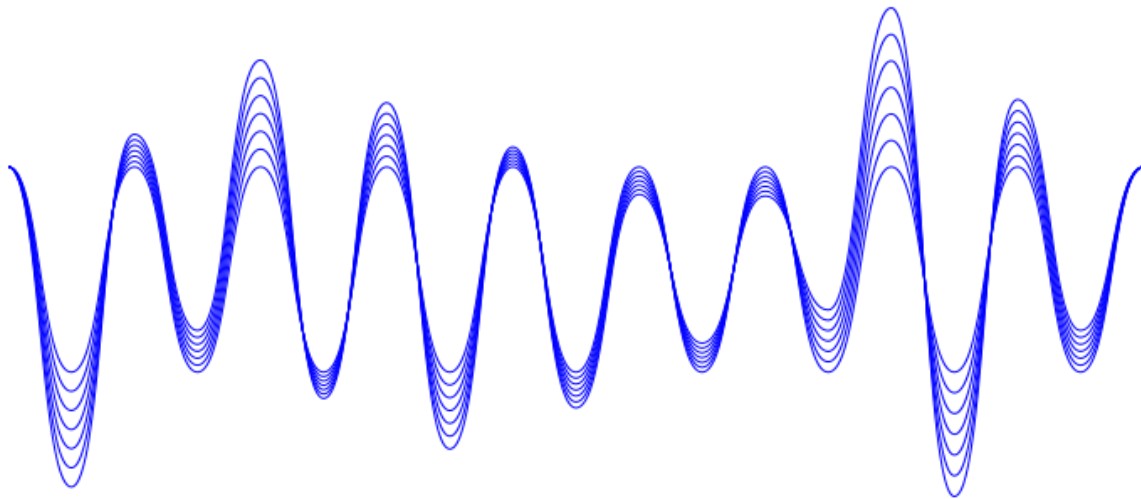


Inclusie met een auditieve beperking: tinnitus



Elly van der Werk & Susan Veenstra

Eindopdracht Bachelor Social Work
Academie voor Sociale Studies, Hanzehogeschool

Inclusie met een auditieve beperking: tinnitus

Student: Elly van der Werk
Studentnr.: 189128

Student: Susan Veenstra
Studentnr.: 380011

Datum: 20 juni 2021
Plaats: Groningen
Faculteit: Hanzehogeschool Groningen, Academie voor Sociale Studies
Studie: Social Work, Bachelor deeltijd
Module: Eindopdracht, Osiris-cursuscode: SSDB20EO
Organisatie, opdrachtgever: GGMD Groningen
Organisatie, begeleider: A. Bekendam en L. van Zuiden
Hanzehogeschool, docent: H. Orsel

Voorwoord

Wij zijn Elly van der Werk en Susan Veenstra, we hebben elkaar tijdens de studie Social Work aan de Hanzehogeschool leren kennen. We hebben al eerder samengewerkt in opdrachten en deze samenwerking is goed bevallen. Onze kracht ligt er in dat wij in onze werk- en zienswijze soms verschillen beleven wat maakt dat we elkaars blikveld kunnen vergroten en gebruik kunnen maken van elkaars sterke punten.

Elly is in september 2020 begonnen aan haar stage LWO-B bij de Geestelijke Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (GGMD). Gedurende haar stage kwam zij veel in contact met volwassen cliënten met verschillende vormen van gehoorproblematiek. Uit gesprekken met hen kwam naar voren dat er zich bij deze doelgroep problemen voordoen op het gebied van eenzaamheid en het zich buitengesloten voelen door de horende omgeving; dit werkt negatief door op de sociale cohesie. Ook kunnen zich problemen voordoen op het gebied van sociale participatie en mee kunnen doen in de maatschappij. Zij wilde hier graag haar eindonderzoek op richten en heeft Susan gevraagd om dit onderzoek samen uit te voeren.

Gedurende het onderzoek zijn wij ons binnen de groep mensen met een auditieve beperking gaan richten op het onderwerp tinnitus. De motivatie voor de keuze van dit onderwerp waren zowel de uitkomsten van onze eerste bevindingen in het onderzoek alsook praktische overwegingen rondom de maatregelen met betrekking tot Covid-19. We wilden binnen de mogelijkheden een uitvoerbaar onderzoek van goede kwaliteit.

Deze eindopdracht hebben wij uitgevoerd vanuit het GGZ-team van de GGMD; beiden zijn wij bezig onze aantekening voor GGZ-agoog te behalen.

Wij willen een ieder die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van ons advies hartelijk bedanken. In het bijzonder bedanken wij de GGMD die het mogelijk heeft gemaakt dat wij ons onderzoek konden uitvoeren. Ook bedanken wij onze begeleiders mevrouw Van Zuiden en mevrouw Bekendam en onze docent de heer Orsel voor alle begeleiding, ondersteuning, feedback, en tips!

Managementsamenvatting

Hierbij presenteren wij ons onderzoek naar de behoeften aan dienstverlening voor mensen met tinnitusklachten. Dit heeft geleid tot het ontwikkelen van een draaiboek voor het organiseren van tinnitus inloopbijeenkomsten. Het draaiboek is een leidraad voor de hulpverlener en biedt praktische handvatten voor het organiseren van laagdrempelige bijeenkomsten.

Gedurende het werken binnen de GGMD is in de praktijk gebleken dat mensen met een auditieve beperking zich buitengesloten voelen door de horende omgeving (sociale cohesie). Zij voelen zich eenzaam en ervaren problemen op het gebied van sociale participatie en mee kunnen doen in de maatschappij. Dit signaal is aanleiding geweest om een onderzoek te starten naar inclusie met een auditieve beperking.

Uit onze probleemanalyse is gebleken dat het bij ons onderzoek op microniveau het allereerst gaat om mensen die zelf de aandoening tinnitus hebben en de last die zij hiervan ondervinden in hun dagelijkse leven en in hun sociale systeem (netwerk) waarvan zij deel uitmaken.

