek diagnosticeerbare ziekten kan niet worden verwacht dat hier op korte termijn een andere manier van werken kan worden geïntroduceerd. Een nieuw op te richten Publieke GGZ kan echter grotendeels rond het nieuwe principe van weerbaarheidsbevordering worden georganiseerd en daarmee een belangrijke aanjager worden van de verdere ontwikkeling van de ggz in deze richting.

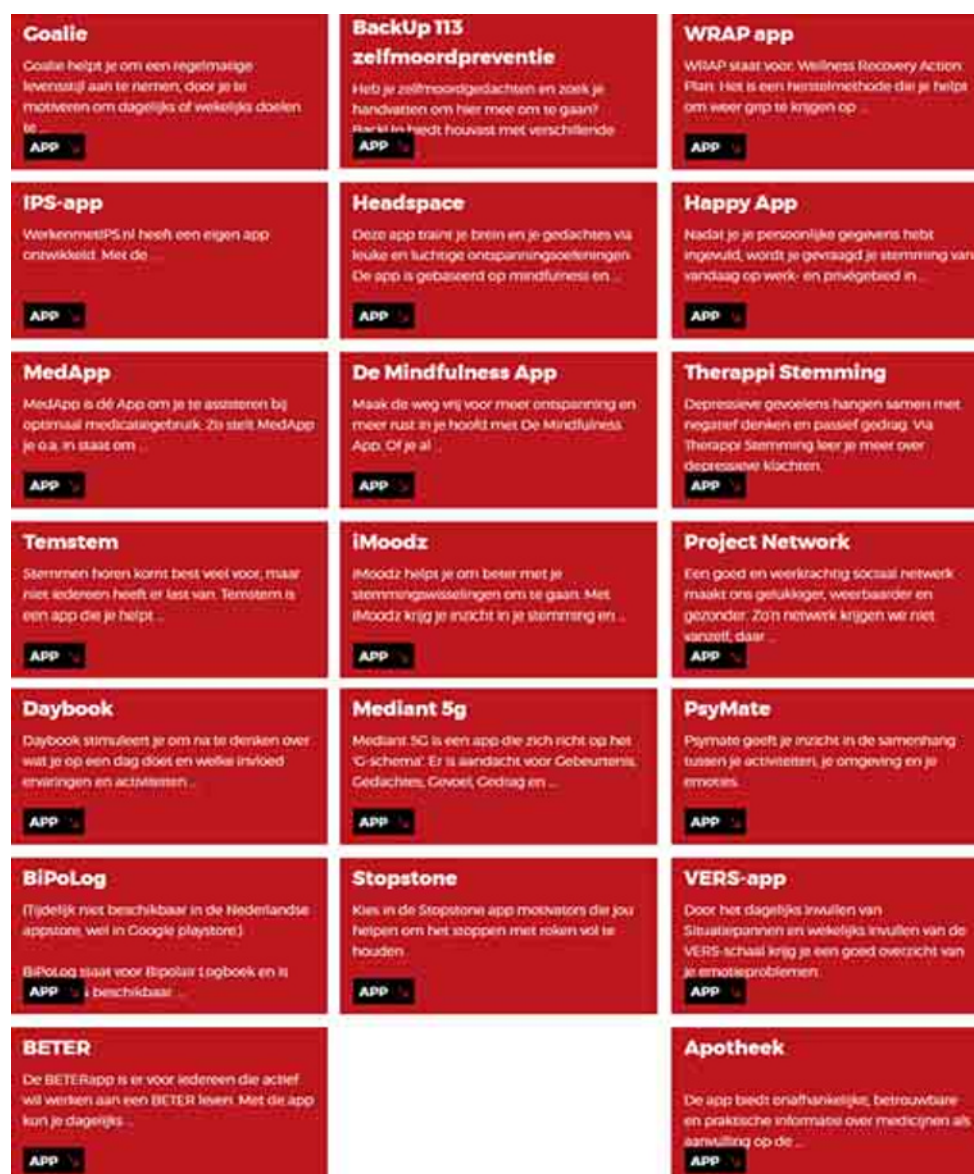
eCommunities als onderlegger van de Publieke GGZ

In de schaduw van de traditionele een-op-een-ggz zijn er in Nederland de laatste vijf tot tien jaar publieke vormen van ggz ontstaan die werken volgens het principe van verbinding en langetermijnweerbaarheidsbevordering. Deze hebben de vorm aangenomen van online eCommunities. Voorbeelden daarvan zijn Proud2bme.nl, PsychoseNet.nl, Dementieweb.nl, Dwang.eu en Drugsinfoteam.nl, die tezamen jaarlijks ongeveer 5 miljoen bezoekers trekken volgens een publiek ggz-model. Ze zijn georganiseerd als



Figuur 3 Principe van Publieke GGZ: een interactieve eCommunity met daarachter een gratis toegankelijke, *consumer-driven* markt van e-/m-health-tools en links naar de een-op-een-ggz in de vorm van zorgkaarten, online spreekuur en hulp bij het navigeren binnen de ggz

Figuur 4 E-health/m-health 'markt' bij PsychoseNet.nl, een Nederlandse eCommunity



‘multideskundige’, online ontmoetingsplekken waar patiënten en betrokkenen terecht kunnen voor informatie, duiding van klachten, online consultatie met experts, onderlinge interacties via fora, chatrooms en chatbots, zelfmanagementstrategieën, kritische multideskundige informatie over de staat van de wetenschap rond traditionele en niet traditionele behandelingen, het belang van persoonlijk herstel in de zin van herstel van zingeving en wegen naar sociaal herstel (zie fig. 2).

Ook is er uitgebreide informatie over het navigeren in traditionele en niet-traditionele hulpverlening in en buiten de ggz. De meeste eCommunities bieden ook toegang tot een bescheiden markt van gratis toegankelijke e-health/m-health (zie fig. 3 en 4).

Het aanleggen van alleen een online markt met e-health/m-health *zonder* eCommunities, zoals soms wordt voorgesteld als principale onderlegger van een Publieke GGZ, draagt het risico van weinig gebruik.

Onderzoek toont aan dat (e-health-)zelfmanagement van psychisch klachten de meeste kans van slagen heeft als deze plaatsvindt in het kader van een relatie met anderen [18, 19]. Een belangrijke functie van de eCommunity is dan ook dat deze mensen aanmoedigt elkaar bij te staan en te begeleiden bij het kiezen en gebruiken van specifieke e-health/m-health tools, gegeven bepaalde klachten (zie fig. 4).

Duurzame financiering van een Publieke GGZ

De bestaande eCommunities zijn momenteel afhankelijk van enkele gedreven personen, vaak een combinatie van een hulpverlener en een ervaringsdeskundige, die met een tot twee fte basisondersteuning vanuit een ggz-instelling of universiteit elk jaar de benodigde subsidies werven bij stichtingen, particulieren, zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland (dat sinds enkele jaren kleine subsidies voor ano-

nieme e-health uitreikt). Hun voortbestaan is van jaar tot jaar onzeker, maar de bezoekersaantallen zijn groeiende – momenteel meer dan 5 miljoen bezoekers per jaar. Net zoals thuisarts.nl een succes bleek als een disruptieve vorm van publieke geneeskunde, met 12% reductie van een-op-een-huisartsconsultaties voor simpele problemen [20], dient de impact van de verzamelde eCommunities verder in kaart te worden gebracht en gemaximaliseerd.

eCommunities hebben publieke middelen nodig om de miljoenen jaarlijkse bezoekers te kunnen blijven bedienen en hun effecten in kaart te brengen. Gemiddeld gaat het jaarlijks om vier fte en 100.000 euro exploitatie per eCommunity, oftewel een budget van minder dan 5 miljoen euro per jaar voor de naar schatting tien tot vijftien eCommunities die nodig zijn als onderlegger van de Publieke GGZ. Dit komt neer op ongeveer 0,08% van het budget dat momenteel in de ggz omgaat. Meerdere zorgverzekeraars hebben naar manieren gezocht om eCommunities te ondersteunen, maar ze stuiten allemaal op het bezwaar dat de huidige Zorgverzekeringswet anonieme hulp niet toestaat. Een mogelijke oplossing is wetgeving die voorziet in een basisreservering van 0,08% voor Publieke GGZ in elke DBC in de ggz. Ook de verdere ontwikkeling van publieke e-health en m-health tools kan op deze wijze worden gefinancierd, om vervolgens gratis ter beschikking te worden gesteld via de eCommunities. In onze ervaring zijn vooral consumer-driven e-health en m-health noodzakelijk. Simpele tools, ontwikkeld door ervaringsdeskundigen, zouden dan kunnen rekenen op een groot bereik.

Conclusie

Hoewel verder onderzoek naar impact en gebruik noodzakelijk is, vormt het groeiende aantal eCommunities een aantrekkelijke basis voor een nieuwe Publieke GGZ. Deze kan bij duurzame financiering een belangrijke impuls geven aan een betere verhouding tussen de vraag naar brede weerbaarheidsbevordering enerzijds en specialistische symptoomreductie anderzijds, als antwoord op gedistribueerd psychisch lijden in de samenleving.

Literatuur

1. Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1997;141:2453–60.
2. Graaf R de, Have M ten, Gool C van, et al. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschr Psychiatr.* 2012;54:27–38.
3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:617–27.
4. Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry.* 2015;14:36–42.
5. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011;199:445–52.
6. Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *J Ment Health.* 2016;26(3):291–304. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056>.
7. Forsman AK, Wahlbeck K, Aaro LE, et al. Research priorities for public mental health in Europe: recommendations of the ROAMER project. *Eur J Public Health.* 2015;25:249–54.
8. Lamb HR. Improving our public mental health systems. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46:743–4.
9. Aardoom JJ, Dingemans AE, Boogaard LH, et al. Internet and patient empowerment in individuals with symptoms of an eating disorder: a cross-sectional investigation of a pro-recovery focused e-community. *Eat Behav.* 2014;15(3):350–6.
10. Os J van, Delespaul P. Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en co-creatie aan de voorkant. *Tijdschr Psychiatr.* 2018;60:96–104.
11. Rooijen S van, Knispel A, Hoof F van, et al. Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
12. Bonfrer I, Figueroa JF, Zheng J, et al. Impact of financial incentives on early and late adopters among US hospitals: observational study. *BMJ.* 2018;360:j5622.
13. GGZ Nederland. Het roer moet om: onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg. Amersfoort: GGZ Nederland; 2017.
14. Sambeek N van, Tonkens E, Bröer C. Sluipend kwaliteitsverlies in de geestelijke gezondheidszorg. Professionals over de gevolgen van marktwerking. *Beleid Maatsch.* 2011;38(1):47–64.
15. Rutten BP, Hammels C, Geschwind N, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;128:3–20.
16. Lelivelt A, Os J van. Levensbeëindiging in de GGZ: behoefte aan palliatieve psychiatrie op existentiële grondslag. 2018.
17. Delespaul P, Milo M, Schalken F, et al. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie. Amsterdam: Diagnosis Uitgevers; 2016.
18. Verhoeks C, Teunissen D, Stelt-Steenbergen A van der, et al. Women's expectations and experiences regarding e-health treatment: a systematic review. *Health Informatics J.* 2017; <https://doi.org/10.1177/1460458217720394>.
19. Smeets O, Abello MK, Zijlstra-Vlasveld M, et al. E-health in de GGZ: hoe staat het daar nu mee? *Ned Tijdschr Geneesk.* 2014;158:A8589.
20. Spoelman WA, Bonten TN, Waal MW de, et al. Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. *BMJ Open.* 2016;6(11):e13166.



Implementatie van opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020

Wijkverpleegkundige thema's in de opleidingen hbo-verpleegkunde

Margriet van Iersel · Corine H. M. Latour · Rien de Vos · Paul A. Kirschner · Wilma J. M. Scholte Op Reimer

Published online: 9 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Inleiding

De verpleegkundige zorgverlening verschuift steeds meer naar zorg in de gemeenschap aan oudere patiënten met complexe gezondheidsproblemen, die tot op hoge leeftijd thuis blijven wonen. Door kwalitatief goede zorg te bieden, moeten huidige en toekomstige wijkverpleegkundigen bevorderen dat patiënten zich langduriger in hun eigen omgeving kunnen handhaven [1]. Hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen vervullen een spilfunctie door de autonome positie die hen door de overheid wordt toegekend, onder meer met de bevoegdheid tot het zelfstandig indiceren van zorg [2]. De Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), en met haar de overheid, stelt echter dat er een landelijk tekort is aan goed opgeleide wijkverpleegkundigen. Hoewel de Tweede Kamer eind 2008 in de motie Hamer al verzocht geld beschikbaar te stellen voor uitbreiding van het aantal hbo-wijkverpleegkundigen, is de verwachting dat het tekort al in 2019 zal oplopen tot

minimaal 2.200 wijkverpleegkundigen [3]. Om dit probleem het hoofd te bieden heeft de HBO-raad in 2013 een advies geformuleerd tot vernieuwing van curricula voor verpleegkundeopleidingen [4]. Deze waren overwegend op ziekenhuiszorg gericht, waardoor studenten zich tijdens hun opleiding nauwelijks op wijkverpleegkunde oriënteerden. Zeventien Nederlandse opleidingen tot verpleegkundige (Bachelor of Science) hebben vervolgens het opleidingsprofiel Bachelor of Nursing 2020 (BN2020) ontwikkeld, waarin het wijkverpleegkundig expertisegeraad meer op de voorgrond staat [5]. Opleidingen herontwerpen hun curricula vanuit dit profiel met de ruimte om eigen accenten te leggen, bijvoorbeeld vanuit hun onderwijsvisie. De eerste studenten die met dit profiel afstuderen betreden de arbeidsmarkt medio 2018.

Deze ontwikkelingen vinden echter plaats in het licht dat veel studenten het algemeen ziekenhuis als de meest wenselijke omgeving voor hun toekomstige beroep zien, en de beeldvorming over wijkverpleegkunde is over het algemeen weinig positief. Ruim 70% van de eerstejaars hbo-v-studenten geeft de voorkeur aan een stage in het ziekenhuis; slechts 5,4% kiest voor de wijk [6]. Studenten verwachten bij een stage in de wijk vooral laag-complexe zorg met een meer begeleidend karakter aan chronisch zieken en ouderen te verlenen, wat zij als weinig uitdagend beschouwen. De negatieve beeldvorming van wijkverpleegkunde kan samenhangen met onbekendheid met deze verpleegkundige rol en het dominante beroepsbeeld van de verpleegkundige in het ziekenhuis. Het opleidingsprofiel BN2020, met meer elementen van wijkverpleegkunde, beoogt hierin verandering te brengen.

In opdracht van ZonMw is geïnventariseerd op welke wijze wijkverpleegkundige elementen uit het opleidingsprofiel in de curricula geïmplementeerd zijn. Vertegenwoordigers van alle zeventien eerdergenoemde opleidingen vulden hiervoor een vragenlijst

M. van Iersel (✉) · C. H. M. Latour · W. J. M. Scholte Op Reimer
 Kenniscentrum ACHIEVE, Faculteit Gezondheid,
 Hogeschool van Amsterdam, Amsterdam, Nederland
m.van.iersel@hva.nl

R. de Vos
 Centre of Evidence Based Education, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, Nederland

P. A. Kirschner
 Open Universiteit, Heerlen, Nederland

W. J. M. Scholte Op Reimer
 Divisie Cardiologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, Nederland

P. A. Kirschner
 Universiteit van Oulu, Oulu, Finland



in en er zijn vijf verdiepende interviews gevoerd met docenten die een spilfunctie vervullen bij het ontwerpproces. Ten slotte hebben de onderzoekers iedere opleiding uitgenodigd om een geselecteerd praktisch voorbeeld te presenteren. De informatie werd gebundeld in het rapport *Aandacht voor de wijk in de opleidingen hbo-verpleegkunde: inventarisatie van interventies* [7].

Visie van opleidingen op het stimuleren van wijkverpleegkunde

De maatschappelijke veranderingen en ontwikkelingen in de gezondheidszorg brengen met zich mee dat hbo-verpleegkundigen op alle gebieden van de gezondheidszorg inzetbaar moeten zijn. Daarnaast zal er meer vraag zijn naar goed opgeleide wijkverpleegkundigen. Het opleidingsprofiel BN2020 sluit hierop aan met een keuze voor generalistisch opleiden. Doordat de competenties in het profiel meer elementen van wijkverpleegkunde bevatten en er veel aandacht is voor ketenzorg is het profiel op zichzelf een stimulans voor de wijkverpleegkunde.

De keuze voor generalistisch opleiden heeft echter wel tot gevolg dat niet alle opleidingen het passend vinden om wijkverpleegkunde aan studenten extra voor het voetlicht te brengen. Zij kiezen ervoor studenten te ondersteunen bij de oriëntatie op verschillende werkvelden, maar er geen invloed op uit te oefenen. In dat geval worden studenten bij alle stages tijdens de opleiding geplaatst en wordt hierbij een spreiding van werkvelden nagestreefd. Andere opleidingen bieden een voorkeurstage in het laatste opleidingsjaar. Zij presenteren wijkverpleegkunde nadrukkelijker in de eerste jaren van de opleiding, om te stimuleren dat studenten kiezen voor een voorkeurstage in de wijk aan het einde van de opleiding. Dit doen zij mede in het licht van de tekorten op de arbeidsmarkt.

Implementatie van binnenschoolse interventies

De wijkverpleegkundige thema's in het opleidingsprofiel richten zich op competenties voor verpleegkundige zorgverlening aan mensen die thuis wonen en complexe zorgvragen hebben. Centraal staat het adequaat klinisch redeneren in complexe situaties met multimorbiditeit, waarbij evidence-based practice wordt ingezet ter verantwoording van keuzen en bij het indiceren van zorg. Het verpleegkundig klinisch redeneren is hiermee nog belangrijker geworden dan het al was en heeft dan ook een centrale plaats in de curricula. Andere nieuwe thema's in de opleidingen zijn het bevorderen van zelfmanagement in samenwerking met het sociale netwerk van de cliënt, wijkgerichte preventie, gezamenlijke besluitvorming, zorgtechnologie, klinisch leiderschap en ondernemerschap.

De opleidingen verwerken deze thema's met de presentatie van een breed palet aan patiëntproblemen,

met de 'kritische beroepssituaties' uit BN2020 in meer of mindere mate als uitgangspunt. Extramurale zorg staat in de nieuwe curricula soms dermate centraal dat de thuissituatie van de cliënt als uitgangspunt genomen wordt, en een opname of verblijf in een instelling als tijdelijk wordt beschouwd. Ketenzorg krijgt in het algemeen veel aandacht. Veel casuïstiek is in alle opleidingsjaren gericht op werken in de wijk.

Projectonderwijs is ingericht vanuit realistische vraagstukken van opdrachtgevers uit thuiszorgorganisaties. Praktijklokalen voor onderwijs in verpleegtechnische vaardigheden zijn deels heringericht met het oog op de zorgverlening bij mensen thuis, terwijl deze er voorheen uitzagen als een ziekenhuisomgeving. Er zijn cursussen ontwikkeld die een specifiek thema behandelen, bijvoorbeeld 'gezamenlijke besluitvorming' bij communicatieve vaardigheden. Het doen van onderzoek op basis van een onderzoeksvraag uit de wijk kan deel uitmaken van het afstuderen. Indien lectoraten samenwerken met wijkzorgorganisaties worden thema's via deze weg in de curricula opgenomen, bijvoorbeeld 'familiegericht of contextueel werken'.

Opleidingen bieden ook wijkgerichte minors aan in de vorm van themaonderwijs voor een semester in het derde of vierde jaar: 'Welzijn nieuwe stijl: werken in sociale wijkteams', 'Growing older: designing your own future', 'Samenwerken in de wijk', en 'Complexe wijkverpleegkundige zorg'. Andere minors behandelen extramurale zorg breder met een combinatie van wijkverpleegkunde, GGZ/FACT-team en ouderen. Er zijn daarnaast vele voorbeelden te geven van minors die een raakvlak hebben met wijkverpleegkunde: 'On-cologische zorg', 'Patiëntparticipatie', 'Geriatric en gerontologie', 'Sociale psychiatrie', 'Gezonde School en de Wijk', en 'Happy & Healthy Aging'. Studenten kunnen een minor kiezen die wordt aangeboden bij een andere opleiding, wat veel ruimte biedt voor een eigen voorkeur.

Kwaliteit van stages en opleidingsvarianten in samenwerking met thuiszorgorganisaties

De opleidingen voeren structureel overleg met thuiszorgorganisaties om gezamenlijk te werken aan de kwaliteit en kwantiteit van stageplaatsen. Bij de stage-routing besteden veel scholen extra aandacht aan de wijk: ze streven ernaar alle voltijdstudenten minimaal eenmalig een wijkstage te bieden. Docenten met een achtergrond in de wijk of met een combinatiefunctie docent/wijkverpleegkundige worden ingezet om bekendheid te geven aan wat studenten bij een wijkstage kunnen verwachten. Andere interventies, bedoeld om studenten te motiveren voor een stage in de wijk, zijn het deelnemen aan praktijkleerteams en leernetwerken, het uitnodigen van gastsprekers en het organiseren van een themaweek wijkverpleegkunde/*community care* of een beroepenmarkt.

De opleidingen verpleegkunde werken samen met ROC's en thuiszorginstellingen in *learning communi-*

ties/leernetwerken met het doel kennis te bundelen en verder te ontwikkelen en daarmee de professionaliteit van de scholen en de wijkteams te verbeteren [8]. Docenten, wijkverpleegkundigen en soms verzorgenden en studenten werken samen aan het behalen van eigen en gezamenlijke doelen. Dit doen zij door kennisuitwisseling, het doen van onderzoek, en door rolwisseling: docenten lopen gedurende enkele weken stage in de wijk en komen zo in contact met de actuele vraagstukken uit de beroepspraktijk.

Wijkverpleegkundigen werken als gastdocent, presenteren actuele casuïstiek aan studenten en geven onderwijs over thema's uit hun beroep: interculturele of palliatieve zorg, zorgdomotica, jeugdzorg, casemanagement, kwaliteitszorg in de wijk, gezondheidsvoorlichting en het OMAHA-classificatiesysteem.

Met het mbo worden afspraken gemaakt om doorstroom naar het hbo te bevorderen. Vrijstelling van het propedeusejaar is standaard. Ook worden vrijstellingen in het verdere programma verleend gebaseerd op inhoudelijke vergelijkingen van de curricula en 'zorg op maat'. De meeste hogescholen kennen daarnaast een duale en/of deeltijdvariant met studenten die werkzaam zijn bij thuiszorgorganisaties. Duale en deeltijddopleidingen zijn gebaseerd op het opleidingsprofiel van de voltijdsopleiding, met dezelfde rollen, competenties en eindtermen, en dus dezelfde aandacht voor wijkverpleegkunde.

Beschouwing

Hoewel de wijze waarop de opleidingen hbo-verpleegkunde uitvoering geven aan het nieuwe opleidingsprofiel BN2020 uiteenloopt, heeft de implementatie geleid tot een palet aan initiatieven die meer aandacht voor wijkverpleegkunde bij studenten genereren. Kennisgebieden die samenhangen met extramuraal werken hebben een plaats in het binnenschoolse onderwijs, en de uitwisseling van mensen en expertise tussen hogescholen en thuiszorgorganisaties is versterkt, waarbij deze samenwerking ook gericht is op meer en betere stageplaatsen. Op grond van de huidige ontwikkelingen en inzichten over wat er nodig is zijn er twee gebieden die extra aandacht behoeven vanwege de kansen op verdere versterking. Dit betreft enerzijds de beeldvorming van studenten over de wijkverpleegkunde, en anderzijds de kwaliteit en kwantiteit van wijkstages.

Wanneer studenten starten met hun opleiding is de beeldvorming over de rol van de wijkverpleegkundige beperkt en strookt deze niet geheel met de realiteit. Veel studenten zien het instrumenteel-verpleegtechnisch handelen in de medische omgeving van het ziekenhuis als 'echte verpleegkunde'. Het type complexiteit dat zich voordoet in de wisselende werkomstandigheden in de wijk, zoals het ondersteunen van zelfmanagement in samenwerking met de cliënt en zijn mantelzorgers, is hun minder bekend. Thuiszorg komt daarnaast in algemene zin af en toe negatief in

de media, terwijl de uitdagende nieuwe rol van de wijkverpleegkundige onderbelicht blijft. Hierdoor realiseren beginnende studenten zich niet volledig wat wijkverpleegkunde te bieden heeft, en het vergroten van kennis hierover biedt kansen aan opleidingen en het werkveld.