Op mesoniveau is het vanuit de kant van het GGZ-team belangrijk om goed aan te sluiten bij de behoeften en wensen van de cliënten voor het verlenen van optimale ondersteuning.

Op macroniveau staan de zorgkosten in Nederland onder druk. Als mensen leren leven met hun aandoening hebben zij minder ondersteuning nodig van zorgprofessionals.

Dit heeft geleid tot de centrale vraagstelling van ons onderzoek:

“Wat is er nodig, naast de huidige training ‘Controle over Tinnitus’ (COT-training), om beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van cliënten van het GGZ-team van de GGMD, ouder dan 18 jaar, met tinnitus?”

Deelvragen vanuit onze centrale vraagstelling zijn:

- Wat biedt de COT- training aan mensen met tinnitus?
- Wat zijn de wensen en behoeften van mensen, ouder dan 18 jaar, met tinnitus?
- Wat is de beleidsruimte van het lokale GGZ-team binnen de centrale kaders van de GGMD met betrekking tot de dienstverlening?

Met de deelvragen in ons achterhoofd zijn we gestart met uitgebreid veld- en literatuuronderzoek. We wilden inzicht krijgen in het bestaande behandelaanbod met betrekking tot tinnitus zowel binnen als buiten de GGMD en zijn op zoek gegaan naar best practices.

Eveneens wilden we inzicht krijgen in de wensen en behoeften van cliënten en de problemen die de cliënt als gevolg hiervan ondervindt. Hierbij vonden we het belangrijk gesprekken open te voeren met professionals zonder vastgestelde agenda. Wij hebben informatie opgehaald over wat zij zien en signaleren vanuit hun functie en wij hebben met hen gebrainstormd over ideeën. Behalve het ophalen van informatie hebben wij hen op deze wijze betrokken bij ons onderzoek en draagvlak gecreëerd binnen de organisatie.

We hebben gesproken met mensen die zelf tinnitus hebben en zijn aanwezig geweest bij een online conferentie over tinnitus.

Op basis van wat wij tegen zijn gekomen in deze deelonderzoeken hebben wij een enquête afgenomen onder de cliënten die de COT-training hebben gevolgd. Op deze wijze konden wij

toetsen of de uitkomsten uit onze eerdere deelonderzoeken ook daadwerkelijk overeen kwamen met wat cliënten aangeven.

Uit inventarisatie van de gemeenschappelijke wensen en behoeften van alle betrokkenen hebben wij de ontwerpeisen voor het door ons te ontwikkelen product samengevat:

- Kennis bieden van de laatste onderzoeken en ontwikkelingen betreffende tinnitus (meer informatie over tinnitus) en aanbod over hulpverlening in de regio;
- Praktische handvatten geven zoals oefeningen voor ontspanning en andere praktische tips/ meer aandacht voor lichaam en geest en beleving van tinnitus;
- Inzet en contact met ervaringsdeskundigen, een hulpverlener die zelf ook tinnitus heeft (dit zijn ook lotgenoten maar lotgenoten die in de fase zitten dat ze hebben leren omgaan met hun aandoening tinnitus);
- Signalering, preventie en doorverwijzing;
- Zorgen voor laagdrempelige toegang en een veilige sfeer voor mensen met tinnitus en hun naasten.

Op basis van onze bevindingen uit de verschillende veldoriëntaties, enquête, moreel beraad en literatuuronderzoek zijn wij gekomen tot ons advies om als prototype een draaiboek te ontwikkelen voor inloopbijeenkomsten voor horende of slechthorende mensen met tinnitus (groepsgerichte begeleiding).

Dit is enerzijds gericht op het versterken van de eigen kracht van mensen met tinnitus volgens de visie van positieve gezondheid van Huber (2016) waarin functioneren, veerkracht en zelfregie centraal staan. Met onze interventie willen wij bijdragen aan een verbetering van hun situatie op de dimensies; mentaal welbevinden, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren, zodat zij de draad van hun leven weer op kunnen pakken.

Anderzijds is ons doel het terugdringen van onnodige zorgkosten en de ontstane wachtlijst bij de GGMD (het gat op beleidsniveau aan de voorkant van het tinnitus-traject) en het vervullen van de functie van vroegsignalering betreffende suïcide.

De inloopbijeenkomsten dragen bij aan het versterken van de eigen kracht van mensen met tinnitus:

- Door het geven van psycho-educatie en gerust te stellen;
- Het bevorderen van lotgenotencontact (uitbreiding van steunend netwerk);
- Het aanreiken van praktische handvatten en tips aanreiken over hoe met de gevolgen van tinnitus om te gaan.

In het licht van de missie (ondersteuning bieden) en de visie (zelf de regie geven) en ambitie van de GGMD zelf, geeft ons prototype hier goede kansen tot verbetering. Het gaat hier namelijk niet alleen om het gebied van zelfredzaamheid, maar eveneens om het punt van samenredzaamheid. Op het gebied van zelfredzaamheid ligt de beperking in de mogelijkheden tot toegankelijkheid en sociale participatie; bij samenredzaamheid wordt het netwerk en de mogelijke hulp- en steunbronnen beter benut. Deelnemers kunnen juist veel steun hebben aan elkaar en herkenning en erkenning vinden bij elkaar. Dit heeft enorme toegevoegde waarde.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Managementsamenvatting	3
1. Beschrijving advies/product	7
1.1 Tinnitusbijeenkomsten	7
1.2 Professionalisering.....	7
2. Aanleiding en doelstelling van het advies	8
2.1 De organisatie GGMD	8
2.2 Het GGZ-team nader beschouwd	8
2.3 Maatschappelijke context.....	9
2.4 Tinnitus	10
2.5 Training Controle over Tinnitus	10
2.6 Probleemanalyse	11
2.6.1 Microniveau	11
2.6.2 Mesoniveau	11
2.6.3 Macroniveau	11
2.6.4 Beroepswaarden	12
2.7 Centrale vraagstelling	12
2.7.1 Deelvragen	12
3. Aanpak en inhoud	13
3.1 Veldoriëntaties binnen de GGMD.....	13
3.2 Veldoriëntaties buiten het GGZ-team	15
3.3 Oriëntatie in de regio Noord	16
3.4 Bevindingen vanuit enquête	16
3.5 Bevindingen vanuit Moreel Beraad.....	17
3.6 Bevindingen vanuit theoretisch onderzoek	18
3.7 Conclusies ontwerpeisen vanuit de bevindingen	20
3.8 Conclusies ten aanzien van de onderzoeksvraag	20
3.9 Eerste ontwerpevaluatie met GGMD	20
3.10 Tweede ontwerpevaluatie met cliënten	21
4. Aanbevelingen.....	22
4.1 Financiering van de inloopavonden.....	22
4.1 Implementatie	23
4.2 Overige aanbevelingen	23
Literatuurlijst.....	24
Bijlage 1: Algemene informatie over de GGMD	27
Bijlage 2: Evaluatie training 'Controle Over Tinnitus' (COT-Training).....	29

Bijlage 3: Theoretische onderbouwing bij vragenlijst	32
Bijlage 4: Vragenlijst.....	33
Bijlage 5: Onderzoeksliepjes	35
Loop 1.....	35
Loop 2.....	36
Loop 3.....	36
Loop 4.....	37
Loop 5: Eerste ontwerpevaluatie.....	38
Loop 6: Tweede ontwerpevaluatie	41
Bijlage 6: Mindmap.....	42
Bijlage 7: Probleemboom	43
Bijlage 8: Doelenboom	44
Bijlage 9: Veldoriëntatie met de Psycholoog.....	45
Bijlage 10: Veldoriëntatie met de Social Worker	47
Bijlage 11: Veldoriëntatie met de Psychiater.....	49
Bijlage 12: Tabel conclusies en ontwerpeisen veldoriëntaties binnen de GGMD	52
Bijlage 13: Veldoriëntatie online proefconferentie over 'Oorsuizen, Tips voor Tinnitus'	54
Bijlage 14: Veldoriëntatie gespreksverslag van gesprek met de heer en mevrouw V.....	60
Bijlage 15: Veldoriëntatie online discussieforum voor C.I.- gebruikers met tinnitus	65
Bijlage 16: Tabel conclusies en ontwerpeisen veldoriëntaties buiten het GGZ-team	69
Bijlage 17: Dataverwerking vragenlijst Groep 1	71
Bijlage 18: Dataverwerking vragenlijst Groep 2	72

1. Beschrijving advies/product

Hierbij presenteren wij een onderzoek naar de behoeften aan dienstverlening voor mensen met tinnitusklachten. Dit heeft geleid tot het ontwikkelen van een draaiboek voor het organiseren van tinnitus inloopbijeenkomsten. Het draaiboek is een leidraad voor de hulpverlener en biedt praktische handvatten voor het organiseren van laagdrempelige bijeenkomsten.

1.1 Tinnitusbijeenkomsten

Het doel van de tinnitusbijeenkomsten is om voor (toekomstige) tinnituscliënten en hun naasten een laagdrempelige ontmoetingsplek te bieden waar kennis en informatie wordt uitgewisseld. Hier zijn ervaringsdeskundigen en lotgenoten te vinden om ervaringen te delen, ook is er aandacht voor de nieuwste inzichten en ontwikkelingen met betrekking tot tinnitus en kunnen mensen praktische handvatten krijgen.

De tinnitus inloopbijeenkomsten dienen tevens als voorportaal waarbij hulpverleners informatie geven over tinnitus (psycho-educatie). Indien er behoefte is aan verdere behandeling of er is sprake van zwaardere klachten en problematiek dan kan de hulpverlener informatie verstrekken over het behandelaanbod en de wijze van doorverwijzing.

De bijeenkomsten zijn niet statisch wat betekent dat ze naar eigen inzicht vormgegeven kunnen worden en kunnen meebewegen met de behoefte van de bezoekers en toekomstige inzichten. Dit draaiboek is ontwikkeld voor de drie noordelijk provincies maar kan met kleine aanpassingen uitgerold worden binnen andere regio's.

1.2 Professionalisering

Van de organisator van de bijeenkomsten wordt een proactieve houding verwacht richting ketenpartners in de regio. Hij/zij heeft kennis van tinnitus, inzicht in het behandelaanbod en heeft een signalerende en verbindende rol. Hij/zij weet de juiste kanalen te vinden om de doelgroep te bereiken (PR). De inloopbijeenkomsten zullen zich ontwikkelen en vandaaruit kan een preventieve werking ontstaan. Hier ligt de behoefte van de noordelijke regio; momenteel is er geen preventie aanbod en mensen met tinnitusklachten belanden daardoor snel in de tweedelijns zorg.

2. Aanleiding en doelstelling van het advies

Gedurende het werken binnen de GGMD is in de praktijk gebleken dat mensen met een auditieve beperking zich buitengesloten voelen door de horende omgeving (sociale cohesie), zij voelen zich eenzaam en ervaren problemen op het gebied van sociale participatie en het mee kunnen doen in de maatschappij. Dit signaal is aanleiding geweest om een onderzoek te starten naar inclusie met een auditieve beperking.

2.1 De organisatie GGMD

De GGMD is een landelijke organisatie voor mensen die beperkt zijn in horen, daarbij kan gedacht worden aan mensen die (vroeg, plots of laat) doof zijn geworden, beperkt horen en zien, slechthorenden en mensen met tinnitus, hyperacusis en ménière. De zorg die de GGMD biedt bestaat uit woonbegeleiding, maatschappelijk werk en GGZ-ondersteuning.