Dan is het echter wel belangrijk dat studenten het beeld dat het theoretisch curriculum weerspiegelt ook terugzien bij een wijkstage. Een stage is voor hen een bepalende factor bij de beroepsoriëntatie en daarom is het consolideren en creëren van kwalitatief goede stageplaatsen cruciaal. Deze stageplaatsen bieden een warm welkom aan studenten, met tijd voor begeleiding in een passende mix van steun bieden en vrijlaten, uitgevoerd door gemotiveerde en bekwame wijkverpleegkundigen die de studenten letterlijk en figuurlijk meenemen in alle facetten van het beroep. De tekorten op de arbeidsmarkt zetten dit beeld onder druk, zowel wat benodigde tijd als het juiste rolmodel betreft. Er kan hierdoor een vicieuze cirkel ontstaan: de kans dat studenten het beeld modificeren door een positieve stage-ervaring neemt af, met het risico dat zij afhaken.

Opleidingen stellen dat het nieuwe opleidingsprofiel BN2020 leidt tot een grotere doorstroom van mbo-opgeleide verpleegkundigen in de wijk naar het hbo-niveau, doordat de opleiding nu beter aansluit op wat van verpleegkundigen in de beroepspraktijk wordt gevraagd. De reguliere hbo-v-studenten zitten in het tweede opleidingsjaar van het nieuwe curriculum en hebben nog geen uitgesproken voorkeur voor een werkveld. Hierdoor is het onduidelijk of er over twee jaar sprake zal zijn van een vergrote uitstroom van jong-afgestudeerden naar de wijk. Dat neemt niet weg dat, gezien de diversiteit aan positieve initiatieven, de implementatie als geslaagd op te vatten is. De ontwikkeling is uiteraard nog maar betrekkelijk kort geleden ingezet en vraagt meer tijd. De beweging is echter duidelijk, is niet los te zien van maatschappelijke ontwikkelingen en zal dan ook doorgaan na 2020, met een hechte samenwerking tussen hogescholen en thuiszorginstellingen als belangrijke voorwaarde.

Literatuur

1. Bont M de, Schoonhoven K van, Haastert C van, et al. Rapport Versterken Verpleging Thuis. Utrecht: Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland; 2012.
2. Putter ID de, Francke AL, Veer AJE de, et al. Rapport Kennissynthese: de wijkverpleegkundige van vandaag en morgen. Utrecht: NIVEL; 2014.
3. Bloemendaal I, Essen G van, Kramer S, et al. Rapport Vraag en aanbod van wijkverpleegkundigen 2015–2019. Den Haag: Rijksoverheid; 2015.
4. HBO-raad. Rapport Voortrekkers in verandering: zorg en opleidingen, partners in innovatie; advies van de verkenningcommissie hbo-gezondheidszorg. Den Haag: HBO-raad; 2013.
5. Lambregts J, Grotendorst A, van Merwijk C, redactie. Bachelor of Nursing 2020; een toekomstbestendig opleidingspro-

- fiel. Rotterdam: Bureau Lambregts/Stuurgroep Bachelor of Nursing 2020;2015.
6. Iersel M van, Latour C, Vos R de, et al. Perceptions of community care and placement preferences in first-year nursing students: a multicentre, cross-sectional study. *Nurse Educ Today*. 2018;60:92–7.
 7. Iersel M van, Zandvliet J. Aandacht voor de wijk in de opleidingen hbo-verpleegkunde: inventarisatie van interventies. Den Haag: ZonMw; 2018.
 8. Verkleij KAM, Francke AL. Landelijke monitor en evaluatie van leernetwerken wijkverpleging. Rapportage over de periode eind 2015 tot medio 2017. Utrecht: NIVEL; 2017.



NCOG-congres

120 jaar gezondheidsverschillen: doen we het goed(e)?

Corinne Hinlopen

Published online: 9 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Gezondheidsverschillen zijn hardnekkig, ongewenst en – naar men hoopt – vermijdbaar. Met verschillende theoretische kaders proberen we ze te verklaren, om aangrijpingspunten voor verandering te kunnen aanwijzen. Wat schieten we daarmee op? Hebben de vele onderzoeken en grootschalige interventies geholpen? Of gaat het toch vooral om lef op microniveau en om de politieke dimensie?

De NCOG-lezing 2017 – op 8 november 2017 door PHned georganiseerd – behandelde een klassiek NCOG-thema: gezondheidsverschillen. Ook de beginperiode van de NCOG (zie het kader) kende schrijnende ongelijkheden in de Nederlandse samenleving. Meer dan honderd jaar later zijn die er nog steeds, in feite zelfs groter dan ooit. Het is dus gerechtvaardigd om te vragen: doen we genoeg om ze te verkleinen? Begrijpen we ze goed genoeg? Het thema van de lezing was dan ook: ‘Gezondheidsverschillen: dekt sociaaleconomisch nog de lading?’ Centraal stond de publicatie uit 2014 van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), *Verskil in Nederland*, met een nieuw verklaringsmodel [1].

Hulpbronnen

Aan Cok Vrooman van het SCP de eer om dit nieuwe model te introduceren. Eerst haalt hij het gangbare sociaaleconomische verklaringsmodel voor gezondheidsverschillen (SEGV) en varianten, zoals de Fundamental Cause Theory van Link & Phelan in herinnering [2]. Daarin beïnvloedt de sociaaleconomische positie van een individu enkele intermediaire factoren (zoals woonomgeving en toegang tot zorg), die op hun beurt de gezondheidsstatus van dat in-

dividu (grotendeels) bepalen. In dit model zitten een causatiemechanisme (sociaaleconomische positie is bepalend voor de gezondheidsstatus) en een selectiemechanisme (gezondheid is bepalend voor de sociaaleconomische positie). Vrooman ziet enkele belangrijke tekortkomingen in dit model: de sociaaleconomische positie is een eerste oorzaak die zelf niet verklaard wordt; verandering is vrijwel onmogelijk; actoren worden gezien als willoos slachtoffer van de sociale structuur; en de instituties doen er niet toe.

Het model van het SCP heeft deze nadelen niet. Het model baseert zich op gegevens van het SCP-onderzoek uit 2014 en onderscheidt vier soorten kapitaal die van invloed zijn op de gezondheidsstatus: sociaal kapitaal (netwerken voor sociale en instrumentele steun), cultureel kapitaal (zoals taal, communicatie, voorkeuren, reputatie), economisch kapitaal (opleiding, beroep, inkomen, vermogen) en, speciaal door Vrooman ingeplugd: persoonskapitaal. Dit persoonskapitaal bestaat uit verschillende componenten: fysiek (subjectieve gezondheid), mentaal (zelfvertrouwen, zelfbeeld), esthetisch (inschatting eigen uiterlijk en inschatting van het oordeel van anderen) en mate van overgewicht. Vrooman noemt dit het hulpbronnenmodel.

Dynamiek

Vrooman ziet in de hulpbronnenbenadering belangrijke voordelen ten opzichte van de SEGV-benadering. Er zijn meerdere oorzakelijke verbanden, waardoor er meer mogelijkheden zijn om te interveniëren. Causaliteit is een open vraag en niet lineair of deterministisch. Gezondheid is meer dan alleen het fysieke. Kapitaalvoorraden kunnen veranderen in de loop van de tijd, waardoor het model veel dynamischer is. Mensen kunnen zelf investeren in de verschillende hulpbronnen, waardoor zij geen slachtoffer zijn van de omstan-

C. Hinlopen (✉)
 Wemos, Amsterdam, Nederland
corinne.hinlopen@gmail.com



digheden en meer mogelijkheden tot *agency* hebben. Een belangrijk nadeel is wel dat de causale puzzel een stuk ingewikkelder is dan bij het SEGV-model.

Martine Bouman (wetenschappelijk directeur van het Centrum Media & Gezondheid en bijzonder hoogleraar aan de Erasmus Universiteit) mag als eerste reflecteren. Zij adresseert niet zozeer het hulpbronnenmodel, maar iets veel fundamentele: het onderzoek waarop veronderstelde causatiemechanismen, groepsindelingen en interventies gebaseerd worden. Dit onderzoek wordt gedaan door hoogopgeleide, academisch geschoolde personen in comfortabele posities. Zij gaan methodologisch verantwoord, snel en efficiënt te werk, en streven naar significante antwoorden op de onderzoeksvragen. Maar, beargumenteert Bouman, onderzoekers vragen naar de dingen die zij willen weten, in plaats van de respondenten te laten vertellen wat die kwijt willen. Zo'n opzet is volgens Bouman *designed to fail*, en die ontwerpfouten zijn wat haar betreft dan ook medeverantwoordelijk voor het feit dat er zo bar weinig is veranderd in de gezondheidsverschillen in Nederland: de informatie uit dergelijk onderzoek is vaak niet representatief voor de doelgroep en daardoor ongeschikt voor het ontwerpen van effectieve interventies in de praktijk.

Contact

Een van haar eigen onderzoekslijnen richt zich op de waarde van de *positive deviants*, de positieve uitzonderingen in gedrag, gezondheid en sociale mobiliteit, de *outliers* in de normaalcurve. Hoe doen ze dat en wat kunnen we daarvan leren? Wat zij ziet is dat deze mensen steun en aanmoediging kregen van misschien maar één belangrijke persoon in hun leven – een leeraar, een sociaal werker, een buurvrouw. Daarvoor zijn geen dure experts en interventies nodig. Haar oproep aan alle public health-professionals is dan ook om buiten de geijkte kaders te denken én te handelen. Denk dwars, zoek contact met degenen om wie het gaat, luister naar hun verhalen, kijk vooral goed naar de positieve uitzonderingen. 'Moeilijk bereikbare doelgroepen bestaan niet', citeert zij Niels Röling, met wie zij tijdens haar promotieonderzoek in Wageningen veel samenwerkte.

Dike van de Mheen (voorzitter van Tranzo, het wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn aan de Tilburg University) vraagt zich af of het hulpbronnenmodel echt anders is dan het traditionele SEGV-model. Het schema met verbanden is in beide modellen heel complex. In het hulpbronnenmodel staan veel onveranderbare variabelen. De intermediaire factoren komen zeer overeen. Waar Vrooman stelt dat er niets is verbeterd in de gezondheidsverschillen in Nederland omdat de analyse of het sociaaleconomische model niet deugde, stelt Van de Mheen dat de geringe voortgang te wijten is aan het feit dat we geen goede interventies hebben weten te ontwerpen. We moeten beter bereik realiseren met interventies op maat.

Micro-gedrag

Barend Middelkoop (hoogleraar Sociale Geneeskunde aan de Leiden Universiteit en epidemioloog bij GGD Haaglanden) bestrijdt vooral de notie dat onze interventies geen effect hebben. Als voorbeeld haalt hij de gezondheidsdialoog aan, waarin mensen in de wijk zelf aangeven welke gezondheidsgerelateerde problemen zij ervaren [3]. Deze blijken dezelfde te zijn als die door de professionals worden gesignaleerd, alleen in een andere volgorde van belangrijkheid: stress, voeding en (gebrek aan) bewegen, waarin stress met stip bovenaan staat. Hij vertelt het verhaal van een Turkse man, die na ontslag werkloos raakte en kampte met allesverterende boosheid en frustratie over de onrechtvaardigheid die hem was overkomen. De huisarts heeft hem weten te overtuigen naar een psycholoog te gaan – in de Turkse gemeenschap bijna een *no-go*, dus dat was heel knap. Die psychologische interventie heeft de man wel degelijk geholpen. Net als bij de positieve uitzonderingen van Bouman was hier geen sprake van een grootschalige interventie die op collectief niveau stress bestrijdt, maar van microgedrag van een individuele zorgverlener, die binnen het eigen mandaat doet wat nodig is.

Maria van den Muijsenbergh (bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan de Radboud Universiteit, en huisarts) plaatst ten slotte vraagtekens bij de samenstelling van de groep respondenten van het SCP. Over het algemeen zijn in dit soort onderzoeken de lagere sociaaleconomische klassen sterk ondervertegenwoordigd. Zij merkt ook op dat het precariaat geen geld heeft voor nieuwe kleren of fitness, waarmee zij hun persoonlijke kapitaal zouden kunnen verbeteren. Zij hebben andere zorgen, zoals ook al door Middelkoop werd opgemerkt. Er zijn dus heel andere oplossingen nodig, niet per se in het gezondheidsdomein, maar in het sociale domein. Van den Muijsenbergh haalt het voorbeeld aan van Wijchen-Noord, waar buurtbewoners eerst en vooral veilige speelplekken voor hun kinderen wilden hebben. Door die zelf te organiseren creëerden ze niet alleen speelplekken, maar ook sociale cohesie, die vervolgens een geschikte voedingsbodem bleek voor vervolgenterventies, zowel collectief als persoonsgericht.

Politiek

Niet alleen de panelleden, ook de aanwezigen in de zaal verschilden van mening over de bruikbaarheid van het hulpbronnenmodel. Maar die vraag is eigenlijk nauwelijks interessant, concludeerden enkelen: om gezondheidsverschillen tegen te gaan moet de overheid vooral investeren in jeugdgezondheidszorg, in goed en passend onderwijs en in toegang tot de arbeidsmarkt. De keuze om gezondheidsverschillen werkelijk aan te pakken is en blijft daarmee een politieke aangelegenheid. Ernst Roscam Abbing, die

als nestor van de NCOG de bijeenkomst mocht afsluiten, merkte daarbij fijntjes op dat dát in die afgelopen 120 jaar in elk geval niet veranderd is.

De NCOG-lezing houdt het activistische en integrale erfgoed van de Hygiënisten levend. De NCOG, het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, organiseerde sinds 1896 jaarlijks bijeenkomsten over kwesties op het terrein van de openbare gezondheidszorg. Deze organisatie is in 2015 opgegaan in PHned, de beroepsorganisatie voor professionals in de

publieke gezondheid, met als voorwaarde het voortzetten van de jaarlijkse lezingen.

Literatuur

1. Sociaal en Cultureel Planbureau. Verskil in Nederland. Sociaal en Cultureel Rapport 2014. Den Haag: SCP; 2014.
2. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. J Health Soc Behav. 1995;Spec No:80–94.
3. Uitewaal P, Atema V, Middelkoop B. Gezondheidsdialoog in de wijk. Bewoners en professionals samen, werkt dat beter? Epidemiol Bull. 2017;52(4):18–24.

Tijdschr gezondheidswet (2018) 96:75–76
<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0123-4>



Kennis delen voor betere downsyndroomzorg

Verslag van de werkconferentie ‘Expertisenetwerk Downsyndroom Brabant’

Francine van den Driessen Mareeuw · Marianne van Steenberg · Vincent Peters · Esther de Vries

Published online: 12 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Op maandag 15 januari 2018 vond de eerste werkconferentie van het Expertisenetwerk Downsyndroom Brabant plaats. Dit onlangs opgerichte netwerk bestaat uit zowel zorgverleners met expertise op het gebied van downsyndroom, als ouders van mensen met downsyndroom en heeft als doel beschikbare kennis in de regio te delen en inzichtelijk te maken. Tijdens de werkconferentie kregen zorgverleners inzicht in elkaars werkprocessen, waarbij volop van elkaar werd geleerd. Een mooi voorbeeld van actief kennis delen.

Het Expertisenetwerk Downsyndroom Brabant

Downsyndroom hangt samen met een groot aantal gezondheidsproblemen. Mensen met downsyndroom krijgen hierdoor te maken met veel verschillende zorgverleners. De afgelopen decennia zijn er in Nederland (en daarbuiten) verschillende downsyndroomspecifieke zorginitiatieven ontstaan, zoals de zogenaamde downpoli's of -teams in de tweede lijn en eerste lijns(para)medici die zich hebben gespecialiseerd in het behandelen van mensen met downsyndroom. Er bestaat echter nog weinig transparantie wat betreft het aanbod en de werkwijzen van deze downsyndroomspecifieke zorg. Dit maakt het voor (ouders van) mensen met downsyndroom lastig om passende

zorg te vinden en voor zorgverleners wordt het afstemmen van geleverde zorg bemoeilijkt.

Om de zorg inzichtelijker te maken, zorgverleners en ouders de mogelijkheid te bieden van elkaar te leren en zo de downsyndroomzorg te verbeteren, is het Expertisenetwerk Downsyndroom Brabant opgezet. Dit netwerk is in 2016 gestart vanuit het Jeroen Bosch Ziekenhuis, samen met Tranzo (wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University). Inmiddels bestaat het netwerk uit ongeveer zestig zorgverleners en twintig ouders, die geregeld bijeenkomen om kennis te delen. Ook onderzoekers van Tranzo zijn bij het netwerk betrokken. Op deze manier worden vragen uit de praktijk en onderzoeksvragen gezamenlijk beantwoord. Door het regionale karakter van het netwerk zijn de lijnen kort en informeel, wat samenwerken gemakkelijk maakt. Het netwerk draagt zo bij aan het verbeteren van de downsyndroomzorg in Noord-Brabant. De kennis uit het netwerk wordt ook landelijk gedeeld. Het netwerk kan als voorbeeld dienen voor andere regio's in Nederland.

Harmoniseren van werkprocessen

De werkconferentie die plaatsvond in het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven (een van de deelnemers aan het netwerk) had als doel om de diverse zorgverleners met elkaar kennis te laten maken en in kaart te brengen wat er in de regio op het gebied van zorg voor mensen met downsyndroom gebeurt. Op deze manier konden zij van elkaar leren en werd een basis gelegd voor het harmoniseren van werkprocessen. De werkconferentie had 35 deelnemers met een brede diversiteit: artsen verstandelijk gehandicapten (AVGs), dermatologen, diëtisten, fysio- en ergotherapeuten, jeugdartsen, kinderartsen, logopedisten, orthopedagogen, orthoptisten en verpleegkundigen. Daar het

F. van den Driessen Mareeuw (✉) · E. de Vries
 Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences,
 Tilburg University, Tilburg, Nederland
F.A.vdnDriessenMareeuw@uvt.nl

M. van Steenberg · E. de Vries
 Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch, Nederland

V. Peters
 Department of Management, Tilburg School of Economics
 and Management, Tilburg University, Tilburg, Nederland



tijdens de werkconferentie ging om (para)medisch inhoudelijke zaken, waren de ouders van het netwerk hierbij niet aanwezig. Wel waren zij uitgebreid betrokken bij de voorbereiding. Zo kwam de overgang van kinderzorg naar volwassenzorg in overleggen met ouders naar voren als punt van aandacht. Dit punt heeft tijdens de werkconferentie dan ook ruime aandacht gekregen.

Hans Reinold (projectleider van het netwerk) en Esther de Vries (bijzonder hoogleraar Ketenzorg met bijzondere aandacht voor downsyndroom en het immuunsysteem) openden de werkconferentie. Vervolgens verzorgde Bert Meijboom (bijzonder hoogleraar Organisatie van ketenzorg) een mooie introductie van de dag met zijn presentatie 'Zorg in de Downketen: een organisatie-insteek'. De organisatie van de zorgketen is een belangrijk thema bij downsyndroom, gezien het grote aantal zorgverleners waarmee een persoon met downsyndroom doorgaans te maken krijgt en het gebrek aan coördinatie en afstemming tussen deze zorgverleners.

Hierna gingen de aanwezige zorgverleners per discipline in werkgroepen uiteen om met elkaar te bespreken hoe zij in de praktijk zorg verlenen, tegen welke problemen zij aanlopen en wat de ideale situatie zou zijn. Het bleek dat zorgverleners inhoudelijk ongeveer dezelfde zorg leveren, maar dat vooral de manier waarop deze zorg georganiseerd is, verschilt. Zo bleken fysiotherapeuten verschillende checklists te gebruiken, die inhoudelijk overeenkomstige punten bevatten. Meer verschillen waren er met betrekking tot taakverdeling en afstemming tussen fysiotherapeut, revalidatiearts, ergotherapeut en orthopeed. Kinderartsen en AVGs hadden als belangrijkste agendapunt de overgang van kinderzorg naar volwassenenzorg. Zij maakten hiervoor een eerste opzet van een transitieprotocol. Verdere inhoudelijke punten die bij de verschillende disciplines naar boven kwamen waren onder andere het herkennen van (ab)normaal gedrag van mensen met downsyndroom

in verschillende leeftijdsfasen en het ondersteunen van een gezonde leefstijl.

Zeer inspirerend

Het laatste onderdeel van de dag bestond uit het delen van nog meer kennis. Karen Spigt-Moll en Eefke van Gerven (Koninklijke Visio: expertisecentrum voor blinden en slechtzienden) lieten aan de hand van casuïstiek zien wat er nodig is om tot een passend hulpmiddel te komen. Vincent Peters (promovendus Tilburg University) gaf inzicht in het modulair organiseren van zorg voor kinderen met downsyndroom: door onderdelen van de zorg als modules aan te bieden en de verbinding tussen de modules goed te organiseren, kan zorg efficiënter en beter op maat gemaakt worden. Francine van den Driessen Mareeuw (promovendus Tilburg University) gaf met de eerste resultaten van haar onderzoek een inkijkje in wat volgens mensen met downsyndroom zelf, en hun ouders en begeleiders belangrijk is in de zorg: mensen met downsyndroom vinden het belangrijk dat ze de dokter langer kennen en dat deze aardig is. Ouders geven aan dat ze niet zozeer problemen in de (para)medische zorg, als wel in de ondersteuning (op school, met PGB en dergelijke) ervaren. Begeleiders benoemen vooral problemen bij de veroudering van mensen met downsyndroom (met betrekking tot het gedrag en passende woonvoorziening).

De werkconferentie werd als geslaagd en zeer informatief ervaren, wat ook blijkt uit de volgende reactie van een groep zorgverleners: 'We hebben als dokters, verpleegkundige, maatschappelijk werker en paramedici de werkconferentie als zeer inspirerend ervaren. Fijn om andere collega's meer inhoudelijk te spreken'.

De punten die tijdens de werkconferentie naar voren kwamen zullen worden gedocumenteerd om werkprocessen van zorgverleners meer te kunnen harmoniseren. Ook worden de uitkomsten van de werkconferentie met de ouders in het netwerk besproken, waarna zij worden betrokken bij de vervolgstappen.

Tijdschr gezondheidswet (2018) 96:77–78
<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0124-3>



Trends en ontwikkelingen op het gebied van middelengebruik in Europa

Jeroen Boekhoven

Published online: 7 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Sinds 2015 publiceert de European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) jaarlijks een rapport over de trends en ontwikkelingen op het gebied van middelengebruik in Europa. Uit die rapporten blijkt dat het middelengebruik voortdurend verandert, en dus ook de risico's die dit gebruik oplevert voor de publieke gezondheid. Het *European Drug Report 2017: Trends and Developments* (in het Nederlands verschenen als *Europees Drugsrapport 2017*, te downloaden via www.emcdda.europa.eu) laat bijvoorbeeld zien dat de cannabishulpvraag, de sterfte door overdosering en het aantal synthetische opioïden op de drugsmarkt toenemen, en dat ook steeds meer cocaïne beschikbaar is. In vergelijking met andere Europese landen presteert Nederland goed bij de aanpak van de gezondheidsgevolgen van harddruggebruik, maar daartegenover staat dat het aantal Nederlandse jongvolwassenen dat cocaïne, ecstasy en amfetaminen gebruikt relatief hoog is.

Het is geen eenvoudige opgave om adequaat te reageren op de gezondheidsproblemen die het voortdurend veranderende middelengebruik oplevert. Daarom is het goed dat de EMCDDA in 2017 ook een ander rapport uitgaf: *Health and social responses to drug problems. A European guide*. Het is een helder geschreven, overzichtelijk en informatief rapport, gebaseerd op bijdragen uit dertig landen (28 EU-landen, Noorwegen en Turkije) met verschillende perspectieven op soorten drugs en gebruikspatronen, behoeften van gebruikersgroepen, en drugsproblemen in verschillende settings.

Het besproken rapport is online beschikbaar via www.emcdda.europa.eu/responses-guide.

Dr. J. Boekhoven (✉)
 Academie voor Sociale Studies, Lectoraat Verslavingskunde,
 Hanzehogeschool Groningen, Groningen, Nederland
j.w.boekhoven@pl.hanze.nl

Als zogeheten *reference document* is het niet bedoeld om van voor naar achteren te lezen. Het is een gids om gericht informatie te vinden over specifieke vraagstukken, geeft een overzicht van mogelijke *state of the art* interventies (en de interventies die in verschillende Europese landen worden ingezet) en elk subhoofdstuk sluit af met een overzicht van online informatiebronnen, zoals de best practice portal van de EMCDDA.