De missie van de GGMD is om mensen die doof, doof-blind zijn of kampen met een hoorprobleem ondersteuning te bieden zodat zij zo gezond en zelfstandig mogelijk kunnen leven en volwaardig en actief kunnen deelnemen aan de samenleving.

In bijlage 1 is uitgebreide informatie over de GGMD weergegeven.

Bij de GGMD is momenteel een transitie gaande om de 'GGMD voor morgen' te ontwikkelen. De strategie die de GGMD hiervoor kiest is een top-down georganiseerde uniformering en protocollering van de werkwijze. Medewerkers hebben (beperkte) bottom-up invloed op het beleid via het locatieoverleg. Regionaal afgegeven signalen worden door de regiomanagers meegenomen in het landelijke managementoverleg. Onderdeel van deze transitie is meer projectmatig werken om de organisatie verder te ontwikkelen. Een ander belangrijk speerpunt binnen de GGMD is partnerschap gericht op samenwerking met specialisten en reguliere zorg. De GGMD neemt hierin verantwoordelijkheid, is ondernemend en werkt met externe partijen als Kentalis, Lentis en de Noorderbrug samen voor een optimale ondersteuning die aansluit bij de hulpvraag van de doelgroep.

Met dit onderzoek willen wij een bijdrage leveren aan het ambitieniveau van de GGMD, het verstevigen van de positie van het GGZ- team van de GGMD in de noordelijke regio.

2.2 Het GGZ-team nader beschouwd

Het onderzoek is uitgevoerd vanuit het GGZ- team Noord waar zowel Basis GGZ (BGGZ) en Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) wordt uitgevoerd door de GGMD. De instroom van cliënten met tinnitus is groot. Deze cliënten worden met name naar de GGMD verwezen vanuit het Martiniziekenhuis. Wekelijks gaat het om ongeveer vier nieuwe cliënten.

De samenstelling van de cliëntpopulatie op 5 februari 2021:

Basis GGZ (BGGZ): (15 personen)

2 ménière en tinnitus,
8 tinnitus,
1 slechthorend en tinnitus,
3 tinnitus en hyperacusis,
1 hyperacusis.

Gespecialiseerde GGZ (SGGZ): (14 personen)

3 tinnitus en angsten,
3 tinnitus en depressiviteit,
2 slechthorend en tinnitus,
1 vroegdoof en angsten,
2 tinnitus en hyperacusis,
2 vroegdoof en tinnitus,
1 slechthorend en schizofreen en borderline.

Behalve het aantal personen per categorie geven wij ook aan wat de aandoeningen zijn van de cliënten en met welke stoornissen zij kampen. Een leeftijdscategorie hebben wij niet meegenomen in onze gegevens vanwege het privacy-aspect. De wereld van doven en slechthorenden is klein en mensen kennen elkaar vaak. Personen kunnen herleidbaar zijn op basis van hun leeftijd.

2.3 Maatschappelijke context

Sinds de transitie in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en Zorg en Welzijn in 2015 voeren termen als zelfregie, autonomie, eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid de boventoon. De maatschappelijke ontwikkelingen in het sociaal domein, de verschuiving van verzorgingsstaat naar een samenleving waardoor mensen meer zelf verantwoordelijk worden geacht voor hun welzijn en participatie, bepaalt in hoge mate de sociale problematiek van onze onderzoeksgroep. Deze groep ervaart weinig sociale steun door de onzichtbaarheid van de aandoening en onbegrip vanuit de omgeving. Het lukt niet altijd (meer) om relaties met elkaar aan te gaan, om mee te (blijven) doen.

Het hebben van tinnitus (en comorbiditeit) maakt mensen kwetsbaar. Tinnitus is een life-event dat negatieve stress veroorzaakt waardoor de kwaliteit van leven vermindert. De mensen die zich tot de GGMD wenden zijn soms wanhopig. Zij beschikken over onvoldoende draagkracht om hun draaglast op te kunnen vangen. Ze zijn onvoldoende zelfredzaam. Deze mensen komen op psychosociaal gebied voor uitdagingen te staan om te leren leven met de aandoening en de draad van het leven weer op te pakken. Dit brengt met zich mee dat in het sociaal domein behoefte is aan professioneel geschoolde sociaal werkers die hiermee uit de voeten kunnen (LOO - Landelijke Opleidingsoverleggen, 2017). Als sociaal werkers vinden wij het belangrijk om te kijken hoe wij een bijdrage kunnen leveren om deze mensen perspectief te bieden en daarbij gebruik te maken van hun eigen veerkracht.

Volgens de cijfers van Zorginstituut Nederland komt tinnitus frequent voor. Van de algemene bevolking heeft tussen de 10 en 15% wel eens tinnitus. Tien procent van deze mensen heeft hier last van, 5% van de mensen ervaart het als hinderlijk. Minder dan 1% (enkele tienduizenden personen) ervaart de last van tinnitus als dusdanig groot dat zij psychosociale problemen c.q. een slechte kwaliteit van leven hebben (Stichting Hoormij, 2021). Tinnitus kan ontstaan door slechthorendheid of plotselinge gehoorschade. In 2019 waren er 767.200 mensen met de diagnose slechthorendheid (Volksgezondheidzorg.info, 2021). Vanaf het zestigste levensjaar neemt slechthorendheid sterk toe. Auditieve problemen kunnen leiden tot problemen met communicatie en sociale problemen (Hoorzaken.nl, 2021). De doelgroep laatdoven zal toenemen. In 2021 zijn er op 17.471.000 inwoners 119.000 zestigjarige

mannen en 119.000 vrouwen. In 2025 zijn dat er op 17.866.000 inwoners 127.000 zestigjarige mannen en vrouwen (CBS, 2021). De prevalentie van tinnitus stijgt met de leeftijd.

2.4 Tinnitus

Tinnitus is in de DSM-V gediagnostiseerd op: D5 9.01 symptoomstoornis onder de categorie somatische problematiek (De Graaf, 2015). Met somatische problematiek worden klachten bedoeld die langer dan enkele weken bestaan en waarbij met medisch onderzoek geen verklaring voor wordt gevonden (Sensgezondheidszorg, z.d.).

Tinnitus, ook wel oorsuizen genoemd, wordt gedefinieerd als het waarnemen van (fantom)geluid in de oren zonder dat er een geluidsbron aanwezig is. Het gaat om geluiden als piepen, zoemen, gonzen, het waarnemen van melodieën zonder stemmen. Er is onzekerheid over de exacte oorzaak van de tinnitusklacht (Vinck & Vingerhoets, 2020).

Aangenomen wordt dat tinnitus ontstaat door:

- ✓ Slechthorendheid of plotselinge gehoorschade.
Het brein compenseert dit om de psychische hersenfuncties aandacht (om de oriëntatie goed te houden) en geheugen (om de communicatie goed te houden) op te vangen.
- ✓ Psychologische stress.
De psychische hersenfuncties (mentaal) zijn overbelast door psychische stress. Dit hangt samen met iemands persoonlijke situatie en karakter. Bij psychologische stress kan het gaan om ingrijpende gebeurtenissen, een emotionele reactie op gewone tegenvallers. Dit kan zich uiten in gevoelens van:
 - Overbelast gevoelsleven (depressie, rouw);
 - Overbelast driftleven (bijvoorbeeld langdurige frustratie, angst);
 - Overbelast denklevens (bijvoorbeeld uitputting, lichamelijk ziekte).

De overbelasting geeft een gevoel van psychische onveiligheid waardoor de zintuigen op scherp komen te staan. Hierdoor wordt een normaal gehoor gecompenseerd door tinnitus of hyperacusis. Bij hyperacusis gaat het om overgevoeligheid voor geluid, pijnlijke waarnemingen van gewone geluiden, geluidsfobie. Het is ook mogelijk om zowel tinnitus als hyperacusis te hebben (Wagenaar, Wieringa & Verschuure, 2010).

De aandoening tinnitus is vaak continue aanwezig. Het wordt een probleem als mensen met tinnitus de focus leggen op hun aandoening. Gewaarwording van tinnitus roept een vecht-vlucht-respons op die stress geeft. Dit werkt lichamelijk door, hetgeen ook weer stress geeft. Er ontstaat zo een vicieuze cirkel. Het gevolg hiervan is dat dit zich kan uiten in depressie en suïcidale gedachten. Het kan leiden tot een situatie waarin mensen een gevaar voor zichzelf vormen.

2.5 Training Controle over Tinnitus

De GGMD biedt aan cliënten de mogelijkheid om een cursus te volgen om controle te krijgen over tinnitus, de COT-training. Het doel van deze training is om cliënten psycho-educatie te geven zodat zij ziekte-inzicht krijgen en om hen handvatten aan te reiken hoe ermee om te gaan (geruststellen en aanpassing te bevorderen). Bij afleiding en ontspanning komt de aandoening meer op de achtergrond te staan.

Bij evaluatie van de COT-training kwam naar voren dat de cliënten het fijn vonden om contact te hebben met lotgenoten. In het huidige draaiboek voor trainers wordt aangegeven dat zij onder de aandacht bij cliënten moeten brengen dat de bijeenkomst geen gespreksgroep is en geen psychologische therapie.

Kenmerkend voor een behandel- of begeleidingsgroep is dat de deelnemers makkelijker van elkaar leren en makkelijker iets van elkaar aannemen dan van de groepsleider of therapeut. De deelnemers/lotgenoten zijn de ervaringsdeskundigen van hun eigen situatie. Dit maakt dat zij elkaar beter en sneller kunnen begrijpen. De steun die zij van elkaar ondervinden voelt daardoor echter dan de steun van de groepsleider/therapeut die een andere positie heeft (De Haas, 2017).

Hierin zit een discrepantie ten opzichte van de COT-training waarbij het uitgangspunt is dat juist de groepsleider/therapeut de kennis moet overdragen.

2.6 Probleemanalyse

2.6.1 Microniveau

Allereerst kampen mensen die zelf de aandoening tinnitus hebben met een probleem. Zij ondervinden er last van in hun dagelijks leven. De gevolgen daarvan werken ook door in hun sociale systeem (netwerk) waarvan zij deel uitmaken. Er bestaat gevaar van het afbrokkelen van het sociaal netwerk; wanneer je te maken krijgt met langdurige kwetsbaarheden zoals bijvoorbeeld tinnitus, kan er een neerwaartse spiraal gaan ontstaan, het Social Breakdown Syndrome (Gruenberg, 1974). In de eerste zes weken is er over het algemeen aandacht voor de persoon die met kwetsbaarheden wordt geconfronteerd. Mensen leven mee. Als het herstel uitblijft, neemt doorgaans de belangstelling af. De persoon die te maken heeft met kwetsbaarheden zal zich hierdoor eenzaam voelen en teleurstelling ervaren. Sociale contacten zal hij uit de weg gaan, contacten verwateren. De persoon komt steeds meer alleen te staan en raakt in zichzelf gekeerd. Er is verlies van hoop op herstel. Eenzaamheid en somberheid staan voorop (Langedijk, 2018). Vaak zitten de cliënten met tinnitus in deze fase als zij zich aanmelden bij de GGMD. Om te voorkomen dat personen veranderen in chronisch niet vaardige patiënten is het belangrijk om preventief snel ondersteuning te bieden.

2.6.2 Mesoniveau

Vanuit de kant van het GGZ-team is het belangrijk om goed aan te sluiten bij de behoeften en wensen van de cliënten voor het verlenen van optimale ondersteuning. Voldoet de huidige COT-training?