In hoofdstuk 1 ('A framework for developing health and social responses to drug problems') worden de opzet en uitgangspunten van het rapport uitgelegd. De kern is dat elke reactie op drugsproblemen uit drie nauwgezet ondernomen stappen moet bestaan:

1. omschrijven van de aard van het gezondheidsprobleem;
2. het kiezen van potentieel effectieve interventies;
3. het monitoren en evalueren van de impact daarvan.

Elke stap vraagt om goed doordachte afwegingen, en dat is precies waar deze gids bij helpt, want hij levert zorgvuldig afgewogen *food for thought* voor professionals die zich vanuit een *public health approach* bezighouden met drugsgebruik.

Hoofdstuk 2 ('Problems arising from particular types or patterns of drug use') gaat achtereenvolgens in op de specifieke (gezondheids)problemen die ontstaan door het gebruik van cannabis, opioïden, stimulantia en nieuwe psychoactieve middelen, door misbruik van medicijnen, door het injecteren van middelen, en door polidruggebruik. Voor het ontwerpen van een reactie zijn die verschillen tussen de gezondheidsproblemen cruciaal, evenals inzicht in de mogelijke (al dan niet evidence-based) interventies.

Hoofdstuk 3 ('Responding to the needs of particular groups') behandelt de specifieke gezondheidsproblemen van ouderen die opioïden gebruiken, van vrouwen met drugsproblemen, van migranten, vluch-

telingen en asielzoekers, van kwetsbare jongeren en van volwassen familieleden van mensen met drugsproblemen. Dat is belangrijk: een interventie is alleen geschikt als die rekening houdt met de specifieke behoeften van die doelgroepen.

Hoofdstuk 4 ('Responding in particular settings') gaat in op specifieke problemen die voorkomen in gevangenissen, het uitgaansleven, op de werkvloer, op scholen en in lokale gemeenschappen, en beschrijft de manieren waarop daarop gereageerd kan worden.

In hoofdstuk 5 ('Supporting successful implementation') gaat de aandacht uit naar het omzetten van *evidence into practice*. Zorgvuldig wordt de kwaliteit van interventies afgewogen, wordt aangegeven welke informatie er is, en welke ontbreekt. Daarbij is er aandacht voor de invloed van sociale, culturele en andere omgevingsfactoren, zoals die van nationale juridische en politieke kaders (die een obstakel kunnen vormen bij het ontwikkelen van een geschikte respons). De verschillen tussen landen zijn af en toe opzienbarend,

zowel op het gebied van problemen als van oplossingen. Zo constateert het rapport dat het aanbod van substitutietherapie (methadon of buprenorfine) voor opioïdenverslaafden in een groot aantal Europese landen niet voldoet (pagina 47).

Soms worden methodieken slechts aangestipt, zoals de kortdurende interventieprogramma's die in verschillende Europese landen worden ingezet om cannabisgebruik onder schoolgaande jeugd te voorkomen (pagina 41), maar altijd wordt er genoeg informatie gegeven om meer kennis over die methodieken te kunnen vinden. Het Europese perspectief is interessant, omdat buiten Nederland ontwikkelingen plaatsvinden die inspirerend kunnen zijn voor het ontwikkelen van initiatieven in Nederland. De hoeveelheid en kwaliteit van de informatie, de heldere structuur, en de nadruk op de implicaties van de informatie voor beleid en praktijk maken *Health and social responses to drug problems. A European guide* onontbeerlijk als vraagbaak voor beleidsmakers en gezondheidsprofessionals.

Tijdschr gezondheidswet (2018) 96:79–89
<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0111-8>



Slaaptekort en schoolverzuim bij jongeren: is er een relatie?

Dominique J. Bosman · Claudia E. Verhagen · Daan G. Uitenbroek

Published online: 13 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Samenvatting *Inleiding:* Jeugdartsen worden op het voortgezet onderwijs geconfronteerd met jongeren met slaaptekort en jongeren die verzuimen. In dit onderzoek wordt onderzocht of er een verband bestaat tussen slaaptekort en schoolverzuim. *Methode:* We hebben dwarsdoorsnedeonderzoek uitgevoerd onder jongeren in de vierde klas van het voortgezet onderwijs in het schooljaar 2013–2014. Door 389 jongeren zijn vragenlijsten ingevuld en voor 380 jongeren kon het verband tussen slaaptekort en schoolverzuim worden onderzocht. Slaaptekort is gemeten met behulp van de CSRQ (Chronic Sleep Reduction Questionnaire). Daarnaast vulden jongeren een vragenlijst in over hun gezondheid, welzijn en leefstijl (E-MOVO; elektronische monitoring en voorlichting). Gegevens over schoolverzuim (ziekteverzuim, ongeoorloofd verzuim en te laat komen) zijn door scholen aangeleverd. Er zijn lineaire regressieanalyses uitgevoerd om de samenhang tussen slaaptekort en schoolverzuim te onderzoeken. *Resultaten:* Univariate analyses laten zien dat met de toename van het slaaptekort ook het ongeoorloofde verzuim, het ziekteverzuim en het te laat komen toeneemt (respectievelijk $p=0,032$, $p=0,011$, $p<0,001$). De verklaarde variantie is hierbij echter laag (respectievelijk r^2 : 0,012, 0,017 en 0,056). In een multivariaat model waarbij rekening wordt gehouden met demografische kenmerken, psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik is het verband tussen slaaptekort en ongeoorloofd verzuim, en slaaptekort en ziekteverzuim niet meer significant en neemt de verklaarde variantie toe (respectievelijk R^2 : 0,101 en 0,135). Het verband tussen slaaptekort en te laat komen blijft na correctie significant ($p<0,001$, $R^2=0,174$). *Conclu-*

sie: Dit onderzoek laat bij jongeren in de vierde klas van het voortgezet onderwijs een directe samenhang zien tussen slaaptekort en te laat komen. Het verband tussen slaaptekort en ongeoorloofd verzuim of ziekteverzuim is na correctie niet significant. Psychosociale problemen zijn een sterke verklarende factor van zowel verzuim als slaaptekort. De uitkomsten van dit onderzoek zijn relevant voor de praktijk van de jeugdgezondheidszorg, vooral in termen van het verder versterken van het psychosociale domein.

Trefwoorden slaaptekort · adolescent · leerling · schoolverzuim

Sleep reduction and school absenteeism in adolescents: is there a relation?

Abstract *Introduction:* Youth Health workers at secondary schools are confronted with adolescents with sleep reduction and school absenteeism. In this survey we search for a relation between sleep reduction and school absenteeism. *Method:* A cross sectional survey is done among fourth grade students in the Amstelland region in the Netherlands in school year 2013–2014. The research is done among 389 students. Sleep reduction is measured with a validated questionnaire (Chronic Sleep Reduction Questionnaire). An internet questionnaire (Elektronische Monitoring en Voorlichting) is used to collect information about health, well-being and lifestyle. Information about school absenteeism is provided by the schools. As outcome measures of school absenteeism we used sick leave, truancy and being in school too late. A linear regression is used to search for a relationship between sleep reduction and school absenteeism. *Results:* Univariate analyses show that with an increase of sleep reduction, truancy, sick leave and being in school too late also increases (respectively

D. J. Bosman (✉) · C. E. Verhagen · D. G. Uitenbroek
 GGD Amsterdam, Amsterdam, Nederland
 dbosman@ggd.amsterdam.nl

$p=0.032$, $p=0.011$, $p<0.001$) The explained variance is small (respectively r^2 : 0.012, 0.017 and 0.056). In a multivariate model, which takes demographic features, psychological health, physical health and use of stimulants into account, the total explained variance increases, but the relation between sleep reduction and truancy and sleep reduction and sick leave are no longer significant. The relation between sleep reduction and being in school too late does not change ($p<0.001$, $R^2=0.174$). *Conclusion:* This survey does show a relation between sleep reduction and being too late in school for fourth grade students in secondary school. The relation between sleep reduction and truancy or sick leave is no longer significant after correction. Psychosocial problems are a strong explaining factor for school absenteeism and for sleep reduction. The results of this research are of relevance for the practice of the Youth Health Service, especially in terms of further strengthening of the psychosocial domain.

Keywords sleep disturbance · adolescent · student · school absenteeism

Inleiding

Slapen is een belangrijke activiteit. Het zorgt voor de ontwikkeling van de hersenen [1], lichamelijk en geestelijk herstel [2] en voor het opslaan van ervaringen die overdag zijn opgedaan [3, 4]. Een tekort aan slaap hangt samen met psychische factoren (vermindering van motivatie), cognitieve factoren (geheugenproblemen, concentratieproblemen, slechte schoolresultaten), emotionele factoren (impulsief gedrag, lage frustratietolerantie, problemen met emotieregulatie), middelenmisbruik, minder sociale en/of sportactiviteiten, een hoger risico op verkeersongevallen, spijbelen en te laat komen [1, 2, 5–12]. Een adolescent heeft 9 à 10 uur slaap per nacht nodig [13]. Adolescenten zijn kwetsbaar voor het ontwikkelen van een te korte nachtrust door hormonale veranderingen, waarbij het biologisch ritme verandert [14, 15] en door sociale ver-

anderingen (meer sociale interactie met peers, minder toezicht door ouders) [16, 17]. Adolescenten tussen de zestien en negentien jaar hebben een grotere kans om slaapttekort te ontwikkelen dan jongere adolescenten [14]. Slechts 30% van de adolescenten krijgt door de week de benodigde 9 uur slaap per nacht [5]. Meer dan 50% van de adolescenten klaagt over slaperigheid [5, 6, 18–20].

Schoolverzuim is een probleem op scholen voor voortgezet onderwijs en staat hoog op de politieke agenda [21, 22]. Schoolverzuim is een risicofactor voor slechtere schoolprestaties, leerachterstanden en vroegtijdig schoolverlaten [23–25]. Daarnaast lopen jongeren die hun school niet afmaken een verhoogd risico op werkloosheid en crimineel gedrag [21]. Onderzoeken laten zien dat een samenspel van factoren ten grondslag ligt aan schoolverzuim. Risicofactoren voor verzuim zijn te clusteren op vijf niveaus: de jongere, het gezin, de leeftijdgenoten, de school en de buurt waarin de jongere opgroeit [26]. Voorbeelden van risicofactoren zijn een lage zelfwaardering, beperkte opvoedingsvaardigheden van de ouders, negatieve beïnvloeding door peers, matige kwaliteit van onderwijs en matige kwaliteit van de verzuimmonitoring op school.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen slaapttekort en schoolverzuim. Tot nu toe is de relatie tussen slaapttekort en spijbelen, en die tussen slaapttekort en te laat komen in aparte onderzoeken aan bod gekomen, en is het verzuim gemeten aan de hand van zelfrapportage [5, 9].

Met dit onderzoek willen wij antwoord geven op de vraag of met het toenemen van het slaapttekort onder jongeren het door scholen geregistreerde schoolverzuim toeneemt. Wij onderzoeken hiervoor de samenhang tussen slaapttekort en ongeoorloofd verzuim, ziekteverzuim en te laat komen bij jongeren in de vierde klas van het voortgezet onderwijs. Door de gegevens over slaapttekort en schoolverzuim te koppelen aan gegevens over achtergrondkenmerken, psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik kunnen we de rol van een groot aantal determinanten van gezondheid onderzoeken. Op basis van literatuuronderzoek en ervaring vanuit de praktijk hebben we bepaald op welke determinanten in relatie tot slaapttekort en schoolverzuim we ons onderzoek richtten [1, 8, 9, 26]. Wat is de relatie tussen de gezondheid en het gedrag van de jongeren en hun slaapttekort en schoolverzuim? Het doel is om meer inzicht te krijgen in de complexiteit van de relatie tussen slaapttekort en schoolverzuim, en de rol van mogelijke verklarende factoren. Het verkregen inzicht kan handvatten bieden om schoolverzuim terug te dringen.

Kernpunten

- Er is een samenhang tussen slaapttekort bij jongeren en ongeoorloofd schoolverzuim enerzijds, ziekteverzuim en te laat komen anderzijds.
- Alleen voor te laat komen blijft de samenhang met slaapttekort bestaan na correctie voor sociaal-demografische kenmerken, genotmiddelengebruik en psychosociale en lichamelijke gezondheid.
- Slaapttekort en schoolverzuim kunnen een aanwijzing zijn voor sociaal-emotionele problemen.
- Gegeven de aandacht in de jeugdgezondheidszorg voor het psychosociaal welzijn verdient dit aandacht en versterking.

Methode

Populatie

Leerlingen in de vierde klas, en hun ouders/verzorgers, van zes scholen voor voortgezet onderwijs in de regio Amstelland zijn per brief geïnformeerd over het onderzoek. Ouders/verzorgers en leerlingen konden deelname aan het onderzoek weigeren. Deze methode van passieve toestemming is in overeenstemming met wettelijke bepalingen [27].

E-MOVO

De jeugdgezondheidszorg van de GGD Amsterdam neemt binnen het regulier contactmoment op het voortgezet onderwijs in de vierde klas jaarlijks een internetvragenlijst af naar sociaal-emotionele en lichamelijke gezondheid. De E-MOVO (Elektronische Monitor en Voorlichting) vragenlijst is in de periode 2010 tot en met 2015 voor dit doeleinde gebruikt [28]. De E-MOVO-vragenlijst is opgebouwd uit standaardvragen die zijn geüniformeerd binnen het project Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid, dat is uitgevoerd door GGD Nederland en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) [29].

We hebben gebruikgemaakt van gegevens uit E-MOVO over de achtergrondkenmerken van de leerlingen en van de uitkomsten voor psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik. Achtergrondkenmerken zijn: geslacht, opleidingsniveau en herkomst. Herkomst is gedefinieerd op basis van het geboorteland van de leerling en beide ouders, waarbij het geboorteland van de moeder leidend was [30]. Psychosociale gezondheid is gemeten aan de hand van de volgende items: 'sociaal-emotionele gezondheid', 'gepest worden op school', 'schoolbeleving' en 'suïcidale gedachten'. De sociaal-emotionele gezondheid wordt gemeten met de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire): een gevalideerde screeningsvragenlijst naar psychosociale problematiek [31]. Dichotome variabelen zijn als volgt samengesteld: 'sociaal-emotionele problemen': nee (SDQ-totaalscore 0–15) versus ja (SDQ-totaalscore >15), 'gepest worden op school': nee versus ja, 'schoolbeleving': (hartstikke) leuk/gaat wel versus niet leuk/vreselijk, en 'suïcidale gedachten': nooit versus een enkele keer/heel vaak. Lichamelijke gezondheid is gemeten aan de hand van het item 'ervaren gezondheid': (heel) goed versus gaat wel/niet zo best/slecht. Deze indicator wordt in Nederland algemeen gebruikt [32].

Genotmiddelengebruik is gemeten met behulp van de items: 'alcohol in de afgelopen maand', 'bingedrinken (5 drankjes of meer op één avond) in de afgelopen maand', 'ooit softdrugs gebruikt' en 'roken nu'. Hierbij zijn de dichotome variabelen voor alle items: nee versus ja.

Slaaptekort

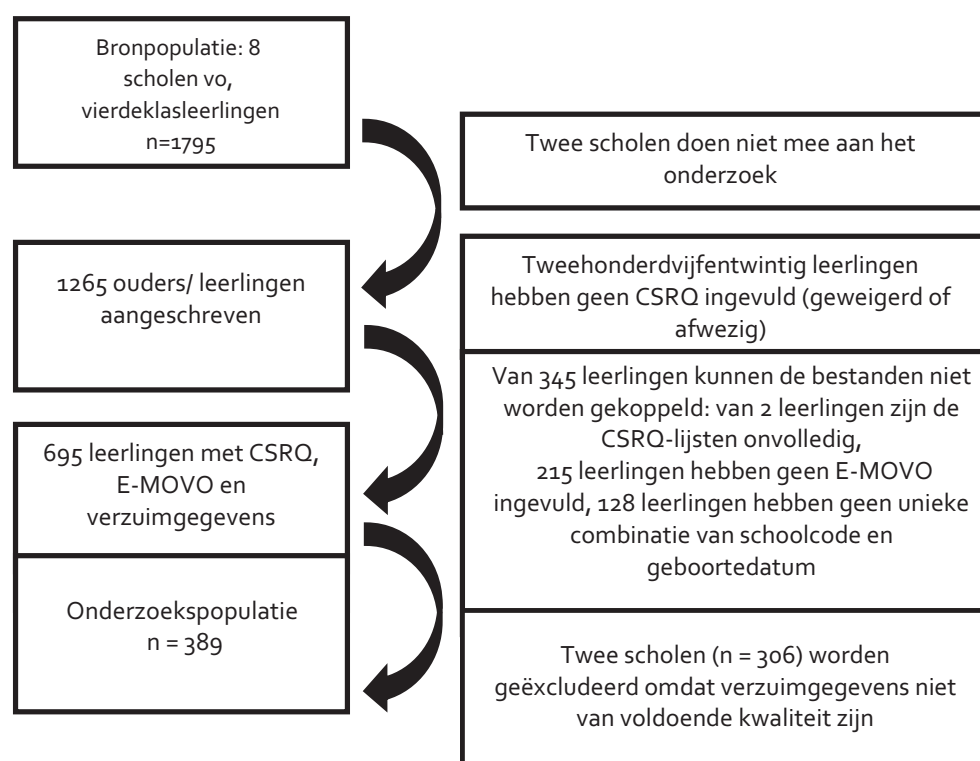
Om de mate van slaaptekort te bepalen is gebruikgemaakt van de CSRQ (Chronic Sleep Reduction Questionnaire) [10, 33]. De CSRQ is een gevalideerde vragenlijst die bestaat uit twintig vragen over symptomen van slaaptekort [33]. Er worden vier subschalen onderscheiden: slaaptekort (6 vragen), irritatie (5 vragen), energieverlies (5 vragen) en slaperigheid (4 vragen). Elke vraag heeft drie antwoordcategorieën met een oplopende score van 1 (lage score) tot 3 (hoge score). De optelsom van alle subscores levert de CSRQ-totaalscore: hoe hoger de totaalscore, hoe meer chronisch slaaptekort. De totaalscore is minimaal 20 en maximaal 60. In dit onderzoek is er minimaal 20 en maximaal 54 punten gescoord op de CSRQ. Op basis van de uitkomsten is de onderzoekspopulatie verdeeld in kwartielen, waarna drie categorieën van slaaptekort zijn samengesteld: geen/weinig slaaptekort, 0–25%, score 20–28 ($n=107$), matig slaaptekort, 26–75%, score 29–38 ($n=185$) en ernstig slaaptekort, 76–100%, score 39–60 ($n=90$). De afname van de CSRQ heeft klassikaal plaatsgevonden. De CSRQ werd binnen vier weken na de afname van de E-MOVO-vragenlijst afgenomen.

Schoolverzuim

In dit onderzoek zijn drie uitkomstmaten voor schoolverzuim gebruikt: ongeoorloofd verzuim (spijbelen), ziekteverzuim en te laat komen. Verzuim is in de verzuimregistraties op scholen uitgedrukt in aantal lesuren. Omdat de deelnemende scholen diverse lengtes van lesuren (30–60 minuten) hanteren, is het verzuim omgerekend naar aantal minuten schoolverzuim. Te laat komen is uitgedrukt in het aantal keer. Verzuimgegevens zijn verzameld voor de periode van drie maanden *voor* en de periode van drie maanden *na* de afname van de CSRQ. Binnen een periode van drie maanden valt altijd een schoolvakantie. Deze is niet meegeteld. In de periode voor de afname van de CSRQ is het verzuim gemeten over gemiddeld 10,5 lesweken. In de periode na afname van de CSRQ waren dat gemiddeld 11,3 lesweken. Voor de analyses zijn voor alle leerlingen de twee periodes van drie maanden bij elkaar opgeteld en vervolgens door twee gedeeld; we spreken over 'een gemiddeld verzuim over drie maanden'. Dit gemiddelde verzuim is derhalve berekend over een schoolperiode van gemiddeld 10,9 weken $((10,5 + 11,3)/2)$.

Het schoolverzuim is per individuele leerling aanleverd door de deelnemende scholen. Aan de mededeling 'te laat' kan niet worden afgelezen welk lesuur dat was en hoeveel minuten iemand te laat is.

Figuur 1 Selectie overzicht van bronpopulatie tot onderzoekspopulatie



Analyse

De gegevens uit de drie onderzoeksbronnen zijn voor elke leerling op school en geboortedatum gekoppeld in SPSS, versie 21.

Met de chikwadraattoets is voor de verschillende categorieën van slaaptekort gekeken naar de verdeling van achtergrondkenmerken, psychosociale, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik.

Met de t-toets zijn gemiddelden geanalyseerd voor ziekteverzuim, ongeoorloofd verzuim en te laat komen voor de verschillende categorieën van slaaptekort, achtergrondkenmerken, psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik.

Met een univariate lineaire regressieanalyse is de relatie onderzocht tussen slaaptekort en schoolverzuim, waarbij schoolverzuim de afhankelijke variabele is. In een multivariaat model is de relatie tussen slaaptekort en de verschillende soorten verzuim onderzocht, waarbij gecorrigeerd is voor achtergrondkenmerken, psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik.

Resultaten

Populatie

De onderzoeksopzet betrof een dwarsdoorsnedeonderzoek onder alle leerlingen van de vierde klas van het voortgezet onderwijs in de regio Amstelland, in schooljaar 2013–2014. De totale bronpopulatie betreft

1.795 leerlingen op acht scholen (zie fig. 1). Twee scholen deden niet mee aan het onderzoek en gaven als reden dat dit onderzoek geen prioriteit had. Er zijn in totaal 1.265 ouder(s)/verzorger(s) en jongeren aangeschreven; 1.040 jongeren vulden de CSRQ in, 225 jongeren vulden de CSRQ niet in na weigering of door afwezigheid tijdens de afname. In totaal konden 345 CSRQ-vragenlijsten niet worden gekoppeld met de E-MOVO en/of verzuimbestanden. Van twee van de zes deelnemende scholen waren de verzuimgegevens van onvoldoende kwaliteit, waarna ze zijn uitgesloten ($n=306$). Het eindbestand bestaat uit 389 jongeren van wie zowel de CSRQ, de E-MOVO als de verzuimgegevens verkregen waren. Tab. 1 toont de achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie. De gemiddelde leeftijd is 15,5 jaar. De onderzoekspopulatie bestaat voor 58,6% uit jongeren op het vmbo en 41,4% op havo/vwo; landelijk zijn deze percentages respectievelijk 53 en 47% [34]. De meerderheid van de jongeren is van Nederlandse herkomst (84,5%).

Determinanten van slaaptekort en schoolverzuim

Tab. 2 toont de kenmerken voor de hele onderzoekspopulatie ($n=389$) en voor de drie groepen jongeren verdeeld op basis van de CRSQ-score; 1 geen/weinig slaaptekort, 2 matig slaaptekort en 3 ernstig slaaptekort. Slaaptekort komt vaker voor bij meisjes; de groep met ernstig slaaptekort bestaat voor 61% uit meisjes. Onderwijsniveau en herkomst spelen geen rol. Voor alle determinanten, behalve voor gepest worden op school, zien we een verband met slaap-

Tabel 1 Achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie

	Aantal	Percentage
Totaal	389	100
Leeftijd		
– 14	4	1,0
– 15	200	51,4
– 16	164	42,2
– 17	20	5,1
– 18	1	0,3
Geslacht		
– jongens	202	51,9
– meisjes	187	48,1
Opleidingsniveau		
– vmbo b, k, g	122	31,4
– vmbo-tl	106	27,2
– havo	93	23,9
– vwo	68	17,5
Herkomst		
– Nederlands	328	84,5
– Surinaams, Antilliaans/Arubaans, Turks, Marokkaans	16	4,3
– Overig westers	18	4,6
– Overig niet-westers	26	6,7

Aantallen tellen niet altijd op tot totaal vanwege ontbrekende waarden

tekort. Een sterk verband ($p \leq 0,001$) zien we tussen slaaptekort en sociaal-emotionele problemen en slaaptekort en suïcidale gedachten. Onder jongeren met ernstig slaaptekort heeft 38% sociaal-emotionele problemen en 28% suïcidale gedachten; onder jongeren met geen/weinig slaaptekort is dat respectievelijk 6 en 7%. Ook neemt het percentage jongeren dat bingedrinkt toe van 29% onder jongeren met geen/weinig slaaptekort tot 59% onder jongeren met ernstig slaaptekort ($p < 0,001$). Een minder sterke samenhang ($0,001 < p < 0,05$) zien we tussen slaaptekort en een negatieve schoolbeleving, een minder goed ervaren gezondheid, roken en softdrugsgebruik (ooit).