2.6.3 Macroniveau

De zorgkosten staan in Nederland onder druk. Als mensen leren leven met hun aandoening hebben zij minder ondersteuning nodig van zorgprofessionals. Uit wereldwijd onderzoek van Beukes e.a. (2020) blijkt dat een derde van de respondenten aangeeft dat ten tijde van COVID-19 hun tinnitus erger is geworden. Dit komt overeen met de resultaten van de enquête die NVVS-Hoormij heeft uitgevoerd (Stichting Hoormij, 2021).

2.6.4 Beroepswaarden

Organisatie: Kijkend naar de missie en de visie van de GGMD afgezet tegen de definitie van Global Sociaal Werk van 2014 komt naar voren dat de GGMD zich met haar dienstverlening sterk richt op het bevorderen van empowerment en sociale cohesie. De principes van sociale rechtvaardigheid, collectieve verantwoordelijkheid en verschillende vormen van diversiteit staan hierbij centraal (IFSW & IASSW, 2014). Belangrijke kernwaarde hierbij is menselijke waardigheid bevorderen door cliënten binnen hun eigen sociaal-culturele context en in wisselwerking met hun omgeving tot hun recht te laten komen.

Onderzoek: Kijkend naar de definitie van Global Sociaal Werk van 2014 dan draagt dit onderzoek bij aan empowerment van mensen met tinnitus. Behandeling van tinnitus is voor ieder individu verschillend (respect voor de verschillende vormen van diversiteit). Een breed aanbod en juiste begeleiding resulteert er in dat mensen, gebaseerd op eigen keuzes, levensproblemen kunnen aanpakken en bevordert hun welzijn. Als sociaal werker dragen wij middels dit onderzoek bij aan artikel 2 van de beroepscode (Van der Meij & Luttik, 2018); de kernwaarde het versterken van de eigen kracht en het versterken van verantwoordelijkheid, zelfredzaamheid en sociale participatie van de burger/cliënt alsmede artikel 28 toegankelijkheid van het sociaal werk/hulpverlening.

2.7 Centrale vraagstelling

Wat is er nodig, naast de huidige training 'Controle over Tinnitus', om beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van cliënten van het GGZ- team van de GGMD', ouder dan 18 jaar, met tinnitus?

2.7.1 Deelvragen

- Wat biedt de COT- training aan mensen met tinnitus?
- Wat zijn de wensen en behoeften van mensen ouder dan 18 jaar met tinnitus?
- Wat is de beleidsruimte van het lokale GGZ-team binnen de centrale kaders van de GGMD met betrekking tot de dienstverlening?

In het licht van de missie (ondersteuning bieden) en de visie (zelf de regie geven) en ambitie van de GGMD zelf, liggen hier dan ook kansen tot verbetering. Het gaat niet alleen om het gebied van zelfredzaamheid, maar eveneens om het punt van samenredzaamheid. Op het gebied van zelfredzaamheid ligt de beperking in de mogelijkheden tot toegankelijkheid en sociale participatie; bij samenredzaamheid wordt het netwerk en de mogelijke hulp- en steunbronnen beter benut. Deelnemers kunnen juist veel steun hebben aan elkaar en herkenning en erkenning vinden bij elkaar. Dit heeft enorme toegevoegde waarde.

De evaluatie van de cursus Omgaan met tinnitus is opgenomen als bijlage 2.

3. Aanpak en inhoud

Met de deelvragen in ons achterhoofd zijn we gestart met veld- en literatuuronderzoek om inzicht te krijgen in het bestaande behandelaanbod met betrekking tot tinnitus zowel binnen als buiten de GGMD en om op zoek te gaan naar best practices.

We wilden daarnaast inzicht krijgen in de wensen en behoeften van cliënten en de problemen die de cliënt als gevolg van tinnitus ondervindt. We hebben er voor gekozen gesprekken te voeren met professionals zonder vastgestelde agenda met als doel om zo breed mogelijk informatie op te halen. Wat zien en signaleren zij vanuit hun functie? Ook zijn wij met hen gaan brainstormen over ideeën. Naast het ophalen van informatie hebben wij hen op deze wijze betrokken bij het onderzoek en draagvlak gecreëerd binnen de organisatie.

We hebben gesproken met mensen die zelf tinnitus hebben omdat we meer inzicht wilden krijgen op hoe mensen hun tinnituskachten beleven. Ook zijn we aanwezig geweest bij een online conferentie over tinnitus. We hebben bewust buiten de organisatie gekeken om meer ideeën, inzichten en best practices, ook buiten de regio, op te halen.

Op basis van de uitkomsten in deze deelonderzoeken hebben wij een enquête ontwikkeld en deze afgenomen onder cliënten die de COT-training hebben gevolgd. Op deze wijze konden wij toetsen of de uitkomsten uit veld- en literatuuronderzoek overeen kwamen met wat cliënten aangaven. Ook konden wij met de enquête in aantallen/percentages vaststellen waar de grootste behoefte van cliënten lag. De theoretische onderbouwing van de enquête vindt u in bijlage 3. De blanco enquête vindt u in bijlage 4.

Bij onze aanpak hebben wij gebruik gemaakt van het model van Design Thinking dat ontwikkeld is door het Stanford Institute of Design. Dit model omvat 5 fasen; de Empathize-, de Define-, de Ideate, de Prototype- en de Testfase (Van 't Veer, Wouters, Vaeger & van der Lugt, 2020). Gedurende het proces van onderzoek zijn meerdere onderzoeksloops doorlopen waarbij telkens nieuwe inzichten, vragen en ontwerpeisen naar voren kwamen. De onderzoeksloops zijn uitgewerkt in bijlage 5. Er is gebruik gemaakt van verschillende technieken om het probleem verder te definiëren, ideeën te genereren en vandaaruit selecties te maken. Deze zijn toegevoegd als bijlage 6 (mindmap), bijlage 7 (probleemboom) en bijlage 8 (doelenboom).