In tab. 3 wordt voor de hele onderzoeksgroep het gemiddeld verzuim getoond. Het gemiddelde ongeoorloofde verzuim in drie maanden bedraagt 31,1 minuten (0,52 uur). Op schooljaarbasis, uitgaande van 40 weken, is dat 1,9 uur ($(40/10,9 \text{ weken}) \times 0,52$). Het gemiddelde ziekteverzuim in drie maanden bedraagt 503,8 minuten (8,4 uur). Op jaarbasis is dat 30,8 uur ($(40/10,9) \times 8,4$) of ruim vijf lesdagen, uitgaande van een lesdag van zes uur. Gemiddeld komen jongeren één keer in de drie maanden te laat. Op jaarbasis is dat 3,7 keer ($(40/10,9) \times 1$).

Verder toont tab. 3 de gemiddelden voor verzuim naar achtergrondkenmerken, psychosociale en lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik. Jongens hebben het hoogste gemiddelde verzuim en komen vaker te laat. Het hoogste gemiddelde ziekteverzuim zien we bij meisjes, op het vmbo en bij

jongeren van niet-Nederlandse herkomst. Jongeren die op school gepest worden hebben een hoog ongeoorloofd verzuim (76,7 minuten/3 maanden), gevolgd door jongeren met een negatieve schoolbeleving (65,4 minuten/3 maanden). Andere determinanten die een rol spelen bij ongeoorloofd verzuim zijn: sociaal-emotionele problemen, bingedrinken (afgelopen maand) en softdrugsgebruik (ooit). Het hoogste gemiddelde ziekteverzuim zien we onder jongeren met sociaal-emotionele problemen (835,3 minuten/3 maanden) gevolgd door jongeren met een minder goed ervaren gezondheid (733,7 minuten/3 maanden) en met een negatieve schoolbeleving (700,8 minuten/3 maanden). Daarnaast zien we dat ziekteverzuim hoger ligt bij jongeren die roken en bij jongeren met suïcidedachten. Bij te laat komen is het verband met een negatieve schoolbeleving ($p = 0,001$) en genotmiddelengebruik het sterkst ($p < 0,001$).

Slaaptekort in relatie tot schoolverzuim

Tab. 4 toont het gemiddeld verzuim naar slaaptekort in drie categorieën. We zien met het toenemen van het slaaptekort ook een toename van het ziekteverzuim ($p = 0,039$) en te laat komen ($p < 0,001$).

Met een lineaire regressie is het verband tussen slaaptekort en schoolverzuim verder onderzocht. In tab. 5 is, univariaat, een significant verband te zien tussen slaaptekort en ongeoorloofd verzuim ($p = 0,032$), ziekteverzuim ($p = 0,011$) en te laat komen ($p = 0,011$). Met elke punt meer slaaptekort (CSRQ-totaalscore) neemt het ongeoorloofd verzuim toe met gemiddeld 0,83 minuten per drie maanden. Tussen leerlingen met het minste slaaptekort en leerlingen met het meeste slaaptekort is het maximale verschil in slaapscore 34 punten. Het maximale verschil in ongeoorloofd verzuim is dus 28 minuten ($34 \times 0,83$) in drie maanden. Het ziekteverzuim neemt met elke punt toename van het slaaptekort gemiddeld met 12,1 minuten per drie maanden toe. Het maximale verschil in ziekteverzuim tussen leerlingen met het minste slaaptekort en leerlingen met het meeste slaaptekort is 411 minuten (6,9 uur) in drie maanden. Voor te laat komen geldt dat er maximaal 0,04 keer vaker te laat wordt gekomen per drie maanden per punt toename in slaaptekort. Het maximale verschil in aantal keren te laat komen tussen best slapende leerlingen en slechtst slapende leerlingen is 1,4 keer in drie maanden. Slaaptekort verklaart 1,2% van de variantie in ongeoorloofd verzuim ($r^2 = 0,012$), 1,7% van de variantie in ziekteverzuim ($r^2 = 0,017$) en 5,6% van de variantie in te laat komen ($r^2 = 0,056$).

In tab. 5 is te zien dat het verband tussen slaaptekort en ongeoorloofd verzuim niet meer significant is in een multivariaat regressiemodel, waarbij gecorrigeerd wordt voor achtergrondkenmerken, psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik. Dit geldt ook voor ziekteverzuim. In het bijzonder na correctie voor psychosociale en

Tabel 2 Slaaptekort naar achtergrondkenmerken, psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelen-gebruik

	Totale groep <i>n</i> = 389 % (<i>n</i>)	Geen/weinig slaaptekort <i>n</i> = 107 % (<i>n</i>)	Slaaptekort		<i>p</i> -waarde
			Matig slaaptekort <i>n</i> = 184 % (<i>n</i>)	Ernstig slaaptekort <i>n</i> = 90 % (<i>n</i>)	
Achtergrondkenmerken					
<i>Geslacht</i>					0,004
– jongen	51,9 (202)	63 (67)	51 (94)	39 (35)	
– meisje	48,1 (187)	37 (40)	49 (90)	61 (55)	
<i>Onderwijsniveau</i>					0,114
– vmbo	58,6 (228)	60 (64)	53 (97)	66 (59)	
– havo/vwo	41,4 (161)	40 (43)	47 (87)	34 (31)	
<i>Herkomst</i>					0,778
– Nederlands	84,6 (328)	83 (88)	85 (156)	87 (78)	
– niet-Nederlands	15,4 (60)	17 (18)	15 (28)	13 (12)	
Psychosociale gezondheid					
<i>SDQ</i>					<0,001
– normaal	83,5 (325)	94 (100)	89 (162)	62 (56)	
– grensgebied/afwijkend	15,7 (61)	6 (7)	11 (20)	38 (34)	
<i>Gepest op school</i>					0,285
– nooit	96 (367)	96 (103)	97 (179)	93 (84)	
– wel	4 (15)	4 (4)	3 (5)	7 (6)	
<i>Schoolbeleving</i>					0,016
– hartstikke leuk/leuk/gaat wel	86,1 (335)	92 (98)	88 (161)	78 (70)	
– niet leuk/vreselijk	13,9 (54)	8 (9)	12 (23)	22 (20)	
<i>Suicidale gedachten</i>					0,001
– nooit	82 (319)	93 (99)	82 (105)	72 (65)	
– een enkele keer/heel vaak	18 (70)	7 (8)	18 (34)	28 (25)	
Lichamelijke gezondheid					
<i>Ervaren gezondheid</i>					0,002
– (heel)goed	77 (301)	84 (90)	80 (146)	64 (57)	
– gaat wel/niet zo best/slecht	23 (86)	16 (17)	20 (37)	36 (32)	
Genotmiddelen					
<i>Bingedrinken afgelopen maand</i>					<0,001
– nee	56 (214)	71 (74)	56 (100)	41 (37)	
– ja	44 (168)	29 (31)	44 (80)	59 (53)	
<i>Alcohol afgelopen maand</i>					<0,001
– nee	39 (148)	54 (57)	37 (67)	24 (21)	
– ja	61 (234)	46 (49)	63 (113)	76 (68)	
<i>Ooit softdrugs gebruikt</i>					0,036
– nee	85 (326)	93 (98)	84 (151)	80 (72)	
– ja	15 (57)	7 (8)	16 (29)	20 (18)	
<i>Roken nu</i>					0,022
– nee	78,7 (306)	89 (94)	77 (140)	74 (67)	
– ja	20,6 (80)	11 (12)	23 (42)	26 (23)	

Aantallen tellen niet altijd op tot totaal vanwege ontbrekende waarden

lichamelijke gezondheid zien we dat het verband kleiner wordt; voor ongeoorloofd verzuim daalt de bèta van 0,83 naar 0,58, en voor ziekteverzuim daalt de bèta van 12,1 naar 5,43. Voor te laat komen blijft het verband na correctie wel significant. Door te corrigeren neemt de verklaarde variantie toe; voor alle drie de

soorten verzuim is de verklaarde variantie het hoogst in een model met alle determinanten samen (ongeoorloofd verzuim $R^2 = 0,101$, ziekteverzuim $R^2 = 0,135$ en te laat komen $R^2 = 0,174$). Dit betekent dat de mate van ongeoorloofd verzuim door alle determinanten samen voor 10,1 % wordt verklaard; voor de mate van

Tabel 3 Gemiddeld verzuim over drie maanden naar achtergrondkenmerken, psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik

	Ongeoorloofd verzuim $N_{\max} = 380$ minuten (95 %-BI)	Ziekteverzuim $N_{\max} = 380$ minuten (95 %-BI)	Te laat komen $N_{\max} = 380$ aantal keer (95 %-BI)
Totale groep	31,1 (25,0–37,3)	503,8 (438,8–568,9)	1,02 (0,89–1,15)
Achtergrondkenmerken			
<i>Geslacht</i>			
– jongen	37,6 (28,0–47,1)	420,8 (334,6–507,0)	1,19 (1,01–1,37)
– meisje	24,1 (16,6–31,6)	592,8 (495,4–690,1)	0,83 (0,64–1,02)
<i>p</i> -waarde	0,031	0,009	0,007
<i>Onderwijsniveau</i>			
– vmbo	31,2 (21,9–40,5)	561,0 (464,0–658,0)	1,04 (0,86–1,21)
– havo/vwo	30,9 (23,9–38,0)	424,7 (347,5–502,0)	0,99 (0,79–1,19)
<i>p</i> -waarde	0,965	0,042	0,735
<i>Herkomst</i>			
– Nederlands	30,7 (23,7–37,7)	465,7 (398,6–532,8)	0,96 (0,82–1,10)
– niet-Nederlands	32,4 (20,6–44,2)	700,2 (496,5–903,8)	1,31 (0,96–1,66)
Significantie	0,844	0,01	0,055
Psychosociale gezondheid			
<i>SDQ</i>			
– normaal	27,9 (21,2–34,6)	446,0 (382,6–509,4)	0,96 (0,82–1,10)
– grensgebied/afwijkend	47,5 (31,5–63,5)	835,3 (603,6–1067,1)	1,32 (0,92–1,72)
<i>p</i> -waarde	0,024	<0,0001	0,051
<i>Gepest op school</i>			
– nooit	29,2 (24,0–34,5)	494,3 (428,6–560,1)	1,01 (0,88–1,15)
– wel	76,7 (–20,9–174,2)	734,3 (303,4–1.165,2)	1,10 (0,26–1,94)
<i>p</i> -waarde	0,003	0,158	0,8
<i>Schoolbeleving</i>			
– hartstikke leuk/leuk/gaat wel	25,7 (20,6–30,8)	472,5 (405,6–539,5)	0,93 (0,80–1,10)
– niet leuk/vreselijk	65,4 (34,8–96,0)	700,8 (483,6–917,9)	1,58 (1,13–2,02)
<i>p</i> -waarde	<0,001	0,017	0,001
<i>Suïcidale gedachten</i>			
– nooit	30,1 (24,1–36,0)	492,2 (421,2–563,2)	1,00 (0,85–1,14)
– een enkele keer/heel vaak	36,0 (14,3–57,8)	558,1 (392,4–723,7)	1,12 (0,83–1,41)
<i>p</i> -waarde	0,465	0,0448	0,476
Lichamelijke gezondheid			
<i>Ervaren gezondheid</i>			
– (heel) goed	29,9 (22,7–37,1)	443,2 (376,4–510,0)	0,96 (0,82–1,09)
– gaat wel/niet zo best/slecht	33,4 (22,3–44,6)	733,7 (559,2–908,2)	1,19 (0,84–1,54)
<i>p</i> -waarde	0,64	<0,0001	0,14
Genotmiddelen			
<i>Bingedrinken afgelopen maand</i>			
– nee	19,1 (13,3–24,8)	470,6 (388,3–552,8)	0,70 (0,56–0,85)
– ja	45,3 (33,5–57,1)	549,2 (441,5–657,0)	1,39 (1,17–1,61)
<i>p</i> -waarde	<0,0001	0,244	<0,0001
<i>Alcohol afgelopen maand</i>			
– nee	24,9 (13,5–36,3)	422,8 (330,5–515,1)	0,67 (0,49–0,84)
– ja	33,9 (26,7–41,1)	557,1 (466,8–647,4)	1,20 (1,03–1,37)
<i>p</i> -waarde	0,163	0,051	<0,0001
<i>Ooit softdrugs gebruikt</i>			
– nee	26,2 (20,7–31,8)	485,0 (414,4–555,6)	0,90 (0,77–1,04)

Tabel 3 (Vervolg)

	Ongeoorloofd verzuim $N_{\max} = 380$ minuten (95 %-BI)	Ziekteverzuim $N_{\max} = 380$ minuten (95 %-BI)	Te laat komen $N_{\max} = 380$ aantal keer (95 %-BI)
– ja	55,5 (28,2–82,7)	610,9 (428,6–793,3)	1,58 (1,22–1,95)
<i>p</i> -waarde	0,001	0,182	<0,0001
<i>Roken nu</i>			
– nee	27,1 (21,1–33,1)	471,0 (402,2539,9)	0,85 (0,72–0,98)
– ja	44,2 (25,2–63,2)	646,7 (472,4–821,1)	1,56 (1,23–1,90)
<i>p</i> -waarde	0,27	0,032	<0,0001

Tabel 4 Ongeoorloofd verzuim, ziekteverzuim en te laat komen (per drie maanden) per categorie van slaaptekort

	Ongeoorloofd verzuim $N_{\max} = 380$ minuten (95 %-BI)	Ziekteverzuim $N_{\max} = 380$ minuten (95 %-BI)	Te laat komen $N_{\max} = 380$ aantal keer (95 %-BI)
Totale groep	31,1 (25,0–37,3)	503,8 (438,8–568,9)	1,02 (0,89–1,15)
Slaaptekort			
– Geen/weinig slaaptekort	20,1 (13,3–27,0)	383,9 (271,5–496,2)	0,70 (0,48–0,93)
– Matig slaaptekort	30,8 (22,4–39,3)	516,5 (423,6–609,5)	0,97 (0,79–1,14)
– Ernstig slaaptekort	37,0 (25,0–49,1)	621,5 (464,4–778,5)	1,45 (1,13–1,77)
<i>p</i> -waarde	0,72	0,039	<0,001

Tabel 5 Lineaire regressieanalyse met ongeoorloofd verzuim, ziekteverzuim en te laat komen (per 3 maanden) als continue afhankelijke variabele en slaaptekort als continue onafhankelijke variabele

	Ongeoorloofd verzuim $n = 380$		Ziekteverzuim $n = 380$		Te laat komen $n = 380$	
Univariaat	Bèta (95 %-BI)	r^2	Bèta (95 %-BI)	r^2	Bèta (95 %-BI)	r^2
Slaaptekort	0,83 (0,07–1,58)*	0,012	12,1 (2,77–21,44)*	0,017	0,04 (0,03–0,06)	0,056
Multivariaat						
Slaaptekort ^a	1,00 (0,24–1,76)*	0,028	11,2 (1,89–20,54)*	0,059	0,05(0,03–0,07)*	0,107
Slaaptekort ^b	0,58 (–0,23–1,38)	0,062	5,43 (–4,27–15,14)	0,124	0,05 (0,03–0,07)*	0,113
Slaaptekort ^c	0,64 (–0,16–1,45)	0,063	8,29 (–1,67–18,25)	0,073	0,04 (0,02–0,06)*	0,168
Slaaptekort ^d	0,25 (–0,58–1,08)	0,101	3,91 (–6,32–14,13)	0,135	0,04 (0,02–0,06)*	0,174

* $p < 0,05$
^a Gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken (geslacht, schoolniveau, herkomst)
^b Gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken (geslacht, schoolniveau, herkomst), psychosociale gezondheid (sociaal-emotionele problemen, gepest op school, schoolbeleving, suïcidedgedachten) en lichamelijke gezondheid (ervaren gezondheid)
^c Gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken (geslacht, schoolniveau, herkomst) en genotmiddelengebruik (alcohol afgelopen maand, bingedrinken afgelopen maand, rookt nu en ooit softdrugs gebruikt)
^d Gecorrigeerd voor achtergrondkenmerken (geslacht, schoolniveau, herkomst), psychosociale gezondheid (sociaal-emotionele problemen, gepest op school, schoolbeleving, suïcidedgedachten)

ziekteverzuim is dat 13,5% en voor te laat komen 17,4%.

De door slaaptekort verklaarde variantie neemt echter af wanneer rekening wordt gehouden met al deze determinanten. Van 1,2% naar 0,1% van de variantie in ongeoorloofd verzuim, van 1,7% naar 0,2% van de variantie in ziekteverzuim en van 5,6% naar 4,0% van de variantie in te laat komen (resultaten zijn niet in de tabel opgenomen).

Beschouwing

Relatie tussen slaaptekort en schoolverzuim

Dit onderzoek laat zien dat er een zwak univariaat verband bestaat tussen de mate van slaaptekort en ongeoorloofd verzuim, de mate van slaaptekort en ziekteverzuim, en tussen de mate van slaaptekort en te laat komen. Wanneer rekening wordt gehouden met andere factoren, verdwijnen deze verbanden grotendeels. De reden is dat psychosociale problemen, negatieve schoolbeleving, bingedrinken en softdrugsgebruik een relatie hebben met zowel slaaptekort als met ongeoorloofd verzuim. Wanneer je hier rekening mee houdt, blijft er weinig over van het directe

verband tussen slaaptekort en ongeoorloofd verzuim. Bij ziekteverzuim wordt het verband tussen slaaptekort en ziekteverzuim grotendeels verklaard door sociaal-emotionele problemen, negatieve schoolbeleving, suïcidegedachten, als slecht ervaren gezondheid en roken. Wanneer rekening wordt gehouden met psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik blijft er echter wel een verband bestaan tussen slaaptekort en te laat komen. Leerlingen met een groot slaaptekort hebben een grotere kans om te laat te komen.

Een vergelijking met andere onderzoeken

Eerdere onderzoeken naar de relatie tussen slaaptekort en schoolverzuim laten zien dat er een verband bestaat tussen spijbelen en in het weekend later naar bed gaan dan door de week [9].

Het in dit onderzoek gevonden belang van psychosociale gezondheid bij zowel slaaptekort als verzuim is eerder beschreven [6, 10, 11]. Ook vonden anderen een verband tussen genotmiddelengebruik en verzuim en tussen genotmiddelengebruik en slaaptekort [35–38]. Dit onderzoek is echter het eerste onderzoek dat zowel een verband tussen slaaptekort en diverse vormen van schoolverzuim heeft onderzocht, als de relatie met psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik. Een andere meerwaarde van dit onderzoek is dat dit het eerste onderzoek is waarbij verzuimgegevens objectief zijn gemeten en niet zijn verkregen door zelfrapportage.

In dit onderzoek is ook gekeken naar de relatie tussen slaaptekort en gamen, en tussen slaaptekort en het gebruik van social media. De groep van ernstig slaaptekort in relatie tot gamen en in relatie tot gebruik van social media was echter te klein om een uitspraak te doen over een verband tussen slaaptekort en gamen, en een relatie tussen slaaptekort en gebruik van social media. Onlangs is onderzoek gedaan naar de relatie tussen gamen en schoolverzuim, en tussen het gebruik van social media en schoolverzuim [39]. Dit onderzoek vond geen verband tussen ziekteverzuim en gamen of gebruik van social media. Wel wordt er een verband gezien tussen problematisch gamen en ongeoorloofd verzuim.

Relevantie voor de praktijk

Schoolverzuim staat op de politieke agenda, wat af te lezen is aan het programma 'Aanval op de uitval' [22]. Elke gemiste schooldag geeft een kans op een leerachterstand [23]. De bevindingen in dit onderzoek zijn echter relevant voor de praktijk van de jeugdgezondheidszorg, omdat het laat zien dat verzuim, maar ook slaaptekort, kan wijzen op ernstiger problemen en dat de psychosociale gezondheid daarom goed in kaart gebracht moet worden. Zo zouden tijdens een consult met de leerling vanwege schoolverzuim onder andere pesten, schoolbeleving, middelengebruik en al-

gemeen welzijn onderwerp van gesprek moeten zijn. De GGD Amsterdam heeft de slaapvragenlijst SRSQ (verkorte CSRQ) in het schooljaar 2015–2016 opgenomen in de 'Jij en je gezondheid' screeningsvragenlijst binnen het contactmoment in de tweede en de vierde klas op het voortgezet onderwijs en sindsdien is het onderwerp slaap een vast onderdeel binnen het preventieve gezondheidsonderzoek. Aangezien slaaptekort kan wijzen op onderliggende problematiek, geeft de toevoeging van de SRSQ aan het signaleringsinstrumentarium de jeugdgezondheidszorgprofessional meer mogelijkheden om deze problematiek goed in kaart te brengen.

Verder onderzoek naar het verband tussen clustering van kenmerken en de relatie met schoolverzuim en slaaptekort (en eventueel slaapproblemen) zou een meerwaarde kunnen hebben voor het eerder signaleren van en interveniëren in schoolverzuim. Bij interventies met betrekking tot schoolverzuim valt te denken aan een multidisciplinaire aanpak met een goede, sluitende ketenzorg om op een snelle en adequate wijze een leerling te kunnen verwijzen naar zorg. Als het gaat om interventies bij slaaptekort moet eerder gedacht worden aan interactieve informatieoverdracht (workshops, lespakketten, cognitieve gedragstherapie) aan leerling, ouder(s) en school over het belang van slaap en de impact van de mogelijke gevolgen van slaaptekort [40].

Amerikaanse onderzoeken laten zien dat latere schoolstarttijden op high schools een positief effect hebben op de verkeersveiligheid (minder auto-ongelukken), en dat er een toename is van de leerprestaties en een vermindering van schoolverzuim [41–43]. In Amerika gelden echter vaak zeer vroege schoolstarttijden voor high schools (7:30–8:00 uur), wat mogelijk tot dit positieve resultaat leidt. Het is zeker interessant om te onderzoeken of deze positieve resultaten ook geboekt kunnen worden in de Nederlandse situatie. Enkele Nederlandse (middelbare) scholen hanteren latere (later dan 8:30 uur) en flexibele schoolstarttijden. Het lijkt interessant om te onderzoeken in welke mate deze latere en flexibele schoolstarttijden in Nederland leiden tot vermindering van onder andere schoolverzuim en slaaptekort.

Beperkingen van het onderzoek

Dit is een crosssectioneel onderzoek, wat betekent dat er onderzoek is gedaan naar verbanden, maar niet naar causaliteit. De CSRQ en de E-MOVO betreffen zelfrapportages, waardoor er een risico bestaat dat er sociaal wenselijk wordt geantwoord. De meest interessante groep leerlingen is niet in het onderzoek geïnccludeerd, namelijk de leerlingen die afwezig waren tijdens het onderzoek, ongeoorloofd of door ziekte. Mogelijk zijn de resultaten van dit onderzoek daarom een onderschatting van de werkelijkheid.

Conclusie

Er is een samenhang gevonden tussen de mate van slaaptekort bij jongeren en ongeoorloofd verzuim, en tussen slaaptekort en ziekteverzuim op school bij deze jongeren. Ook is er een samenhang gevonden tussen de mate van slaaptekort bij jongeren en te laat komen op school. Voor deze laatste groep blijft de samenhang bestaan na correctie voor achtergrondkenmerken en psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik. De samenhang tussen de mate van slaaptekort en ongeoorloofd verzuim en ziekteverzuim is niet significant na correctie voor psychosociale gezondheid, lichamelijke gezondheid en genotmiddelengebruik. Verzuim en slaaptekort spelen beide een belangrijke rol als aanwijzing voor mogelijke sociaal-emotionele problemen van de leerling. Gegeven de groeiende aandacht in de jeugdgezondheidszorg voor het psychosociaal welzijn van de leerlingen, verdient dit verdere versterking en aandacht.

Dankbetuiging Dit onderzoek is verricht in het kader van de tweede fase van de opleiding tot Arts Maatschappij en Gezondheid van de eerste auteur. Hierbij danken wij de leerwerkgroep van de NSPOH onder leiding van Willy-Anne van Stiphout, en Marleen Johannes en Eva Loomans voor hun begeleiding en adviezen. Zeer veel dank gaat uit naar de deelnemende scholen en vooral hun deelnemende leerlingen.

De ontwikkelaar van de CSRQ heeft toestemming verleend om de vragenlijst te gebruiken voor dit onderzoek, waarvoor dank.