3.1 Veldoriëntaties binnen de GGMD

Bij het uitvoeren van het veldonderzoek, hebben wij ons binnen het GGZ-team van de GGMD gericht op verschillende betrokkenen bij de behandeling van tinnitus en de COT-training. Het doel van de gesprekken is hierboven beschreven bij het hoofdstuk aanpak en inhoud.

Interviews zijn afgenomen met:

- De psycholoog, zij neemt voorafgaand aan de cursus de intake af bij de cliënten met tinnitus (de potentiële cursisten). Zij onderzoekt de individuele problematiek en beoordeelt of iemand geschikt is voor deelname aan de cursus. Zelf is zij ook trainer in de cursus;
- De sociaal werker annex GGZ-agoog, zij verzorgt samen met de psycholoog de COT-training;
- De psychiater van het GGZ-team, zij heeft een belangrijke rol binnen de organisatie waarbij het gaat om beleid en verantwoording. Zij staat in nauw contact met de 1^e geneeskundige en is vanuit haar expertise, behalve vanuit het psychische gedeelte, ook medisch onderlegd.

Er zijn een aantal veelvoorkomende cliëntkenmerken onder mensen met tinnitus, stress is hier een van; stress als oorzaak maar ook als gevolg van de aandoening. Psycho-educatie kan een manier zijn om stress te reduceren bij sommige mensen. Er is een toename van aanmeldingen tijdens Covid-19 wat te verklaren valt door een hoger stressniveau en minder afleiding waardoor tinnitus op de voorgrond komt te staan. Cliënten vinden het moeilijk om bij hun gevoel te komen en zijn zich hiervan onvoldoende bewust. Veerkracht en copingstijl spelen een rol bij het omgaan met tinnitus. Er wordt gevochten tegen de tinnitus en het proces van acceptatie moet nog beginnen. Cliënten met tinnitus zijn over het algemeen hoog opgeleid en hebben een hoog verantwoordelijkheidsgevoel.

De hulpverlening aan mensen met tinnitus richt zich op horende en slechthorende mensen. Bij dove cliënten staan andere klachten vaak op de voorgrond; zij krijgen een ander behandeltraject.

De COT-training en de WAT-training bieden weinig ruimte voor eigen inbreng van de trainer. De WAT-training, waar psycho-educatie gecombineerd wordt met lotgenotencontact, wordt in de regio niet gegeven en is als best practice gaan dienen voor het product. Er wordt vaak aangegeven bij de professionals dat lotgenotencontact gemist wordt, wat overeenkomt met de uitkomsten van de evaluatie van de COT-training. Naasten tonen nu weinig belangstelling om mee te komen naar een training.

Ontwerpeisen vanuit veldoriëntatie binnen de GGMD:

- Stressreductie;
- Gericht op bij het gevoel komen en ontspanning;
- Praktische handvatten;
- Product kan afgestemd worden op cliënten van gemiddeld tot hoog niveau;
- Product op horende en/of slechthorende mensen met tinnitus;
- Psycho-educatie;
- Lotgenoten;
- Eigen ruimte en flexibiliteit voor de trainer;
- Aandacht voor naasten en netwerk, laagdrempelig.

De uitgewerkte verslagen van de gesprekken zijn opgenomen in dit verslag als bijlage 9, 10, 11. In bijlage 12 vindt u in tabelvorm een uitgebreide samenvatting met besproken thema's, conclusies en ontwerpeisen.

3.2 Veldoriëntaties buiten het GGZ-team

Behalve binnen het GGZ-team hebben wij ons bij het veldonderzoek ook buiten de GGMD georiënteerd. Het doel van de gesprekken is beschreven bij het hoofdstuk aanpak en inhoud. De oriëntatie bestond uit:

- een onlinebijeenkomst van NVVS/Hoormij bijgewoond over 'Oorsuizen, tips voor tinnitus';
- een gesprek met een echtpaar waarvan de man tinnitus heeft;
- het volgen van het online discussieforum voor C.I.- gebruikers met tinnitus.

De methoden die wij hierbij hebben gebruikt zijn 'observeren en interviewen'.

Ook hier geven professionals het belang van lotgenotencontact aan. Er zijn initiatieven buiten de regio voor huiskamerbijeenkomsten. Succesfactoren zijn een veilige sfeer en inzet van ervaringsdeskundigen; de veranderde rol van hulpbehoevend naar hulpgevend. Cliënten hebben de behoefte hun tinnitusgeluid te laten horen aan naasten en hebben behoefte aan steun en begrip. Het betrekken van het netwerk is daarom belangrijk. Cliënten geven zelf aan niet 'vreemd' gevonden te willen worden. Hierin ligt een publiekstigma en een zelfstigma (Van der Padt, Derks & Boon, 2017). Ook geven zij aan dat door medici gezegd wordt dat er niets aan tinnitus te doen is; men moet er maar mee leren leven.

De communicatie met KNO-artsen en audiciens kan verbeterd worden. Zij kunnen informatie geven over de nieuwste inzichten en over de wijze waarop gebruik gemaakt kan worden van geluidmaskering op gehoorapparatuur.

Er is grote diversiteit in tinnitusklachten en de gevolgen daarvan in iemands leven. Mensen kunnen als gevolg van de aandoening in een negatieve spiraal belanden, onzeker worden, zich niet begrepen voelen. Eenzaamheid en somberheid komen vaak voor. Men kan de hoop op herstel verliezen met depressie en suïcidale gedachten als gevolg. Een breed aanbod is wenselijk om goed aan te sluiten bij cliënten. Behoeftes zijn aan zowel preventieve, lichte als zwaardere zorg, ook is er behoefte aan praktische handvatten en manieren om de focus af te halen van tinnitus en het doorbreken van de vicieuze cirkel. De GGZ voorziet in zwaardere zorg en diverse behandelmethodes. Wat is er aan preventie en laagdrempelige zorg in de noordelijke regio?