Literatuur

- Dahl RE, Lewin DS. Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *J Adolesc Health*. 2002;31(6):175–84.
- Dahl RE. The consequences of insufficient sleep for adolescents: links between sleep and emotional regulation. *Phi Delta Kappan*. 1999;80:354–9.
- Dongen EV van, Thielen JW, Takashima A, et al. Sleep supports selective retention of associative memories based on relevance for future utilization. *PLoS ONE*. 2012;7(8):e43426.
- Walker MP, Stickgold R. Sleep, memory and plasticity. *Annu Rev Psychol*. 2006;57:139–66.
- Gibson ES, Powles PA, Thabane L, et al. Sleepiness is serious in adolescence: two surveys of 3235 Canadian students. *BMC Public Health*. 2006;6:116.
- Dewald-Kaufmann JF. Chronic sleep reduction in adolescents. Amsterdam: Faculteit der Maatschappijen Gedragswetenschappen, Universiteit van Amsterdam; 2012.
- Yan B, Slagle M. School start time and academic achievement: a literature overview. Blue Valley School District. Publicatiedatum augustus 2006. www.bluevalleyk12.org. Geraadpleegd op 6 april 2014.
- Millman RP. Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences and treatment strategies. *Pediatrics*. 2005;115:1774. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0772>.
- Pasch KE, Laska MN, Lytle LA, et al. Adolescent sleep, risk behaviors and depressive symptoms: are they linked? *Am J Health Behav*. 2010;34:237–48.
- Meijer AM. Chronic sleep reduction, functioning at school and school achievement in preadolescents. *J Sleep Res*. 2008;17:395–405.
- Dewald-Kaufmann JF, Meijer AM. Why sleep matters: individual differences in sleep need and vulnerability to sleep loss. Proefschrift, under review. Hoofdstuk 5.
- Carskadon MA, Wolfson AR, Acebo C, et al. Adolescent sleep patterns, circadian timing and sleepiness at a transition to early school days. *Sleep*. 1998;21:871–81.
- National Sleep Foundation. Backgrounder: Later School Start Times, Sleepfoundation. www.sleepfoundation.org, https://sleepfoundation.org/sites/default/files/STREP_changes_1.png, <http://sleepfoundation.org/sleep-news/backgrounder-later-school-start-times>. Geraadpleegd op 25 april 2013.
- Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Dev*. 1998;69:875–87.
- Carskadon MA, Harvey K, Duke P, et al. Pubertal changes in daytime sleepiness. *Sleep*. 1980;2:453–60.
- Foster R. Why teenagers really do need an extra hour in bed. *New Scientist*. 17 april 2013. www.newscientist.com/article/mg21829130-100-why-teenagers-really-do-need-an-extra-hour-in-bed. Geraadpleegd op 17 december 2014.
- Fredriksen K, Rhodes J, Reddy R, et al. Sleepless in Chicago: tracking the effects of adolescent sleep loss during the middle school years. *Child Dev*. 2004;75:84–95.
- Leger D, Beck F, Richard JB, et al. Total sleep time severely drops during adolescence. *PLoS ONE*. 2012;7(10):e45204.
- National Sleep Foundation. Sleep in America poll 2006. 2006. <http://sleepfoundation.org/sleep-polls-data/sleep-in-america-poll/2006-teens-and-sleep>. Geraadpleegd op: 25 apr 2013.
- Khaled Y. Nooit meer vroeg naar school. Publicatiedatum 22 februari 2012. www.wetenschap24.nl/nieuws/artikelen/2012/februari/Nooit-meer-vroeg-naar-school. Geraadpleegd op 25 maart 2013.
- Traag T. Early school-leaving in the Netherlands, a multidisciplinary study of risk and protective factors explaining early school-leaving. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2012.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. <http://www.aanvalopschooluitval.nl/>. Geraadpleegd op 20 maart 2014.
- Hartkamp JP. Monitor voortijdig schoolverlaten Rotterdam 2005. Amsterdam: DESAN Research Solutions; 2005.
- Haagmans ML, Kamphuis M. Schoolverzuim als signaal van psychosociale problemen. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2014;158:A7269.
- Vanneste YT, Rots C, Goor Ivande, et al. Medische advisering ziekgemelde leerlingen door de jeugdarts (M@z). *TSG*. 2012;90:412–9.
- Berends I, Diest H van. Schoolverzuim verklaard, een overzicht van protectieve en risicofactoren. Master's Thesis. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2015.
- Markenstein LF. Handreiking privacybescherming epidemiologie. Utrecht: GGD Nederland; 2007.
- Vuuren CL van, Dieren L van, Wal MF van der. Risicotaxatie en E-MOVO binnen de Amsterdamse JGZ. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz*. 2012;44:12–9.
- RIVM, GGD Nederland, Actiz. <https://www.monitoregezondheid.nl/>. Geraadpleegd op 24 september 2016.
- Keij I. Hoe doet het CBS dat nou? Standaarddefinitie allochtonen. Index. 2000;10:24–5.
- Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581–6.

32. RIVM, Volksgezondheidszorg.info. Ervaren gezondheid →Cijfers & Context→Huidige situatie. 2017. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ervaren-gezondheid/cijfers-context/huidige-situatie#definities>. Geraadpleegd op 24 september 2016.
33. Dewald JF, Short M, Gradisar M, et al. The Chronic Sleep Reduction Questionnaire (CSRQ): a cross-cultural comparison and validation in Dutch and Australian adolescents. *J Sleep Res.* 2012;21:584–94.
34. Onderwijs in cijfers. Schooladvies en heroverweging schooladvies. 2017. <https://www.onderwijsincijfers.nl/kengetallen/primair-onderwijs/deelnemerspo/schooladvies>. Geraadpleegd op 20 oktober 2018.
35. Bogt T ter, Lieshout M van, Eijkemans Y. Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten. Twee onderzoeken naar de actuele en gepercipieerde rol van alcohol en cannabis in relatie tot spijbelen, schoolprestaties, motivatie en uitval. Utrecht: Universiteit Utrecht, Trimbos-instituut; 2009.
36. Johnson EO, Breslau N. Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug Alcohol Depend.* 2001;64:1–7.
37. Pieters S, Vorst H van der, Burk WJ, et al. Puberty-dependent sleep regulation and alcohol use in early adolescents. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010;34:1512–8.
38. Pieters S, Burk WJ, Vorst H van der, et al. Prospective relationships between sleep problems and substance use, internalizing and externalizing problems. *J Youth Adolesc.* 2015;44:379–88.
39. Veerman CACD, Vuuren CL van, Verhoeff AP. Hangengamen en sociale-mediagebruik samen met schoolverzuim? *TSG.* 2017;95:169–79.
40. Slaaponderwijs voor middelbare scholen. 2017. www.sleepworks.nl/. Lancering lespakket Charge Your Brainzzz. 2017. <https://www.hersenstichting.nl/actueel/nieuws/lancering-lespakket-charge-your-brainzzz>. Slaapprogramma voor jongeren. 2010. <https://www.slimslapen.nl/>. Geraadpleegd op 24 september 2017.
41. Wahlstrom K. Examining the impact of later high school start times on the health and academic performance of high school students: a multi-site study. St. Paul: University of Minnesota; 2014.
42. Adolescent sleep working group (American Academy of Pediatrics). School start times for adolescents. *Pediatrics.* 2014;134:642–9.
43. Owens J. Insufficient sleep in adolescents and young adults: an update on causes and consequences. *Pediatrics.* 2014;134:e921–e2.



Overwegingen om te kiezen voor een soa-test bij de GGD

Manon T. M. Pelgrim · Karlijn J. G. Kampman · Henny Rexwinkel · Alma Tostmann · Jeannine L. A. Hautvast

Published online: 9 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Samenvatting Personen uit een ‘risicogroep voor soa’ kunnen kiezen of zij een soa-test doen bij de GGD, de huisarts of een andere instelling. Wij hebben onderzocht welke overwegingen bij bezoekers van het Centrum Seksuele Gezondheid van vier GGD’en een rol hebben gespeeld bij hun keuze om voor een soa-test naar de GGD te gaan. Personen die een GGD in de regio Oost bezochten voor een soa-consult werden gevraagd een vragenlijst in te vullen als ze behoorden tot minimaal een van de volgende vier risicogroepen: mannen die seks hebben met mannen (MSM), personen gewaarschuwd voor een soa, personen met klachten passend bij een soa en jongeren onder de 25 jaar. Er werden 609 personen geïnccludeerd. De volgende overwegingen vonden zij belangrijk in hun keuze om voor een soa-test naar de GGD te gaan: de deskundigheid van de GGD (96%), het gemak van het maken van een afspraak bij de GGD (90%), de anonimiteit bij de GGD (69%), de gratis soa-test bij de GGD (65%).

Trefwoorden soa · testen · overwegingen · GGD

Reasons why people choose to get tested for STI at a public health service

Abstract Individuals from a risk group can choose STI consultation at the Public Health Service (PHS), the

GP or another institution. This study aimed to identify important reasons for the choice of an STI-consult at the PHS. A questionnaire was offered to clients who visited the PHS in the eastern region of the Netherlands for an STI-consult if they belong to at least one of the four risk groups: men who have sex with men (MSM), people warned for an STI, people with complaints appropriate for an STI and young people. We included 609 questionnaires. Important reasons to visit the PHS are 1) expertise of the PHS (96%), 2) making an appointment for an STI-consult at the PHS is easy (90%), 3) anonymity at the PHS (69%) and 4) free STI-testing at the PHS (65%). Analysis shows almost no difference between the risk groups.

Keywords sexually transmitted diseases · public health · patient acceptance of health care · Public Health Service

Inleiding

In Nederland wordt de eerstelijnssoa-zorg (testen en behandelen) uitgevoerd door huisartsen en door artsen en verpleegkundigen van het Centrum Seksuele Gezondheid (CSG) van de GGD’en. Daarnaast wordt er in de tweede lijn ook op soa getest en is er een groeiend aanbod van anonieme online te bestellen thuis-tests. Huisartsen verrichten ongeveer twee derde deel van de eerstelijnssoa-zorg [1–3].

Het CSG van de GGD’en maakt in Nederland gebruik van de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheid. Deze zorg vormt een aanvulling op de huisartsenzorg en is niet bedoeld als vervanging ervan [4]. De regeling moet ervoor zorgen dat groepen met een hoog risico op soa en daarmee een mogelijk gevaar voor de volksgezondheid, zich laten testen en behandelen voor soa, als ze daarvoor niet naar hun eigen huisarts kunnen of willen gaan, of er geen geld voor

M. T. M. Pelgrim (✉) · H. Rexwinkel
 Veiligheids- en gezondheidsregio Gelderland-Midden/GGD
 Gelderland-Midden, Arnhem, Nederland
manon.pelgrim@vggm.nl

K. J. G. Kampman
 GGD Twente, Enschede, Nederland

A. Tostmann · J. L. A. Hautvast
 Afdeling Eerstelijnsgezondheidskunde, Radboudumc,
 Academische Werkplaats AMPHI, Nijmegen, Nederland



kunnen of willen betalen. De volgende personen vallen onder deze risicogroepen:

- mannen die seks hebben met mannen (MSM);
- prostitués (werkzaam in de laatste zes maanden);
- personen afkomstig uit een soa-endemisch gebied volgens de lijst soa/hiv-endemische landen van het RIVM [5];
- personen met een partner uit de groep MSM of uit een soa-endemisch gebied;
- personen die door een sekspartner voor een soa zijn gewaarschuwd;
- personen met klachten die wijzen op een soa;
- personen jonger dan 25 jaar;
- personen die seksueel geweld hebben meegemaakt;
- personen die eerder een soa hebben gehad.

In de praktijk blijkt dat mensen uit deze risicogroepen ook naar hun huisarts gaan [3, 6–8]. De laatste jaren was er bij zowel de huisarts als het CSG een stijging van het aantal consulten te zien (van 93.331 in 2009 naar 141.191 in 2014 bij de GGD en van 172.575 in 2010 naar 290.000 in 2013 bij de huisarts) [3, 8–11]. Momenteel lijkt er sprake van een afvlakking van het aantal consulten (143.139 consulten in 2016 bij de GGD en geschat 266.200 consulten in 2015 bij de huisarts) [12]. De toename van consulten heeft gevolgen voor de financiële houdbaarheid van de Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheid. Om deze reden is de regeling in 2013 geëvalueerd en naar aanleiding van de bevindingen is besloten een financieringsplafond in te stellen [13, 14]. Het CSG van de GGD'en krijgt sindsdien een vast bedrag op basis van de omvang van de consulten in 2013 uitgekeerd [14]. Door de blijvende groei in consulten en het financiële plafond raken de GGD-sprekuren echter vol. Langere wachttijden ontstaan en meer mensen worden naar de huisarts verwezen.

Gezien de lange wachttijden, volle spreekuren en het feit dat de regeling bedoeld is ter aanvulling op de reguliere zorg, zijn GGD'en geïnteresseerd in de overwegingen van bezoekers van het CSG van de GGD om zich daar te laten testen. Het is echter niet bekend waarom sommige mensen zich bij de GGD laten testen en niet bij de huisarts (de reguliere zorg). Wan-

neer hier inzicht in is verkregen, kan toekomstig soa-beleid mogelijk dusdanig worden aangepast dat mensen die de soa-zorg van de GGD niet per se nodig hebben naar hun huisarts gaan, in plaats van naar de GGD. Daarnaast is het ook belangrijk om het huidige en toekomstige testgedrag van de bezoekers en hun verwachtingen ten aanzien van soa-zorg te kennen, zodat de GGD'en daarop kunnen anticiperen.

Wij hebben gekeken welke overwegingen de grootste rol spelen bij de keuze van personen uit de belangrijkste soa-risicogroepen om voor een soa-test naar de GGD te gaan. Daarnaast hebben we testgedrag, kennis over de soa-zorg door huisarts en verwachtingen ten aanzien van financiën en wachttijd onderzocht.

Methoden

Onderzoeksontwerp

Dit is een dwarsdoorsnedeonderzoek onder cliënten die het CSG van een van de vier deelnemende GGD'en in de regio Oost bezochten, te weten GGD Gelderland-Midden, GGD Gelderland-Zuid, GGD IJsselland en GGD Twente.

Inclusiecriteria

Cliënten werden gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek indien zij het CSG van de GGD voor een soa-test bezochten en behoorden tot ten minste een van de volgende vier risicogroepen: mannen die seks hebben met mannen (MSM), personen gewaarschuwd voor een soa (verder 'gewaarschuwd' genoemd), personen met soa-gerelateerde klachten (verder 'personen met klachten' genoemd) en jongeren <25 jaar (verder 'jong' of 'jongeren' genoemd). Per risicogroep werden minimaal 100 personen geïnccludeerd. De overige risicogroepen, zoals beschreven in de inleiding, zijn niet geïnccludeerd omdat deze groepen het CSG in verhouding weinig bezoeken.

Dataverzameling

In februari en maart 2016 werden cliënten van het CSG gevraagd om voorafgaand aan hun consult een schriftelijke Nederlandstalige vragenlijst in te vullen. Deelname aan het onderzoek was geheel anoniem. Als cliënten de uitgereikte vragenlijst niet wilden invullen, konden zij een blanco vragenlijst in een envelop doen en retourneren.

De vragenlijst bestond uit de volgende onderdelen: demografische gegevens (geslacht, leeftijd en opleidingsniveau, maar geen identificerende gegevens, zoals naam, adres en woonplaats, en vragen naar het land van herkomst); vier 'stellingen' over overwegingen die een rol kunnen spelen bij de afweging om voor de soa-test naar de GGD te komen (helemaal oneens; beetje oneens; beetje eens; helemaal eens); zes 'overwegingen' met betrekking tot de keuze om

Kernpunten

- Dit onderzoek laat overwegingen zien die een rol hebben gespeeld bij de keuze om een soa-test bij een CSG te doen.
- Personen uit een van de volgende vier risicogroepen vulden een vragenlijst in: mannen die seks hebben met mannen, personen gewaarschuwd voor een soa, personen met klachten passend bij een soa en jongeren onder de 25 jaar.
- De deskundigheid van de GGD, de anonimiteit bij de GGD en het gratis testen waren belangrijk bij deze keuze.

naar de GGD te komen voor een soa-consult waarvan men moest aangeven hoe belangrijk men ze vond (niet belangrijk, beetje belangrijk, belangrijk, heel belangrijk) en waarvan één overweging ook als belangrijkste moest worden gekozen; vragen over testgedrag, kennis over de soa-zorg door de huisarts en verwachtingen ten aanzien van financiën en wachttijd.

In januari 2016 is een pilotvragenlijst voorgelegd aan negen cliënten op het CSG van de GGD. Op grond van de pilot werd de vragenlijst aangepast. Deze negen cliënten zijn niet meegenomen in het onderzoek.

Indien minder dan de helft van de 'overwegingen' of minder dan de helft van de totale vragenlijst was ingevuld, werd de vragenlijst geëxcludeerd.

Analyse

De gegevens uit de vragenlijsten werden in NETQ ingevoerd en vervolgens geanalyseerd met behulp van SPSS-versie 21. Voor alle categorische variabelen werden aantallen (percentages) berekend. Bij de analyses van de 'stellingen' zijn de antwoorden 'helemaal mee oneens' en 'beetje mee oneens' samengevoegd tot oneens, en 'beetje mee eens' en 'helemaal mee eens' samengevoegd tot eens. Bij de analyses van de 'overwegingen' zijn de antwoorden 'niet belangrijk' en 'beetje belangrijk' samengevoegd tot 'niet belangrijk', en 'belangrijk' en 'heel belangrijk' samengevoegd tot 'belangrijk'.

Voor de vraag hoeveel personen bereid waren om te betalen en hoeveel tijd ze bereid waren te wachten op een consult werden de mediaan en de 25ste en 75ste percentielen berekend.

De antwoorden op de stellingen en overwegingen werden zowel voor de hele onderzoekspopulatie als per risicogroep geanalyseerd om inzicht te krijgen in de overwegingen die de grootste rol speelden in de afzonderlijke risicogroepen. Mensen konden tot meer dan een risicogroep behoren (bijvoorbeeld zowel MSM als jonger dan 25 jaar).

Vergelijkingen tussen de risicogroep en de overige groep werden gedaan met behulp van de chikwadraattoets.

Privacy en ethische aspecten

Dit onderzoek is op 20 december 2015 voorgelegd aan de Commissie Mensgebonden Onderzoek van het Radboud Universitair Medisch Centrum. Op 5 januari 2016 werd beoordeeld dat dit onderzoek met dossiernummer 2015-2246 niet getoetst hoeft te worden volgens de WMO.

Resultaten

Per GGD waren 170 vragenlijsten beschikbaar (in totaal 680). Er zijn 643 ingevulde vragenlijsten geretourneerd. Van de respondenten behoorden er 21 niet tot de vier risicogroepen en dertien vragenlijsten waren

onvolledig ingevuld – al deze respondenten zijn geëxcludeerd. In totaal werden 609 ingevulde vragenlijsten geïnccludeerd.

De kenmerken van de onderzoekspopulatie en de risicogroepen zijn weergegeven in tab. 1. De onderzoekspopulatie bestond voor het merendeel uit mannen (56%), hoogopgeleiden (64% had ten minste havo gedaan) en jongeren <25 jaar (68%). De verdeling van de populatie over de risicogroepen was 188 MSM, 134 gewaarschuwd, 144 personen met klachten en 412 jongeren – de deelnemers konden tot meerdere risicogroepen behoren. Bij de risicogroepen is te zien dat de gemiddelde leeftijd bij MSM hoger is dan bij gewaarschuwd, personen met klachten en uiteraard jongeren. Het aantal deelnemers bij de vier deelnemende GGD'en was gelijk.

Redenen die belangrijk worden gevonden

De 'deskundigheid van de GGD' werd door 96% van de totale onderzoekspopulatie belangrijk gevonden (spreiding in de risicogroepen was 95–98%). Dat men 'anoniem' kan zijn vindt 69% van de totale onderzoekspopulatie belangrijk. In de verschillende groepen varieerde dit percentage tussen de 67 en 72% (zie tab. 2 en fig. 1). Tevens vindt 90% het gemakkelijk om een afspraak voor een soa-test met de GGD te maken, terwijl minder dan de helft van de respondenten het gemakkelijk vindt een afspraak voor een soa-test bij de huisarts te maken (43%). De tijden waarop het spreekuur werd gehouden was eveneens voor minder dan de helft van de respondenten van belang (43%). De overige stellingen en redenen waren voor meer dan de helft van de respondenten belangrijk.

Belangrijkste redenen

Bij de keuze voor de belangrijkste reden hebben 31 personen per abuis meerdere overwegingen aangegeven en vijf personen hebben geen belangrijkste overweging aangegeven; deze personen zijn niet mee genomen in de analyses.

In fig. 2 wordt de keuze voor de belangrijkste reden om te testen bij de GGD weergegeven indien men slechts één overweging mocht kiezen. Die overwegingen zijn 1) de deskundigheid van de GGD (37%), 2) het soa-onderzoek is gratis (28%) en 3) anonimiteit bij de GGD (27%). MSM, gewaarschuwd en personen met klachten vinden deskundigheid de belangrijkste overweging. Jongeren vinden zowel het gratis testen als de deskundigheid de belangrijkste redenen (beide 32%). Er is onderscheid tussen de verschillende groepen. MSM vinden deskundigheid vaker de belangrijkste overweging ten opzichte van de overige groep (46% versus 32% van de overige groep; $p=0,001$). Bij personen met klachten lijkt het dat zij het gratis testen minder vaak het belangrijkste vinden vergeleken met personen zonder klachten (23% versus 30%), maar dit is niet significant ($p=0,095$). Bij jongeren is het gratis

Tabel 1 Overzicht van de demografische gegevens van de deelnemers aan het onderzoek die het CSG bezochten

	Totaal ^a (n= 609)		MSM (n= 188)		Gewaarschuwd (n= 134)		Klachten (n= 144)		Jong <25 jaar (n= 412)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Geslacht										
Man	343	56,3	188	100,0	78	58,2	60	41,7	170	41,3
Vrouw	266	43,7	–	–	56	41,8	84	58,3	242	58,7
Risicogroep^a										
<i>MSM</i>										
Ja	188	30,9	188	100,0	30	22,4	16	11,1	50	12,1
Nee	421	69,1	–	–	104	77,6	128	88,9	362	87,9
<i>Gewaarschuwd</i>										
Ja	134	22,0	30	16,0	134	100,0	26	18,1	70	17,0
Nee	475	78,0	158	84,0	–	–	118	81,9	342	83,0
<i>Klachten</i>										
Ja	144	23,6	16	8,5	26	19,4	144	100,0	102	24,8
Nee	465	76,4	172	91,5	108	80,6	–	–	310	75,2
<i>Jonger dan 25 jaar</i>										
Ja	412	67,7	50	26,6	70	52,2	102	70,8	412	100,0
Nee	197	32,3	138	73,4	64	47,8	42	29,2	–	–
Opleidingsniveau										
Laag	9	1,5	2	1,1	3	2,2	1	0,7	7	1,7
Midden	206	33,8	70	37,2	45	33,6	53	36,8	127	30,8
Hoog	392	64,4	115	61,2	85	63,4	90	62,5	277	67,2
Anders	2	0,3	1	0,5	1	0,7	0	0,0	1	0,2
Leeftijd										
15–19 jaar	103	16,9	11	5,9	17	12,7	30	20,8	103	25,0
20–24 jaar	309	50,7	39	20,7	53	39,6	72	50,0	309	75,0
25–29 jaar	59	9,7	25	13,3	25	18,7	23	16,0	–	–
30–39 jaar	42	6,9	31	16,5	14	10,4	6	4,2	–	–
40–49 jaar	51	8,4	44	23,4	8	6,0	7	4,9	–	–
≥50 jaar	42	6,9	35	18,6	17	12,7	6	4,2	–	–
Onbekend	3	0,5	3	1,6	0	0,0	0	0,0	–	–
Bezochte GGD										
GGD Gelderland-Midden	160	26,3	53	28,2	28	20,9	39	27,1	110	26,7
GGD Gelderland-Zuid	153	25,1	20	10,6	24	17,9	30	20,8	131	31,8
GGD IJsselland	154	25,3	55	29,3	42	31,3	42	29,2	96	23,3
GGD Twente	142	23,3	60	31,9	40	29,9	33	22,9	75	18,2

^aAantallen van verschillende risicogroepen tellen niet op tot totaal aantal personen, omdat personen tot meerdere risicogroepen kunnen behoren.

testen vaker de belangrijkste reden vergeleken met de overige groep (32 % versus 20 % ($p=0,002$). De deskundigheid vinden ze minder vaak het belangrijkste vergeleken met de overige groep (31,7 % versus 46,5 %; $p=0,001$).

Testgedrag, kennis en verwachtingen

Naast de overwegingen om naar de GGD te gaan hebben de respondenten ook informatie gegeven over hun testgedrag, hun kennis over soa-zorg en hun verwachtingen ten aanzien van financiën en wachttijd (zie tab. 3). Van de respondenten is 62 % eerder getest op soa. Van hen werd 80 % getest bij de GGD, 34 % bij de huisarts, 3 % elders en van 3 % was dit onbekend.

Drieëntachtig personen (14 %) wisten niet dat de huisarts ook soa-consulten verricht.

Verder bleek dat 6 % de huisarts wel wist te bereiken voor een soa-test, maar dat ze door de huisarts verwezen waren naar de GGD. Van alle respondenten in dit onderzoek denkt 4 % ooit een soa-test bij de huisarts te zullen doen, denkt 62 % dit misschien te gaan doen en geeft 33 % aan dit nooit te zullen doen. Tweeënvijftig procent van de MSM geeft aan nooit naar de huisarts te zullen gaan voor een test, vergeleken met 30 % van de overige groep ($p=0,011$). Zesenzestig procent van de jongeren geeft aan misschien in de toekomst naar de huisarts te gaan, vergeleken met 54 % van de overige groep ($p=0,01$). Vijfenzeventig procent van de personen die eerder bij de huisarts

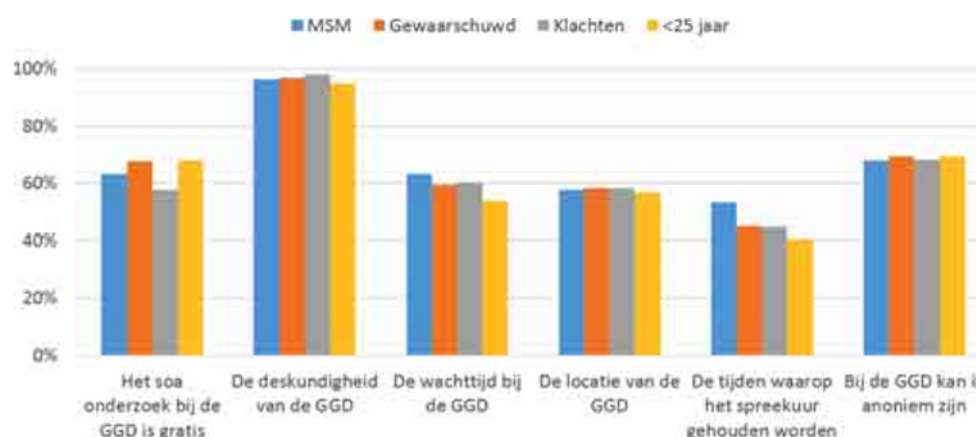
Tabel 2 Overzicht van redenen om naar de GGD te gaan ($n = 609$)^a

Redenen om naar de GGD te gaan	n belangrijk ^b / n totaal ingevuld	% belangrijk
Het soa onderzoek is gratis	392/604	64,9
De deskundigheid van de GGD	577/602	95,8
De wachttijd bij de GGD	340/598	56,9
De locatie van de GGD	341/594	57,4
De tijden waarop het spreekuur gehouden wordt	263/594	44,3
Bij de GGD kan ik anoniem zijn	421/607	69,4
Anders ^c	12/609	2,0
	n eens ^b / n totaal ingevuld	% eens
Een afspraak maken voor een soa-test bij de GGD vind ik gemakkelijk	549/607	90,4
Een afspraak maken voor een soa-test bij de huisarts vind ik gemakkelijk	252/580	43,4
Ik zocht op internet waar ik terecht kon voor een soa-test en kwam bij de GGD uit	296/591	50,1
Via bekenden kwam ik bij de GGD terecht voor een soa-test	371/594	62,5

^aIn verband met ontbrekende waarden zijn de totalen niet overal gebaseerd op $n = 609$.

^bHet aantal en het percentage belangrijk zijn gebaseerd op alle respondenten die de reden belangrijk of heel belangrijk vonden. Het aantal en het percentage eens zijn gebaseerd op alle respondenten die het beetje eens of helemaal eens waren met de stellingen.

^cBij het antwoord 'anders' werden verschillende antwoorden gegeven, bijvoorbeeld 'goede service GGD', 'schaam me voor de huisarts', 'ik ken de huisarts te goed', 'ik weet niet waar het anders kan', enzovoort.

Figuur 1 Alle redenen die belangrijk werden gevonden per risicogroep

zijn getest verwacht in de toekomst misschien of zeker wel een test via de huisarts te doen, vergeleken met 59% van degenen die niet eerder bij de huisarts zijn getest ($p < 0,001$). Indien personen eerder bij de GGD zijn getest lijken zij minder geneigd om in de toekomst naar de huisarts te gaan, maar dit is niet significant (27% versus 38%, $p = 0,13$).

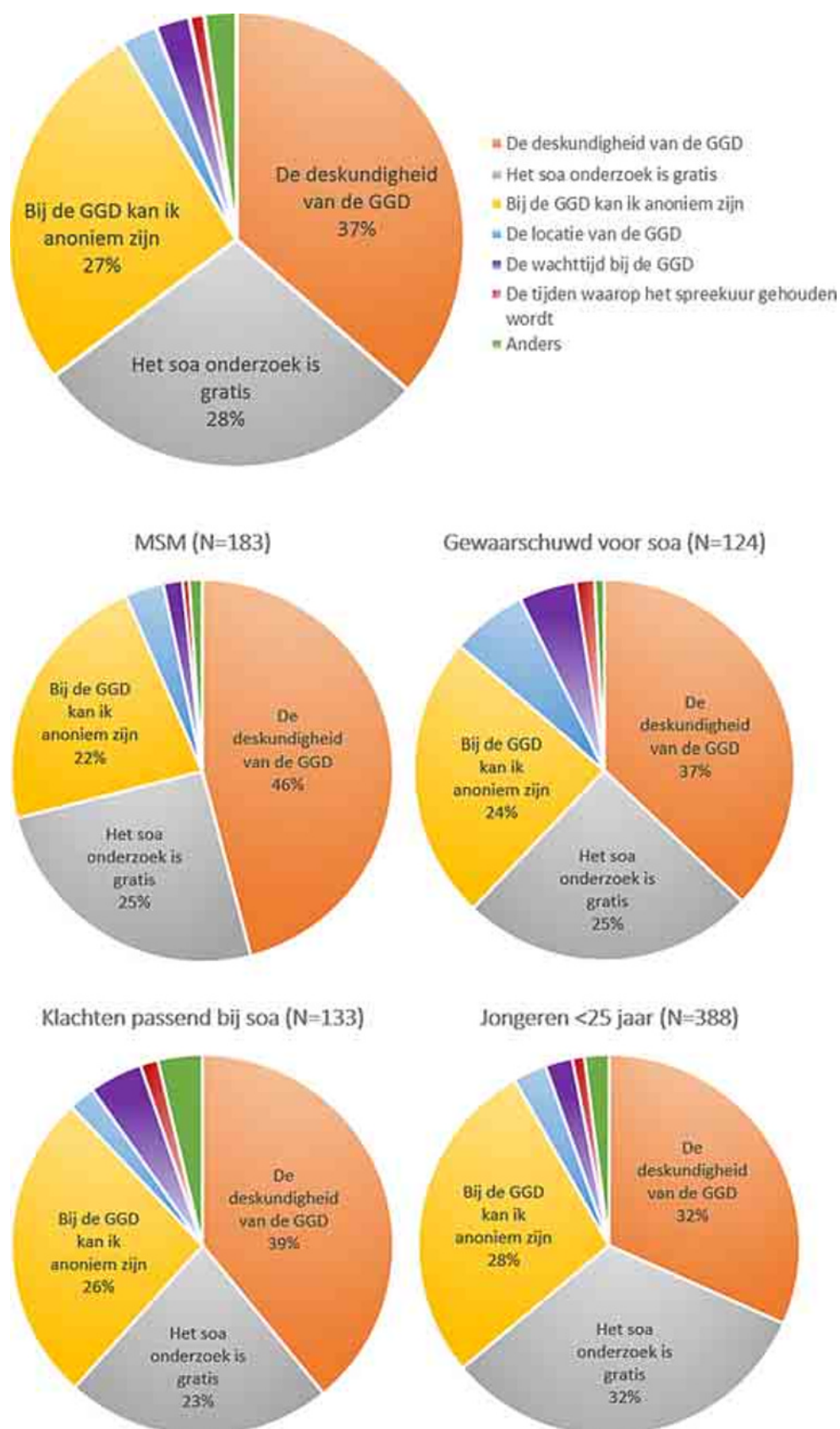
De mediane maximale kosten die respondenten aangaven bereid zijn te betalen voor een soa-test was 20 euro (P25–P75: 10–30 euro). Het mediane aantal weken dat respondenten maximaal willen wachten op een soa-test bedraagt twee weken (P25–P75: 1 week – 2 weken). Op de vraag wat te doen als cliënten de wachttijd te lang vinden konden meerdere antwoorden tegelijk worden gegeven. Drieënveertig procent geeft aan naar de huisarts te zullen gaan, 8% zegt een test via internet te doen, 54% geeft aan 'toch naar de eigen GGD te gaan' en wacht dus langer dan gewenst. Van de mensen die aangeven geen soa-test te zullen doen hebben vijftien respondenten (2,5%) dit als enige optie aangegeven.

Beschouwing

Dit onderzoek laat zien dat vooral 'de deskundigheid van de GGD', 'het gemakkelijk vinden om een afspraak te maken bij de GGD', 'de gratis soa-test bij de GGD' en 'anonymiteit bij de GGD kan' belangrijke overwegingen zijn bij de keuze van personen uit de belangrijkste soa-risicogroepen om voor een soa-test naar de GGD te gaan.

Voor zover bekend is dit het eerste onderzoek in Nederland na de invoer van de Regeling Aanvullende Curatieve Soa in 2006 dat gericht is op de overwegingen om naar het CSG van de GGD te gaan. Leenaars et al. toonden in Nederland ruim twintig jaar geleden wel aan dat vooral factoren als 'huisarts en familie zijn niet op de hoogte', 'schaamte', 'vermeende deskundigheid' en 'angst voor afkeur seksgedrag' een rol speelden in de overweging om een bezoek aan een soa-polis te brengen in plaats van aan de huisarts [15, 16]. In deze periode was gratis testen bij de GGD versus het eigen risico van zorgverzekeringen nog niet aan de orde en werden deze factoren niet meegenomen.

Figuur 2 Verdeling van de redenen die werden gekozen tot belangrijkste reden volgens alle respondenten die de vraag hadden ingevuld ($n = 573$) in het algemeen en per risicogroep



Tabel 3 Kenmerken van testgedrag en kennis en verwachtingen van soa-zorg (Nmax = 609)^a

	n/n totaal ^a	%
Bewuste keuze voor GGD		
Ja	506/597	84,8
Nee	91/597	15,2
Eerder getest op soa		
Ja ^b	377/608	62,0
Indien ja, waar getest?		
Huisarts	129/377	34,2
GGD	303/377	80,4
Anders	13/377	3,4
Onbekend	11/377	2,9
Nee	231/608	37,9
Bekend dat huisarts ook test		
Ja	521/604	86,2
Nee	83/604	13,7
Door huisarts naar GGD verwezen ^c		
Ja	39/511	7,6
Nee	472/511	92,3
Toekomst test door huisarts		
Ja	25/602	4,1
Nee	202/602	33,6
Misschien	375/602	62,3
Huidige wachttijd		
Kort	158/601	26,2
Precies goed	351/601	58,4
Lang	92/601	15,3
Indien langere wachttijd dan gewenst, waarheen voor soa-test ^b		
Huisarts	257/601	42,8
Via internet	47/601	7,8
Eigen GGD, langer wachten	327/601	54,4
Geen test	25/601	4,2
Anders	20/601	3,3
Maximaal gewenste bedrag soa-test (n= 562)		
Mediaan	€ 20,00	
25 ^e percentiel	€ 10,00	
75 ^e percentiel	€ 30,00	
Maximaal gewenste wachttijd (n= 599)		
Mediaan	2 weken	
25 ^e percentiel	1 week	
75 ^e percentiel	2 weken	

^aIn verband met ontbrekende waarden zijn de totalen niet overal gebaseerd op n= 609.

^bMeerdere antwoorden mogelijk.

^cPersonen die niet wisten dat ze door de huisarts konden worden getest zijn geëxcludeerd in deze vraag.

In het Verenigd Koninkrijk en Australië werd recenter onderzoek verricht naar overwegingen om een soa-poli te bezoeken in plaats van de huisarts. Net als dit onderzoek toonde dat aan dat deskundigheid en geheimhouding belangrijk zijn, maar ook dat 'gedrag van de medewerker' en 'schaamte tegenover de huisarts' een belangrijke rol spelen [17–21]. Hierbij

moet ten eerste worden opgemerkt dat deze onderzoeken onderscheid maakten tussen geheimhouding en anonimiteit, waarbij geheimhouding belangrijk en anonimiteit minder belangrijk worden gevonden [18, 21]. Onze vragenlijst bevatte alleen de factor anonimiteit, waaronder beide items vielen. De data gaven geen aanleiding tot het vermoeden dat respondenten dit als alleen anonimiteit hebben geïnterpreteerd, bij 'anders' werd geen enkele keer geheimhouding vermeld. Ten tweede zijn schaamte en gedrag in dit onderzoek slechts door enkele respondenten genoemd. Een verklaring daarvoor is echter dat hier in de vragenlijst niet actief naar werd gevraagd. Een deel van de respondenten heeft dit onder 'andere overweging' vermeld. Net als ons onderzoek vinden buitenlandse onderzoeken ook dat locatie en wachttijd minder belangrijke overwegingen zijn voor testen bij een soa-poli [17, 21].

In ons onderzoek is twee derde van de respondenten eerder getest op een soa. Een derde van hen is eerder bij de huisarts geweest voor een soa-test. Het is bekend dat ongeveer 70 % van alle soa-consulten in Nederland plaatsvindt bij de huisarts [1–3]. Een deel van de bezoekers aan de huisarts behoort tot personen uit de risicogroepen. Dit zijn in verhouding minder jongeren en MSM, dan bij de CSG van de GGD [3, 6–8].

Opvallend in het onderzoek is dat een klein deel van de respondenten door de huisarts naar de GGD verwezen is. Het is niet bekend waarom zij verwezen zijn. Daarnaast is het opmerkelijk dat een deel (14 %) niet weet dat de huisarts ook soa-consulten kan uitvoeren. Australisch onderzoek vond ook dat een deel van respondenten (23 %) niet weet dat de huisarts ook soa-zorg geeft [17]. Dat lijkt in de regio oost van Nederland wel beter bekend, maar als een deel wordt verwezen door die reguliere zorg en een op de zeven personen niet weet dat een soa-test in de reguliere zorg kan worden gedaan, is dit wel een punt van aandacht. Zeker omdat de soa-zorg van de GGD immers bedoeld is als aanvullende zorg op de reguliere zorg. Bij de voorlichting aan en tijdens overleg met huisartsen kan hier aandacht aan besteed worden.

Voor de risicogroepen is het niet vanzelfsprekend om bij een eventuele toekomstige soa-test naar de huisarts te gaan (tab. 3). Een derde van de mensen verwacht dit in de toekomst nooit te gaan doen. Slechts 4 % denkt in de toekomst wel voor een soa-test naar de huisarts te gaan. Belangrijker nog is dat een grote groep aangeeft misschien wel naar de huisarts te gaan voor een soa-test. Hoewel zorgstelsels internationaal verschillen, werd ook in het Verenigd Koninkrijk en Australië gevonden dat een deel van de bezoekers van de soa-poli best naar de huisarts wil gaan. Soms zijn daar echter voorwaarden voor de huisarts aan verbonden, zoals 'deskundigheid moet goed zijn', 'verkorting van de wachttijd' en 'geheimhouding is in orde' [17, 21, 22]. Jongeren staan er, net als in dit onderzoek, meer open voor om in de toekomst juist naar

de huisarts te gaan [21, 22]. Verder onderzoek is nodig om te begrijpen waarom mensen twijfelen om naar de huisarts te gaan, zodat kan worden bepaald wat deze groep nodig heeft om in de toekomst van de reguliere zorg gebruik te maken.

Een ander opvallend resultaat in dit onderzoek is dat respondenten vinden dat een soa-consult ongeveer 20 euro mag kosten. Dit bedrag staat vaak echter nog redelijk ver af van de daadwerkelijke kosten per consult in het geval alle tests worden ingezet (40 tot 300 euro) [23].

De maximale wachttijd van twee weken die mensen bereid zijn om te wachten komt overeen met de kwaliteitseisen waaraan het CSG moet voldoen [24]. Hoewel bijna iedereen zich bij een langere wachttijd ergens anders zou laten testen of zou instemmen met een langere wachttijd, is het zorgelijk dat een heel klein deel zich niet zou laten testen als de wachttijden bij de GGD te lang zouden zijn. Het is goed om deze groep bij de GGD in beeld te houden om verspreiding van soa beter tegen te gaan.

Dit onderzoek kent een aantal sterke en zwakke punten. Een sterk punt is dat duidelijk wordt wat de redenen zijn van de GGD-bezoeker om bij de GGD een soa-test te laten doen en niet bij de huisarts. Tegelijkertijd ligt daar ook een tekortkoming van het onderzoek. We hebben alleen bij de populatie binnen het CSG van de GGD gekeken. Daarom is het niet duidelijk wat cliënten van een soa-consult bij de huisarts vinden. Onze cliënten vinden de GGD deskundig en kiezen voor die deskundigheid, maar dat wil niet zeggen dat de huisarts minder deskundig is. Het is nodig een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren onder patiënten die voor een soa-test de huisarts bezoeken, zodat we ook inzicht krijgen in de overwegingen van personen die wel gebruikmaken van de reguliere zorg. Als beide bekend zijn kan gekeken worden waar ze elkaar kunnen aanvullen.

Daarnaast is de hoge respons een sterk punt van dit onderzoek. Het voorafgaand aan het consult in de wachtkamer invullen van de vragenlijst is blijkbaar een methodiek die een hoge respons oplevert.

De berekening van de respons is gebaseerd op de aanname dat de verschillende GGD'en alle vragenlijsten hebben uitgedeeld. Of dit daadwerkelijk is gebeurd, is niet bekend. Mochten niet alle vragenlijsten zijn uitgedeeld, dan zou de respons wellicht nog hoger zijn.

De onderzoekspopulatie verschilde niet van de landelijke bezoekers aan alle CSG's in Nederland wat betreft opleiding (64 % hoger opgeleid in de onderzoekspopulatie versus 62 % landelijk), percentage MSM (30,9 % versus 28,2 % landelijk) en leeftijdsverdeling. Het percentage cliënten met klachten verschilde wel (24 % versus 32 % landelijk) [12]. De onderzoekspopulatie was niet volledig representatief voor de bezoekers van het CSG van de GGD in de gehele regio Oost. Het opleidingsniveau lag bij de respondenten hoger dan het opleidingsniveau in de regio (hoogop-

geleiden in het onderzoek 64 % versus regionaal 54 %) [25]. Van de belangrijkste redenen om een CSG te bezoeken heeft dit wellicht alleen invloed op het aspect anonimiteit. Hoger opgeleiden vonden dit minder vaak de belangrijkste reden. Dit zou betekenen dat anonimiteit een belangrijkere overweging is onder de daadwerkelijke bezoekers van het CSG.

Conclusie

In dit onderzoek tonen we aan dat 'de deskundigheid van de GGD', 'het gemakkelijk vinden om een afspraak te maken bij de GGD', 'de gratis soa-test bij de GGD' en 'anonimiteit bij de GGD kan' een rol spelen bij de keuze voor een soa-test bij de GGD. Daarnaast laat dit onderzoek zien dat er mensen zijn die wel tot de doelgroepen van de GGD behoren, maar aangeven bereid te zijn om zich te laten testen bij de huisarts. Het is interessant om dit nader te onderzoeken omdat dat aanknopingspunten kan opleveren voor het reguleren van de grote toestroom naar het CSG van de GGD.

Dankbetuiging Wij danken de bezoekers van de CSG die de vragenlijsten hebben ingevuld; de medewerkers van de GGD Gelderland-Midden, GGD Gelderland-Zuid, GGD IJsselland en de GGD Twente voor het verzamelen van de data; S. Worm, J. Koopmans, F. Molenaar en M. van Goethem voor de invoer van de verkregen data; en C. Waegemaekers voor haar begeleiding tijdens de tweedefaseopleiding Maatschappij en gezondheid, waar het onderzoek deel van uitmaakte.

Literatuur

1. Bergen JE van, Kerssens JJ, Schellevis FG, et al. Sexually transmitted infection health-care seeking behaviour in the Netherlands: general practitioner attends to the majority of sexually transmitted infection consultations. *Int J Std Aids*. 2007;18:374–9.
2. Bergen JE van, Kerssens JJ, Schellevis FG, et al. Prevalence of STI related consultations in general practice: results from the second Dutch National Survey of General Practice. *Br J Gen Pract*. 2006;56(523):104–9.
3. Broek IV van den, Verheij RA, Dijk CE van, et al. Trends in sexually transmitted infections in the Netherlands, combining surveillance data from general practices and sexually transmitted infection centers. *BMC Fam Pract*. 2010;11:39. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-39>.
4. www.soa-aids.nl/nl/professionals/interventies/structurele-interventies/aanvullende-seksuele-gezondheidszorg. Geraadpleegd op 23 juni 2016.
5. www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Professioneel_Praktisch/Richtlijnen/Infectieziekten/Soa/Documenten_ASG/Download/Lijst_soa_hiv_endemische_landen. Laatste update 6 januari 2015. Geraadpleegd op 18 juni 2016.
6. Trienekens SC, Broek IV van den, Donker GA, et al. Consultations for sexually transmitted infections in the general practice in the Netherlands: an opportunity to improve STI/HIV testing. *BMJ Open*. 2013;3(12):e3687. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003687>.
7. Woestenberg PJ, Oeffelen AA van, Stirbu-Wagner I, et al. Comparison of STI-related consultations among ethnic groups in the Netherlands: an epidemiologic study using

- electronic records from general practices. *BMC Fam Pract*. 2015;16:70. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0281-2>.
8. Oeffelen AAM van, Aar F van, Broek IVF van den, et al. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2014. Bilthoven: RIVM; 2015.
9. Donker G, Broek I van den. Seksuele anamnese cruciaal bij soa-consult. *Huisarts Wet*. 2013;56:464.
10. Vriend HJ, Koedijk FDH, Broek IVF van den, et al. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2009. Bilthoven: RIVM; 2010.
11. Trienekens SCM, Koedijk FDH, Broek IVF van den, et al. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2011. Bilthoven: RIVM; 2012.
12. Visser M, Aar F van, Oeffelen AAM van, et al. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2016. Bilthoven: RIVM; 2017.
13. ASG. De lasten van de lusten. Evaluatie Subsidieregeling aanvullende seksuele gezondheidszorg 2012. Utrecht: Andersson Elffers Felix; 2013.
14. Rijn MJ van. Kamerbrief VWS. Evaluatie en wijzigingen regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS; 2014.
15. Leenaars PE, Rombouts R, Kok G. Service attributes and the choice for STD health services in persons seeking a medical examination for an STD. *Soc Sci Med*. 1994;38:363–71.
16. Leenaars PEM, Sandfort THGM, Oliehoek AJM, et al. Waarom mensen wel naar een soa-polikliniek of GGD gaan en niet naar de huisarts met een hiv-testverzoek. *Tijdschr Seksuol*. 1993;17:307–16.
17. Biggs K, Walsh J. Why not the GP? Client preferences for sexually transmissible infection testing in Western Sydney. *Sex Health*. 2015;12:463–4.
18. Ryder N, McNulty AM. Confidentiality and access to sexual health services. *Sex Health*. 2009;6:153–5. <https://doi.org/10.1071/SH08078>.
19. Miners A, Llewellyn C, Pollard A, et al. Assessing user preferences for sexually transmitted infection testing services: a discrete choice experiment. *Sex Transm Infect*. 2012; 510–6. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2011-050215>.
20. Dixon-Woods M, Stokes T, Young B, et al. Choosing and using services for sexual health: a qualitative study of women's views. *Sex Transm Infect*. 2001;77:335–9.
21. Hambly S, Luzzi G. Sexual health services – a patient preference survey. *Int J Std Aids*. 2006;17:372–4.
22. Llewellyn C, Pollard A, Miners A, et al. Understanding patient choices for attending sexually transmitted infection testing services: a qualitative study. *Sex Transm Infect*. 2012;88:504–9. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2011-050344>.
23. Bergen J van. Stop dure soa-tests. *Med Contact (Bussum)*. 2013;79:1606–7.
24. Werkgroep integratie kwaliteitsprofiel soa. Kwaliteitsprofiel hulpverlening seksuele gezondheid. In het kader van de regeling aanvullende seksuele gezondheidszorg. Utrecht: Werkgroep integratie kwaliteitsprofiel soa/Sense RIVM/CIB en GGD Nederland; 2011.
25. Thermometer. Cijfers en trends in soa's en seksualiteitsvragen van de GGD'en in Oost-Nederland. De centra seksuele gezondheid van de vijf GGD'en in Oost-Nederland. Nijmegen: GGD Gelderland-Zuid; 2015. <https://ggdgelderlandzuid.nl/wp-content/uploads/2016/07/4c-Bijlage-2-bij-mededeling-3-Thermometer-Seksuele-Gezondheid-regio-Oost-2016-DEF.pdf>.

Tijdschr gezondheidswet (2018) 96:99–106
<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0118-1>



Zelfmanagementvaardigheden en kwaliteit van leven van kwetsbare, zelfstandig wonende mensen

De rol van wijkverpleegkundigen

Anna Petra Nieboer · Marjan Hoeijmakers · Jane Murray Cramm

Published online: 9 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Samenvatting Dit onderzoek heeft als doel na te gaan of veranderingen in zelfmanagementvaardigheden samenhangen met de kwaliteit van leven van kwetsbare, zelfstandig wonende mensen die zorg ontvangen van wijkverpleegkundigen. Dit longitudinale onderzoek werd uitgevoerd in het kader van een evaluatieonderzoek van het project Zichtbare schakels Rotterdam. Bij dit deelonderzoek, uitgevoerd tussen juli 2013 en november 2014, waren cliënten betrokken van wijkverpleegkundigen in Rotterdam. Om de kwaliteit van de zorg te kunnen evalueren en zo mogelijk verbeteringen door te voeren verzamelden de wijkverpleegkundigen gegevens tijdens persoonlijke gesprekken met de cliënten bij aanvang van de zorgverlening (T0; $n=220$) en bij de afsluiting van de zorgverlening (T1; $n=111$). Bij het onderzoek werden de kwaliteit van leven en de zelfmanagementvaardigheden van deze cliënten gemeten; ook werden relevante achtergrondgegevens genoteerd. Uit het onderzoek blijkt dat de cliënten van wijkverpleegkundigen vooral problemen ervaren met hun dagelijkse activiteiten en te maken hebben met pijn/*discomfort*. Bovendien bleek hun kwaliteit van leven gemeten met de EQ5D (0,51) veel slechter te zijn dan die van kwetsbare ouderen (leeftijd ≥ 70 jaar) in Rotterdam (0,61); van Nederlandse patiënten met een chronische ziekte (CVD (0,83), COPD (0,79) of diabetes (0,83)); en van ouderen (leeftijd ≥ 65 jaar) die recentelijk in het ziekenhuis opgenomen waren geweest (0,80). Bij de afsluiting van de zorgverlening bleken de zelfmanagementvaar-

digheden en de kwaliteit van leven van de cliënten significant verbeterd te zijn. Zowel het niveau van de zelfmanagementvaardigheden op T0 en de veranderingen in die zelfmanagementvaardigheden (T1–T0) waren duidelijk voorspellend voor de kwaliteit van leven op T1. Het investeren in wijkverpleegkundigen heeft mogelijk een gunstige invloed op de gewenste verbetering van de zelfmanagementvaardigheden en de kwaliteit van leven van zeer kwetsbare mensen in de samenleving.

Trefwoorden wijkverpleegkundigen · zelfmanagement · kwaliteit van leven · zichtbare schakels

Self-management abilities and quality of life among frail community-dwelling individuals The role of community nurses

Abstract The objective of the study was to determine whether changes in self-management abilities and quality of life of frail community-dwelling people who receive care from community nurses are associated. This longitudinal study was performed in the context of a larger evaluation study of the 'Zichtbare schakels' (Visible links) programme, conducted to determine the quality of care provided by community nurses to community-dwelling frail people in Rotterdam, the Netherlands. For the current study, clients seen by community workers in Rotterdam between July 2013 and November 2014 participated. Data were gathered via personal interviews by the community nurses as part of care delivery at the start (T0; $n=220$) and end of care delivery (T1; $n=111$ – the remaining 109 clients were still receiving care) to evaluate and improve quality of care. We measured client's quality of life (using the EQ5D), self-management abilities (using the Self-Management Ability Scale) and background characteristics. Results showed that clients

Prof.dr. A. P. Nieboer (✉) · Dr. J. M. Cramm
 Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus
 University Rotterdam, Rotterdam, Nederland
nieboer@eshpm.eur.nl

Dr. M. Hoeijmakers
 Gezondheid in beweging, Bergeijk, Nederland

seen by the community nurses especially experience problems when it comes to usual activities and pain/discomfort. Furthermore, quality of life was much worse among clients of the community nurses (0.51) than among frail older (aged ≥ 70 years) people in Rotterdam (0.61), Dutch patients with chronic illnesses (CVD (0.83), COPD (0.79) or diabetes (0.83)) and older (aged ≥ 65 years) people who had recently been hospitalised (0.80). Significant improvements were seen in client's self-management and quality of life over time. Self-management abilities at T0 and changes in self-management abilities (T1–T0) clearly predicted quality of life at T1. Investing in community health nurses may be beneficial for the improvement of self-management abilities and quality of life among very frail people in the community.

Keywords community nurses · district nurses · quality of life · self-management · visible links

Inleiding

Met de huidige vergrijzing van de bevolking en de steeds grotere druk op het gezondheidszorgstelsel is er behoefte ontstaan aan alternatieve, doelmatige manieren om zorg en ondersteuning te bieden aan kwetsbare, zelfstandig wonende mensen. Om dit doel te bereiken wordt de zorg steeds vaker in de wijk aangeboden [1–6]. Gebleken is dat lichamelijke gebreken en chronische aandoeningen later optreden en dat minder mensen (permanent) in een verpleeghuis hoeven te worden opgenomen wanneer wijkverpleegkundigen de gezondheidstoestand van deze kwetsbare mensen goed vastleggen en thuis zorg verlenen [7, 8]. Door tijdig aandacht te besteden aan gezondheidsbevordering en ziektepreventie kunnen wijkverpleegkundigen onnodige medische handelingen, zorg en ondersteuning als ook verpleeghuisopnamen onder nog zelfstandig wonende gehandicapte en chronisch zieke mensen helpen voorkomen, zodat zij hun onafhankelijkheid en kwaliteit van leven kunnen behouden [5, 9]. Heel veel kwetsbare, zelfstandig wonende

mensen hebben te maken met een combinatie van problemen in meerdere levensdomeinen: niet alleen wat betreft hun lichamelijke gezondheid, maar ook hun sociaal en psychologisch welzijn [10]. Daarom moeten wijkverpleegkundigen op een holistische manier omgaan met de behoeften van kwetsbare mensen, met behoud van de kwaliteit van leven als voornaamste doel, en dit zelfs prioriteit geven bij de behandeling van specifieke aandoeningen en gebreken [11].

Zelfmanagementvaardigheden

Een eerste vereiste voor effectieve zorgverlening is het bieden van hulp bij de ontwikkeling van de noodzakelijke zelfmanagementvaardigheden [12–15]. Voor mensen met een chronische ziekte of een handicap dient deze hulp verder te gaan dan de traditionele focus op acute zorg, dat wil zeggen dat er aandacht moet worden besteed aan vaardigheden om met problemen om te gaan, zelfredzaamheid, en de benadering van en het omgaan met levenssituaties die belangrijk zijn voor deze mensen [16]. Zorg noemen we holistisch als de meeste aandacht uitgaat naar de persoon in plaats van de ziekte [17] en ook gericht is op het versterken van het vermogen van mensen zelf om hun algemene kwaliteit van leven en welzijn te handhaven [11, 18]. Eerder onderzoek laat zien dat zelfmanagementvaardigheden positief samenhangen met lichamelijke gezondheid en beschermend optreden tegen depressieve symptomen in diverse patiëntenpopulaties, bijvoorbeeld bij patiënten met hart- en vaatziekten, diabetes of COPD [18]. Deze zelfmanagementvaardigheden bepalen ook de invloed van veranderingen in het sociale, cognitieve en lichamelijke functioneren, en op de kwaliteit van leven [19], niet alleen bij deze patiënten maar ook bij kwetsbare ouderen na een ziekenhuisopname [20]. Mensen met minder goed ontwikkelde zelfmanagementvaardigheden krijgen eerder te maken met functieverlies en een achteruitgang in hun welzijn.

Steverink, Lindenberg en Slaets hebben de volgende zes zelfmanagementvaardigheden gedefinieerd: 1) het vermogen om positief naar de toekomst te kijken; 2) het geloof in eigen kunnen; 3) het vermogen om initiatief te nemen; 4) het vermogen om te investeren met het oog op voordeel op de langere termijn; 5) het vermogen om voor variëteit te zorgen; en 6) het vermogen om voor multifunctionaliteit te zorgen [21]. Het vermogen om positief naar de toekomst te kijken, zelfs na een ziekte-incident, geeft iemand meer vertrouwen en verlengt de tijds-horizon, waarmee het oppakken en volhouden van activiteiten wordt gestimuleerd, en tegelijkertijd ook het welzijn [21]. Zelfredzaam kunnen zijn, of erin geloven dat men zelf iets kan doen aan het eigen welzijn, maakt het waarschijnlijker dat men de nodige activiteiten onderneemt om het welzijn op peil te houden of te verbeteren [22]. Initiatief nemen als

Kernpunten

- Cliënten die zorg krijgen van wijkverpleegkundigen vormen een groep van kwetsbare, zelfstandig wonende mensen.
- Investeren in zelfmanagementvaardigheden bij deze groep is waardevol. Uit dit onderzoek blijkt dat (veranderingen in) zelfmanagementvaardigheden positief samenhangen met de kwaliteit van leven.
- Hierbij lijkt een belangrijke rol voor de wijkverpleegkundige weggelegd: na het contact met de wijkverpleegkundige blijken zowel de zelfmanagementvaardigheden als de kwaliteit van leven van de cliënten verbeterd.

vaardigheid heeft in dit geval betrekking op het gemotiveerd zijn zelf moeite te doen om een goed welzijn te bereiken. De vierde zelfmanagementvaardigheid betreft het zogenaamde investeringsgedrag, dat wil zeggen het zorgen voor stabiele middelen waarmee het welbevinden op peil kan worden gehouden [21]. Het vermogen om voor variëteit in deze middelen te zorgen (het verwezenlijken en in stand houden van diverse middelen voor iedere dimensie van het welzijn) vormt een bufferfunctie [22]. Een bijzonder belangrijke zelfmanagementvaardigheid is wel de multifunctionaliteit van middelen, oftewel de elkaar wederzijds versterkende effecten van middelen en activiteiten op meerdere aspecten van het welbevinden [21, 23]. Wandelen met een vriend bijvoorbeeld draagt zowel bij aan fysiek welzijn (in beweging zijn), als aan sociaal welzijn (in contact zijn met anderen). Deze zes zelfmanagementvaardigheden kunnen mensen met een chronische aandoening of een handicap betere mogelijkheden bieden om de lasten van de aandoening te dragen (bijvoorbeeld pijn, weinig energie) en een goed algemeen welbevinden te bereiken en in stand te houden. Die vaardigheden motiveren iemand om bezig te blijven, actief te zijn, regelmatig iets te ondernemen (bijvoorbeeld een hobby) en positief te blijven denken. Het leven met een chronische aandoening of een beperking waarbij achteruitgang in het functioneren optreedt, kan iemands zelfmanagementvaardigheden echter ook verzwakken [19, 20].

De rol van de wijkverpleegkundige

Met betrekking tot de wijkzorg is het duidelijk dat er behoefte is aan effectieve zorg voor de gehele persoon en niet alleen voor iemands aandoening, waarbij interventies worden aangeboden ter ondersteuning van de zelfmanagementvaardigheden en men actief wordt aangespoord het algehele welzijn te verbeteren. We weten echter nog niet goed hoe we de zelfmanagementvaardigheden en kwaliteit van leven van kwetsbare mensen in de wijken het beste kunnen verbeteren. De aandacht gaat vaak voornamelijk uit naar acute zorg en naar de kortetermijnbehandeling van de complicaties van ziekten, en er wordt meestal weinig hulp geboden bij het ontwikkelen van bredere zelfmanagementvaardigheden waarmee de kwaliteit van leven of het welzijn in stand kunnen worden gehouden [12, 24]. Van wijkverpleegkundigen wordt verwacht dat zij een uitgebreide beoordeling van iemands gezondheidstoestand kunnen combineren met de nodige (coördinatie van) zorg en zo een verschuiving te weeg kunnen brengen van de traditionele focus naar holistische zorg en ondersteuning.

In Nederland had tot de jaren tachtig van de vorige eeuw de zogenaamde wijkzuster (in het vervolg wijkverpleegkundige genoemd) een belangrijke taak bij de ondersteuning van kwetsbare mensen in de verbetering van hun kwaliteit van leven. Daarna werden

de taken van de wijkverpleegkundige als gevolg van beleidsmatige en economische ontwikkelingen opgesplitst en toegewezen aan gespecialiseerde zorgverleners, het Centraal Indicatie Orgaan en institutionele zorg. Naast deze specialisatie en differentiatie ontstond er schaalvergroting, waardoor de wijkverpleegkundige uit het zicht van de mensen in de wijk verdween [25].

De motie Hamer in 2008 was aanleiding voor het nationaal programma 'Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt', uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Binnenlandse Zaken [26]. In dit programma werden 96 Zichtbare schakel-projecten in 59 gemeenten verspreid over het land uitgevoerd. De extra wijkverpleegkundigen waren werkzaam in wijken met gezondheidsachterstanden, voor een groot deel in de krachtwijken in grote steden zoals Rotterdam. Het doel van het programma Zichtbare schakel was het bevorderen van samenhangende zorg in de wijk, in het bijzonder voor kwetsbare mensen. De zogenaamde Zichtbare schakels kregen de opdracht om een oplossing te bieden voor de meervoudige gezondheidsproblemen van kwetsbare bewoners door het met elkaar verbinden van de diverse professionals en organisaties op het gebied van (preventieve) gezondheidszorg, welzijn, en bijvoorbeeld ook huisvesting en politie. Naast signalerende en coördinerende taken verlenen de Zichtbare schakels in Rotterdam zelf ook thuiszorg. De belangrijkste taken en functies van de Zichtbare schakels zijn als volgt samen te vatten:

- vroegtijdig signaleren en verwijzen;
- zorg en advies – cliënten in contact brengen met de juiste hulp;
- afstemmen van interventies op het gebied van de gezondheid en kwaliteit van leven op de behoeften van de cliënten en de wijk als geheel;
- registratie en follow-ups [25].

Uiteindelijk bestond de toegevoegde waarde van deze wijkverpleegkundigen in het programma Zichtbare schakels uit het kunnen bieden van meer coherente en geïntegreerde zorg. Bovendien lijkt de zorg ook doelmatiger [27, 28]. Door deze vorm van zorg te leveren op wijkniveau kunnen deze wijkverpleegkundigen de nodige, op maat gemaakte hulp bieden aan kwetsbare wijkbewoners, hulp die tegemoetkomt aan individuele behoeften van deze mensen en hun zelfzorg, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven bevordert. Ofschoon het werk van deze wijkverpleegkundigen naar verwachting zal leiden tot betere zelfmanagementvaardigheden en kwaliteit van leven, is hiervoor nog geen empirisch bewijs beschikbaar. Het onderhavige onderzoek werd uitgevoerd om na te gaan of positieve veranderingen in zelfmanagementvaardigheden samenhangen met een verbetering (of geringere achteruitgang) in de kwaliteit van leven

van kwetsbare, zelfstandig wonende mensen die zorg ontvangen van wijkverpleegkundigen.

Methode

Setting en deelnemers

Dit longitudinale onderzoek werd uitgevoerd in het kader van een uitgebreider evaluatieonderzoek van het project Zichtbare schakels Rotterdam naar de kwaliteit van de zorg van wijkverpleegkundigen aan zelfstandig wonende kwetsbare mensen in Rotterdam [28]. De deelnemers aan dit onderzoek waren cliënten van wijkverpleegkundigen in Zichtbare schakels Rotterdam. Tussen juli 2013 en november 2014 namen de wijkverpleegkundigen vragenlijsten af aan het begin (T0; $n=220$) en aan het eind van een zorgtraject (T1; $n=111$). Aan het eind van hun zorgtraject waren de cliënten gemiddeld $4,71 \pm 4,43$ (spreiding 1–20) keer gezien door de wijkverpleegkundigen. Om de kwaliteit van de zorg te evalueren verzamelden de wijkverpleegkundigen gegevens door middel van persoonlijke interviews, als onderdeel van de zorgverlening.

Meetinstrumenten

De primaire uitkomstmaat was de gezondheidsgereleerde kwaliteit van leven (in het vervolg kwaliteit van leven genoemd). De kwaliteit van leven ten aanzien van de mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/klachten en angst/depressie werd gemeten met het gevalideerde EuroQol-instrument (EQ-5D-3L, kortweg EQ5D) [29]. Zogenaamde *utilities* werden berekend door voorkeurswegingen te geven aan de resulterende gezondheidsprofielen, waarbij 1 staat voor de best mogelijke gezondheid, 0 voor de dood of een gezondheid die gelijk wordt gesteld aan de dood en negatieve waarden voor 'erger dan de dood' [30].

De zelfmanagementvaardigheden ter behoud van het algehele welzijn werden gemeten met de korte (18-item) versie van de Self-Management Ability Scale (SMAS-S) [31, 32]. Dit instrument beoordeelt een breed scala aan zelfmanagementvaardigheden. Gemiddelde scores voor de subschaal 'variëteit' lopen van 1 tot 6, waarbij hogere scores duiden op betere zelfmanagementvaardigheden. Hoewel de scores voor de andere vijf zelfmanagementvaardigheidschalen ook variëren van 1 tot 6, hebben we een vierpuntsschaal gebruikt om de volgende vaardigheden te meten: initiatief nemen, investeringsgedrag, *self-efficacy*, positief perspectief en multifunctionaliteit. Dat deden we op verzoek van de wijkverpleegkundigen, om mondelinge afname van het instrument te vergemakkelijken. De Cronbach's alfa-waarde voor de enigszins aangepaste SMAS-S op T0 en T1 was 0,95, wat betekent dat de betrouwbaarheid uitstekend was.

We vroegen de deelnemers ook naar demografische gegevens, zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, ge-

boorteland en opleiding. Het opleidingsniveau werd gecategoriseerd in zes niveaus van 1 (geen school of lagere school (≤ 7 jaar)) tot 6 (academische graad (≥ 18 jaar)). Dit item werd gedichotomiseerd als laag (geen school of lagere school) en hoog (hoger dan lagere school) opleidingsniveau.

Analyses

De demografische gegevens van de deelnemers (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, opleidingsniveau) werden geanalyseerd met beschrijvende statistiek. Met tweezijdige, gepaarde *t*-tests werden verbeteringen in zelfmanagementvaardigheden en kwaliteit van leven door de tijd heen beoordeeld. Met behulp van correlatie- en multiële regressieanalyses werden de (longitudinale) relaties onderzocht tussen (veranderingen in) zelfmanagementvaardigheden en de kwaliteit van leven op T1, daarbij corrigerend voor de kwaliteit van leven op T0 en demografische gegevens die significante ($p < 0,10$) bivariate relaties lieten zien met kwaliteit van leven op T0 of T1. De longitudinale analyses betroffen alleen de mensen die de vragenlijsten zowel op T0 en T1 hadden ingevuld. Verder werd het uiteindelijke regressiemodel getoetst op geïmputeerde data met behulp van multiële imputatietechnieken (vijf geïmputeerde datasets met behulp van de Monte Carlo Markov Chain (MCMC) methode). Met behulp van de methode van *predictive mean matching* werd ervoor gezorgd dat de feitelijke spreiding van de afzonderlijke variabelen gehandhaafd bleef. De regressiecoëfficiënten werden als statistisch significant beschouwd bij tweezijdige *p*-waarden $\leq 0,05$. Alle statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS-software (versie 21.0; IBM Corporation, Armonk, NY, VS).

Resultaten

De beschrijvende statistieken van de onderzoekspopulatie zijn vermeld in tab. 1. Meer dan de helft van de deelnemers was vrouw (59%), alleenstaand (65%) en geboren in Nederland (68%). Bijna een derde (32%) had een laag opleidingsniveau. De gemiddelde leeftijd was $64,27 \pm 18,00$ (spreiding 20–102) jaar.

Wat betreft de kwaliteit van leven op T0 en T1 (tab. 2) wijzen de resultaten erop dat cliënten die door de wijkverpleegkundigen werden gezien vooral problemen ondervonden met dagelijkse activiteiten en pijn/*discomfort*.

De kwaliteit van leven op T0 van de cliënten van de wijkverpleegkundigen als groep was veel slechter (0,51) dan de kwaliteit van leven onder kwetsbare ouderen (leeftijd ≥ 70 jaar) in Rotterdam (0,61), Nederlandse patiënten met een chronische ziekte (CVD (0,83), COPD (0,79) of diabetes (0,83)) en ouderen (leeftijd ≥ 65 jaar) die recentelijk in een ziekenhuis opgenomen waren geweest (0,80; tab. 3). De gepaarde *sample t*-tests lieten een significante verbetering zien door de tijd heen voor alle zes zelfmanagementvaar-

Tabel 1 Demografische kenmerken van cliënten Zichtbare schakels bij aanvang (T0; $n=220$)

	Gemiddelde (standaard-deviatie) of percentage
Leeftijd (jaren)	64,27 $\pm$ 18,00 (20–102)
Sekse (% vrouw)	59
Burgerlijke status (% alleenstaand)	65
Lage opleiding (% geen/maximaal basisschool)	32
Geboorteland (% in Nederland geboren)	68

Tabel 2 Zelfredzaamheiditems cliënten van Zichtbare schakels Rotterdam op meerdere meetmomenten

	Baseline (T0) $n=220$ (%)	Follow-up (T1) $n=102$ (%)
<i>Lopen</i>		
Geen problemen met lopen	33,2	38,2
Enige problemen met lopen	64,6	58,8
Bedlegerig	2,2	2,9
<i>Zelfzorg</i>		
Geen problemen met wassen en aankleden	57,3	56,4
Enige problemen met wassen en aankleden	34,7	36,6
Niet in staat om zelf te wassen of aan te kleden	8,0	6,9
<i>Dagelijkse activiteiten</i>		
Geen problemen met dagelijkse activiteiten	22,7	34,0
Enige problemen met dagelijkse activiteiten	58,2	54,0
Niet in staat om dagelijkse activiteiten zelfstandig uit te voeren	19,1	12,0
<i>Pijn/klachten</i>		
Geen pijn of andere klachten	20,9	26,0
Matige pijn of andere klachten	59,6	56,0
Zeer ernstige pijn of andere klachten	19,6	18,0
<i>Stemming</i>		
Niet angstig of somber	36,3	44,3
Matig angstig of somber	47,1	48,5
Erg angstig of somber	16,6	7,2

digheden, maar ook voor het algehele zelfmanagement en de kwaliteit van leven (tab. 4).

Uit de bivariate analyses bleek dat geslacht, opleidingsniveau, geboren zijn in Nederland en zelfmanagementvaardigheden op T0 en T1 significant gerelateerd waren aan kwaliteit van leven op T0 en/of T1 (tab. 5). Geboren zijn in Nederland, zelfmanagementvaardigheden en vrouw zijn hadden een positieve invloed op de kwaliteit van leven, terwijl een negatieve relatie werd gevonden met een laag opleidingsniveau. Er werd geen significante relatie gevonden tussen de kwaliteit van leven op T0 of T1 en leeftijd of alleenstaand zijn. Daarom werden deze variabelen niet opgenomen in de multiële regressieanalyses.

Tabel 3 Vergelijking van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van cliënten Zichtbare schakels Rotterdam met die van andere populaties bij aanvang van het contact

	Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (EQ5D)
Cliënten Zichtbare schakels Rotterdam ($n=220$)	0,51 (0,31)
Kwetsbare ouderen (70+) in Rotterdam ($n=198$)	0,67 (0,26)
Patiënten met (risico op) cardiovasculaire aandoeningen ($n=714$)	0,83 (0,18)
Patiënten met COPD ($n=380$)	0,79 (0,19)
Patiënten met diabetes ($n=195$)	0,83 (0,17)
Ouderen (65+) 3 maanden na ziekenhuisopname ($n=293$)	0,80 (0,22)

De resultaten van de regressieanalyses staan in tab. 6. Bij deze analyses werd alleen gebruikgemaakt van de gegevens van de mensen die zowel op T0 als op T1 de vragenlijsten hadden ingevuld ($n=91$). Na het verwijderen van de respondenten die een ontbrekende waarde hadden op een van de variabelen uit de volledige dataset bleef uiteindelijk een steekproef van 75 mensen over. De zelfmanagementvaardigheden op T0 en de veranderingen in de zelfmanagementvaardigheden (T1–T0) waren duidelijk voorspellend voor de kwaliteit van leven op T1, waarbij werd gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven op T0, geslacht, opleidingsniveau en geboren zijn in Nederland. Terwijl de demografische gegevens geslacht, opleidingsniveau en etniciteit in de bivariate analyses waren gerelateerd aan de kwaliteit van leven, waren deze niet langer significant in de multivariate analyses. De zelfmanagementvaardigheden lijken daarom de relatie tussen deze variabelen en de kwaliteit van leven te mediëren.

De regressieanalyses met de geïmputeerde data ($n=220$) leverden overeenkomstige resultaten op. De gepoolde resultaten gebaseerd op deze geïmputeerde data lieten zien dat de kwaliteit van leven op T0 ($p \leq 0,001$), de zelfmanagementvaardigheden op T0 ($p \leq 0,01$) en de veranderingen in zelfmanagementvaardigheden ($p \leq 0,05$) voorspellend waren voor de kwaliteit van leven op T1.

Beschouwing

Dit onderzoek had als doel de longitudinale relatie te bepalen tussen zelfmanagementvaardigheden en de kwaliteit van leven van kwetsbare, zelfstandig wonende mensen, waarbij werd gecorrigeerd voor kwaliteit van leven aan het begin van het zorgtraject en voor demografische gegevens. De resultaten lieten duidelijk een longitudinale relatie zien tussen (veranderingen in) de zelfmanagementvaardigheden en de kwaliteit van leven van zeer kwetsbare mensen in de samenleving. In deze tijd, waarin de bevolking vergrijst en steeds meer mensen een chronische aan-

Tabel 4 Veranderingen in zelfmanagementvaardigheden voor cliënten van de Zichtbare schakels Rotterdam

	Baselinemeting (T0; bij aanvang)		Follow-upmeting (T1; bij afsluiting)		Verandering (T1–T0)		Significantie van de verandering*	
	Gem	sd	Gem	sd	Gem	sd	p	n
Zelfmanagementvaardigheden (SMAS-S [32])								
<i>Initiatief nemen</i>	2,31	(0,76)	2,50	(0,78)	0,19	(0,58)	≤0,01	83
<i>Self-efficacy</i>	2,35	(0,69)	2,50	(0,66)	0,15	(0,41)	≤0,01	78
<i>Investeringsgedrag</i>	2,24	(0,76)	2,50	(0,85)	0,26	(0,58)	≤0,001	82
<i>Positief perspectief</i>	2,23	(0,72)	2,36	(0,72)	0,14	(0,43)	≤0,01	83
<i>Multifunctionaliteit</i>	2,06	(0,74)	2,19	(0,75)	0,14	(0,45)	≤0,01	83
<i>Variëteit</i>	2,98	(1,17)	3,14	(1,31)	0,16	(0,62)	≤0,05	67
<i>Totaal</i>	2,33	(0,69)	2,50	(0,72)	0,17	(0,36)	≤0,001	83
Kwaliteit van leven (EQ5D [29])	0,49	(0,32)	0,61	(0,33)	0,12	(0,24)	≤0,001	85

SMAS-S Self-Management Ability Scale, korte versie, *sd* standaarddeviatie, *Gem* gemiddelde*Gepaarde *t*-test. Analyses zijn gebaseerd op degenen die beide vragenlijsten hebben ingevuld (op zowel T0 als T1)**Tabel 5** Pearson correlations van achtergrondkenmerken van de kwaliteit van leven tijdens baseline (T0) en follow up (T1)

	Kwaliteit van leven (EQ5D [29]) op T0 (<i>n</i> = 220)	Kwaliteit van leven (EQ5D [29]) op T1 (<i>n</i> = 91)
Leeftijd	0,05	–0,16
Sekse (vrouw)	0,03	0,19*
Alleenstaand	–0,05	–0,00
Laag opgeleid	–0,10	–0,28***
In Nederland geboren	0,25****	0,25**
Zelfmanagement (SMAS-S [32]) op T0	0,46****	0,54****
Zelfmanagement (SMAS-S) op T1	0,46****	0,56****

SMAS-S Self-Management Ability Scale, korte versie

*****p* ≤ 0,001, ****p* ≤ 0,01, ***p* ≤ 0,05, **p* ≤ 0,10 (tweezijdig)**Tabel 6** Voorspellers van kwaliteit van leven aan het eind van het zorgtraject, op basis van multiple regressieanalyse

	β
Kwaliteit van leven op T0 (EQ5D [29])	0,59***
Sekse (vrouw)	0,09
Alleenstaand	–0,12
Laag opgeleid	0,09
Zelfmanagement (SMAS-S [32]) op T0	0,23**
Veranderingen in zelfmanagement (T1–T0)	0,18*

SMAS-S Self-Management Ability Scale, korte versie

Analyses zijn gebaseerd op respondenten die zowel de T0- als T1-vragenlijst hebben ingevuld (*n* = 91). ****p* ≤ 0,001, ***p* ≤ 0,01, **p* ≤ 0,05 (tweezijdig)

doening hebben, hebben deze bevindingen belangrijke implicaties voor de zorgverlening aan kwetsbare, zelfstandig wonende ouderen. De meervoudige en complexe behoeften van kwetsbare mensen vragen om benaderingen die verder gaan dan de traditionele gezondheidszorg met een focus op acute episodes [33–36]. Wijkverpleegkundigen worden geacht dit doel te bereiken en samenwerking en coördinatie te stimuleren onder eerstelijnszorgverleners in de

wijk met verschillende professionele achtergronden, met het uiteindelijke doel de algemene kwaliteit van leven van kwetsbare mensen te stimuleren [22, 26]. Wat dit betreft worden investeringen in de rol en de beschikbaarheid van wijkverpleegkundigen als cruciaal gezien voor de kwaliteit van de zorgverlening aan deze kwetsbare mensen, en daarmee voor de algehele volksgezondheid. In aanvulling op hun gebruikelijke taken staan deze Zichtbare schakels voor de taak een coherent en geïntegreerd systeem van wijkzorg te realiseren, wat conform de taak van de huidige wijkverpleegkundigen anno 2018 is. Als zodanig vormen zij de ‘zichtbare schakels’ binnen een geïntegreerde wijkaanpak die kwetsbare burgers in achterstandsgebieden ondersteuning bieden.

Een lagere kwaliteit van leven wordt vaak gekenmerkt door een achteruitgang in diverse aspecten van het leven, zoals minder sociaal actief blijven, en moeite hebben met het lichamelijk functioneren, het cognitief functioneren, alsmede het op peil houden van de geestelijke gezondheid [22, 23, 37–40]. Bovendien kan achteruitgang in één domein leiden tot een cyclus van verlies in meerdere domeinen [21–23, 37, 40, 41]. Ten gevolge van verminderde reservecapaciteiten kunnen kwetsbare, zelfstandig wonende mensen bepaalde verliezen niet volledig compenseren, met het risico op een verslechterende kwaliteit van leven. De resultaten van ons onderzoek geven aan dat de ondersteuning door wijkverpleegkundigen mogelijk kan helpen zulke negatieve cycli in de belangrijke domeinen van kwaliteit van leven te doorbreken. Om de kwaliteit van leven te behouden en depressieve symptomen te voorkomen moet de nadruk echter worden gelegd op het verder verstevigen van de sterke punten van kwetsbare mensen en hun vermogen om waardevolle middelen te ontwikkelen en te consolideren [22].

Dit onderzoek kende ook beperkingen. Onze resultaten bevestigen dat er significante longitudinale relaties bestaan tussen de kwaliteit van leven en zelfmanagementvaardigheden van zeer kwetsbare,

zelfstandig wonende mensen. Ons onderzoeksgebied was beperkt tot Rotterdam, hetgeen de toepasbaarheid van onze bevindingen op andere geografische gebieden of bevolkingsgroepen beperkt. Onze resultaten moeten daarom bevestigd worden in vervolgonderzoeken, vooral in meer landelijke gebieden. Verder ontbrak een controlegroep, waardoor we niet konden nagaan of de zelfmanagementvaardigheden en de kwaliteit van leven onder de cliënten van de wijkverpleegkundigen sterker waren verbeterd dan onder degenen die geen zorg ontvingen van de wijkverpleegkundigen. Mogelijk hebben andere factoren dan alleen de wijkverpleegkundigen invloed gehad op de zelfmanagementvaardigheden en de kwaliteit van leven van respondenten.

Dit onderzoek heeft zich afgespeeld in een periode waarin wijkverpleegkundigen werkzaam waren als Zichtbare schakels in de wijk. De situatie is inmiddels weer veranderd. Sinds 1 januari 2015 is de wijkverpleegkundige weer verantwoordelijk voor het indiceren van zorg. De wijkverpleegkundige moet nu gaan indiceren, stimuleren en signaleren, om zorg op maat te kunnen leveren. Het blijft een uitdaging voor deze wijkverpleegkundigen nieuwe stijl om bredere zelfmanagementvaardigheden en kwaliteit van leven te verbeteren. We zijn daarom van mening dat de bevindingen van dit onderzoek ook van toepassing zijn op de wijkverpleegkundigen van vandaag de dag.

Ten slotte kan er sprake zijn van non-respons bias omdat er bij de follow-upmeting respondenten uitvielen. Verdere analyses duiden hier echter niet op. We hebben onder meer de baselinegegevens en vragenlijstgegevens van de mensen die al aan het eind waren gekomen van hun zorgtraject (zowel T0 als T1) vergeleken met die waarvan alleen T0-gegevens beschikbaar waren (omdat zij nog steeds zorg ontvingen). Er werd geen verschil gevonden in kwaliteit van leven, zelfmanagementvaardigheden, burgerlijke staat, opleidingsniveau, etniciteit of geslacht. Gemiddeld waren de mensen voor wie zowel T0- als T1-gegevens beschikbaar waren echter wel significant jonger ($61,18 \pm 19,01$) dan degenen die alleen op T0 de vragenlijsten hadden ingevuld ($66,58 \pm 16,92$). Verder hebben we ook multiële regressieanalyses toegepast op geïmputeerde data, waaruit hetzelfde resultaat naar voren kwam.

Conclusie

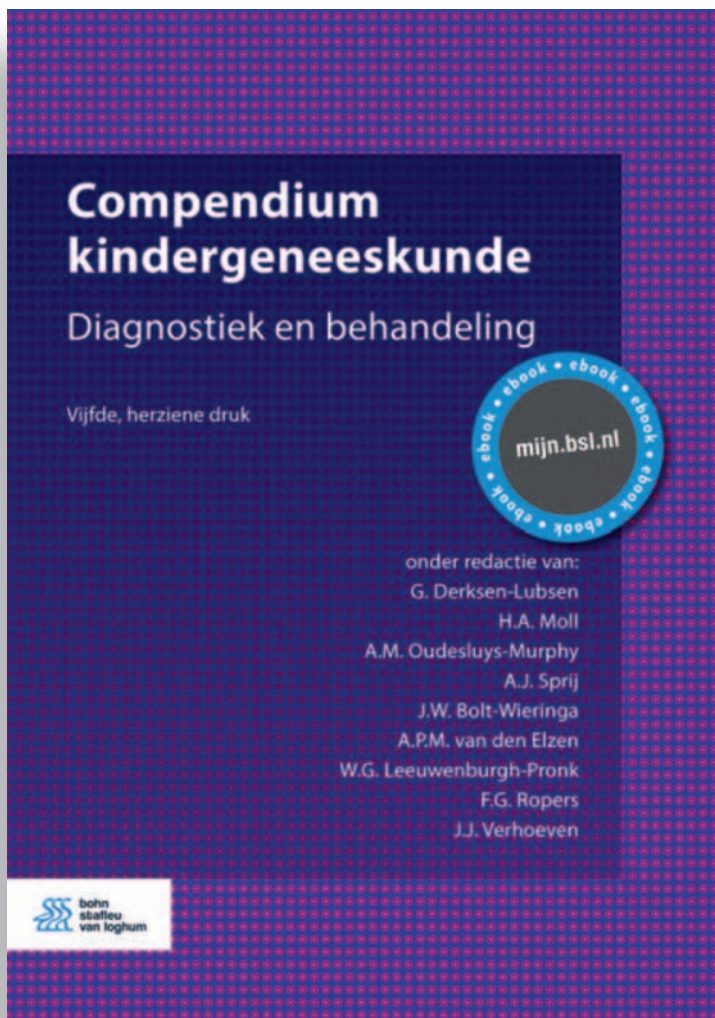
Samenvattend kunnen we zeggen dat de resultaten duidelijk een longitudinale relatie laten zien tussen (veranderingen in) de zelfmanagementvaardigheden en de kwaliteit van leven van zeer kwetsbare mensen in de samenleving [42]. Dit kan naar verwachting onnodige medische handelingen, zorg en ondersteuning en opname in een verpleeghuis voorkomen en het deze mensen mogelijk maken hun onafhankelijkheid en kwaliteit van leven te behouden [5, 9]. De resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat de onder-

steuning door wijkverpleegkundigen kwetsbare, zelfstandig wonende mensen mogelijk kan helpen hun zelfmanagementvaardigheden en kwaliteit van leven op peil te houden.

Literatuur

1. Moneyham L, Scott CB. A model emerges for the community-based nurse care management of older adults. *N HC Perspect Community*. 1997;18(2):68–71.
2. Dalby DM, Sellors JW, Fraser FD, et al. Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J*. 2000;162:497–500.
3. Nelson JM, Arnold-Powers P. Community case management for frail, elderly clients: the nurse case manager's role. *J Nurs Adm*. 2001;31:444–50.
4. Tidwell L, Holland SK, Greenberg J, et al. Community-based nurse health coaching and its effect on fitness participation. *Lippincotts Case Manag*. 2004;9(6):267–79.
5. Caffrey RA. The rural community care gerontologic nurse entrepreneur: role development strategies. *J Gerontol Nurs*. 2005;31(10):11–6.
6. Royal College of Nursing. Moving care to the community: an international perspective. RCN policy and international department policy briefing 12/13 march 2013 (updated December 2014). 2013. http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0006/523068/12.13_Moving_care_to_the_community_an_international_perspective.pdf. Geraadpleegd op 7 maart 2018.
7. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med*. 1995;333:1184–9.
8. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med*. 2000;160:977–86.
9. Inokuchi S, Matsusaka N, Hayashi T, et al. Feasibility and effectiveness of a nurse-led community exercise programme for prevention of falls among frail elderly people: a multicentre controlled trial. *J Rehabil Med*. 2007;39:479–85.
10. Gobbens RJ, Luijckx KG, Assen MA van. Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Qual Life Res*. 2013;22:2051–61.
11. Nieboer AP. Sustainable care in a time of crisis. Inaugural lecture. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 2013. http://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Onderzoek/Oraties/Nieboer/Oratie_Anna_Nieboer.pdf.
12. Wagner EH, Austin BT, Korff M von. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74:511–44.
13. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff*. 2001;20(6):64–78.
14. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA*. 2002;288:1909–14.
15. Wagner J. Behavioral interventions to promote diabetes self management. *Diabetes Spectr*. 2011;24(2):61–2.
16. Coleman MT, Newton KS. Supporting self management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 2005;72:1503–10.
17. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087–110.
18. Cramm JM, Nieboer AP. Self-management abilities physical health and depressive symptoms among patients with

- cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes. *Patient Educ Couns*. 2012;87:411–5.
19. Cramm JM, Nieboer AP. The effects of social and physical functioning and self-management abilities on well-being among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes. *Appl Res Qual Life*. 2013;9:113–21. <https://doi.org/10.1007/s11482-013-9216-z>.
 20. Cramm JM, Hartgerink JM, Bakker TJ, et al. Understanding older patients' self-management abilities: functional loss, self-management, and well-being. *Qual Life Res*. 2013;22:85–92.
 21. Steverink N, Lindenberg S, Slaets JPI. How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *Eur J Ageing*. 2005;2:235–44.
 22. Cramm JM, Hartgerink JM, Vreede PL de, et al. The relationship between older adults' self-management abilities, well-being and depression. *Eur J Ageing*. 2012;9:353–60.
 23. Nieboer A, Lindenberg S. Substitution, buffers and subjective well-being: a hierarchical approach. In: Gullone E, Cummins RA, redactie. *The universality of subjective well-being indicators*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2002. pag. 175–89.
 24. Cramm JM, Nieboer AP. Disease management: the need for a focus on broader self-management abilities and quality of life. *Popul Health Manag*. 2015;18(4):246–55. <https://doi.org/10.1089/pop.2014.0120>.
 25. Eurofound. *More and better jobs in home-care services*. The Netherlands. European Foundation for the improvement of living and working conditions. Dublin: Eurofond; 2013. pag. 34.
 26. ZonMw. *Uitvoeringsprogramma Zichtbare schakel*. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt 2009 t/m 2012. Den Haag: ZonMw; 2009. www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/programmas/programma-detail/zichtbare-schakel-fase-2-opleidingsimpuls-wijkverpleegkundigen/.
 27. BMC management en advies. *De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder*. Kostenbatenanalyse in opdracht van ZonMw. Amersfoort: BMC management en advies; 2012.
 28. Nieboer AP, Hoeijmakers M, Lötters F, et al. *Evaluatie Zichtbare schakels Rotterdam*. TSG. 2016;94:101–9.
 29. EuroQol Group. *EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life*. *Health Policy (New York)*. 1990;16:199–208.
 30. Brazier J, Ratcliffe J, Tsuchiya A, et al. *Measuring and valuing health benefits for economic evaluation*. 1e druk. Oxford: Oxford University Press; 2007.
 31. Schuurmans H, Steverink N, Frieswijk N, et al. How to measure self-management abilities in older people by self-report? The development of the SMAS-30. *Qual Life Res*. 2005;14:2215–28.
 32. Cramm JM, Strating MM, Vreede PL de, et al. Validation of the Self-Management Ability Scale (SMAS) and development and validation of a shorter scale (SMAS-S) among older patients shortly after hospitalisation. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:9.
 33. World Health Organization. *Active ageing: a policy framework*. Geneva: WHO; 2002.
 34. Dickinson H. The evaluation of health and social care partnerships: an analysis of approaches and synthesis for the future. *Health Soc Care Community*. 2006;14:375–83.
 35. European Commission. *Guidance paper for the steering group of the pilot European innovation partnership on active and healthy ageing*. Bruxelles: European Commission; 2011. http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthy-ageing/steering-group/guidance_paper.pdf#view=fit&pagemode=none. Geraadpleegd op 4 maart 2012.
 36. Cramm JM, Nieboer AP. Chronically ill patients' self-management abilities to maintain overall well-being: what is needed to take the next step in the primary care setting? *BMC Fam Pract*. 2015;16:123.
 37. Lindenberg S. Continuities in the theory of social production functions. In: Ganzeboom Lindenberg HHS, redactie. *Verklarende sociologie*. Amsterdam: Thesis Publishers; 1996. pag. 169–84.
 38. Schulz R, Heckhausen J. A life span model of successful aging. *Am Psychol*. 1996;51:702–14.
 39. Hébert R. Functional decline in old age. *Can Med Assoc J*. 1997;157:1037–45.
 40. Steverink N, Lindenberg S, Ormel J. Towards understanding successful ageing: patterned change in resources and goals. *Ageing Soc*. 1998;18:441–67.
 41. Nieboer A, Lindenberg S, Boomsma A, et al. Dimensions of well-being and their measurement: the SPF-IL scale. *Soc Indic Res*. 2005;73:313–53.
 42. Cramm JM, Nieboer AP (2017) Self-management abilities and quality of life among frail community-dwelling individuals: the role of community nurses in the Netherlands. *Health & Social Care in the Community* 2017;25(2):394–401.



- Nederlandstalig standaardwerk binnen de kindergeneeskunde
- Veel kinderartsen starten hun spreekuur niet zonder *Compendium kindergeneeskunde* binnen handbereik
- Leidraad voor adequate en efficiënte diagnostiek en behandeling
- Met toegang tot de e-versie bij aanschaf van het boek

Compendium kindergeneeskunde

ISBN: 9789036817912

Redactie: G. Derksen-Lubsen, H.A. Moll, A.M. Oudesluys-Murphy, A.J. Sprij, J.W. Bolt-Wieringa, A.P.M. van den Elzen, W.G. Leeuwenburgh-Pronk, F.G. Ropers en J.J. Verhoeven

€ 99

Compendium kindergeneeskunde

Diagnostiek en behandeling

Dit boek geeft de in de kindergeneeskunde werkzame zorgprofessional een praktische handleiding voor diagnostiek en behandeling van de meest voorkomende aandoeningen bij kinderen. Het heeft een praktijkgerichte opzet en biedt gedetailleerde informatie over diagnose en therapie.

De uitgave is bestemd voor kinderartsen en arts-assistenten kindergeneeskunde, huisartsen, SEH-artsen, gespecialiseerde verpleegkundigen, studenten geneeskunde en een ieder die te maken krijgt met de behandeling van een ziek kind.

U vindt 't op



medische
banenbank

Het startpunt voor uw nieuwe baan in zorg en welzijn

Van dokterssistent tot oncologisch chirurg en van basisarts tot fysiotherapeut. Het meest complete en relevante aanbod van vacatures in zorg en welzijn vindt u op Medische banenbank. Het enige wat u hoeft te doen, is de uitdaging aangaan en solliciteren op uw ideale baan.

Klaar om aan de slag te gaan?

Vind uw vacature.

[Medischebanenbank.nl](https://www.Medischebanenbank.nl)

Het complete aanbod van zorg en welzijn vacatures



- Helpt zorgverleners én -vragers keuzes te maken die beter bij de patiënt passen
- Combineert casuïstiek met medisch-ethische kaders
- Gaat in op praktijk en theorie van palliatieve zorg

Titel: Het goede levenseinde in casussen

ISBN: 9789036819404

Auteurs: Theo Boer, Bart Koopman, Dirk-Jan Bakker en Bart Cusveller

€ 24,95

Het goede levenseinde in casussen

Dit boek gaat over de vraag wat zorg in de laatste levensfase geslaagd maakt in de beleving van patiënten, hun naasten en hun zorgverleners. Artsen en ethici gaan in het boek op zoek naar het 'Higgs-deeltje' van palliatieve zorg: onzichtbaar maar essentieel voor de samenhang en het goede begrip. Real life casussen die deze en vele andere situaties beschrijven, kunnen helpen keuzes te maken die beter bij de patiënt passen.

CERTIFICATE PROGRAM HEALTHCARE MANAGEMENT

18 SEPT T/M 27 NOV 2018
Nyenrode Business Universiteit

ZORGVISIE
ACADEMY

IN
SAMENWERKING
MET

NYENRODE
BUSINESS UNIVERSITEIT

Leer hoe u management en het primaire zorgproces sterker kunt verbinden



Alumni najaar 2017: bekijk op de website wie u voor gingen

Om de impact van de zorgmanager en de zorgspecialist in organisaties te vergroten hebben Zorgvisie Academy en Nyenrode Business Universiteit speciaal voor u het Certificate Program Healthcare Management ontwikkeld.

De compacte, praktijkgerichte opleiding is verdeeld over 4 modules in 7 dagen waarbij bedrijfskundige en bedrijfseconomische onderdelen aan de orde komen. De kerndoelstelling is aan de hand van uw eigen vraagstuk leren verbinden en uitstijgen boven uw eigen specialisme of organisatie.

MEER INFORMATIE EN INSCHRIJVEN:

UW RESULTAAT:

Inspelen op ontwikkelingen in de zorg en hier in uw organisatie naar handelen

Inzicht in de rollen en posities van stakeholders in het moderne zorglandschap

Nieuwe inzichten in; financieel management, ondernemen in de zorg, strategie, marketing en meer

Een nieuwe kijk op leiderschap en uw eigen leiderschapskwaliteiten d.m.v. intervisie