Ontwerpeisen vanuit veldoriëntatie buiten de GGMD:

- Lotgenotencontact in veilige sfeer;
- Naasten betrekken en een plek waar naasten informatie kunnen krijgen;
- Podium bieden aan professionals en zorgen voor verbinding;
- Versterken van samenwerking met de ketenpartners;
- Maatwerk en flexibiliteit;
- Gericht op preventie en laagdrempelig;
- Psycho-educatie;
- Praktische handvatten;
- Signalering van de fase van tinnitus en de problematiek als gevolg van tinnitus waaronder bijvoorbeeld depressie en suïcidale gedachten. Doorverwijzen is hierbij aandachtspunt.

De volledig uitgewerkte verslagen zijn opgenomen als bijlage 13, 14 en 15. In bijlage 16 vindt u in tabelvorm een uitgebreide samenvatting met besproken thema's, conclusies en ontwerpeisen uitgesplitst op bevindingen van professionals en bevindingen van cliënten en mensen met tinnitus.

3.3 Oriëntatie in de regio Noord

De GGMD heeft met betrekking tot tinnitus twee bestaande groepsbehandelingen; de COT-training (twee bijeenkomsten) en de WAT-training (vijf bijeenkomsten). Bij de COT-training leren cliënten wat tinnitus is en hoe ze dit beheersbaar kunnen maken. De WAT-training is een vervolg op de COT-training waarbij cliënten werken aan de gevolgen van tinnitus, cliënten zijn medisch uitbehandeld en een GGZ indicatie is vereist. Bij beide trainingen staat psycho-educatie centraal en wordt gebruik gemaakt van huiswerkopdrachten die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie (CGT). Bij de WAT-training is meer ruimte voor lotgenotencontact en is er een programmadeel opgenomen voor naasten. De WAT-training wordt niet in regio Noord-Oost gegeven. Psycho-educatie is een werkzaam kernelement van CGT, een behandelvorm die evidence based is. Bij CGT is de wisselwerking tussen gedachten, gevoelens en gedrag cruciaal. CGT is volgens de effectladder van Van Yperen, Veerman en Bijl (2017) een bewezen effectieve interventie en erkend als relatief werkzame interventie (NJI, z.d.).

Lentis (een van de stakeholders van de GGMD) biedt hulpverlening aan voor mensen met tinnitusklachten. Het betreft gerichte individuele behandeling en specialistische hulpverlening zoals CGT, EMDR, partner-relatiegesprekken, systeemtherapie, behandeling bij angsten, depressie en traumagerelateerde klachten. Naast individuele behandeling is er psychiatrische groepsbehandeling. Deze behandeling is opgebouwd uit psycho-educatie, CGT en psychomotorische therapie (PMT). PMT steunt op practice based evidence (NVPMT, 2021). Het is een behandelvorm gericht op psychische en psychosociale problematiek waarbij gebruik wordt gemaakt van bewegen en lichamelijkeheid. PMT is een bewezen effectieve interventie en erkend als relatief werkzame interventie (NJI, z.d.). **Onze conclusie is** dat voor mensen die zwaar lijden onder hun tinnitus op maat werkzame behandelingen beschikbaar zijn binnen GGZ-instellingen.

Vanuit de leiding van de GGMD wordt aangegeven dat het Martiniziekenhuis direct doorverwijst bij tinnitusklachten naar de GGMD, ook wanneer er maar een 'flintertje' tinnitus aanwezig is; er mist een tussenstation. Mensen met lagere lijdensdruk en minimale tinnitus zouden niet direct een GGZ-verwijzing nodig hebben. Tevens wordt aangegeven dat hetgeen voor Groningen geldt ook voor Friesland en Drenthe geldt. Het Martiniziekenhuis heeft als belangrijke stakeholder aangegeven samen te willen werken in een preventieproduct door middel van het inzetten van expertise van medewerkers betreft informatievoorziening en het beschikbaar stellen van een plek voor bijeenkomsten.

Ontwerpeisen vanuit regio oriëntatie:

- Behoefte aan voortraject, wat zit er vóór de GGZ-verwijzing?;
- Preventie;
- Laagdrempelige informatievoorziening;
- Behoefte om ook als GGMD in Friesland zichtbaar te zijn als organisatie voor mensen met gehoorproblemen, zeker nu daar de activiteiten van een belangenorganisatie zijn gestopt.

3.4 Bevindingen vanuit enquête

In de laatste fase van veldonderzoek is een enquête ontworpen. Omdat de behandeling van tinnitus zo divers en breed is alsook de gevolgen in het leven van de cliënt hebben wij er voor gekozen een enquête op te stellen aan de hand van het bio-psycho-sociale model

(Blanken, Clijisen, Garenfeld, te Paske & van Piere, 2018) met als doel te achterhalen hoe de verhoudingen lagen ten aanzien van de klachten op de drie gebieden, biologisch, psychologisch of sociaal.

De enquête is uitgezet binnen twee verschillende groepen die de COT-training hebben gevolgd. De eerste groep had vooraf aangegeven wel behoefte te hebben aan lotgenotencontact en de tweede groep had vooraf aangegeven geen behoefte te hebben aan lotgenotencontact. Alle deelnemers hebben de enquête ingevuld. De enquête met de dataverwerking zijn toegevoegd als bijlage 17 (groep 1) en bijlage 18 (groep 2).

Wat opviel:

Bij dataverwerking kwam naar voren dat er voornamelijk behoefte was aan:

- Meer informatie over tinnitus (70%);
- Op de hoogte blijven over de laatste ontwikkelingen m.b.t. tinnitus (90%);
- Contact met een ervaringsdeskundige, een hulpverlener die zelf ook tinnitus heeft (50%);
- Praktische handvatten zoals oefeningen voor ontspanning en andere praktische tips (90%).

Aandachtspunten:

- De helft van de deelnemers heeft vooraf aangegeven behoefte te hebben aan lotgenotencontact. In de enquête is dit 30%. Daarnaast is behoefte aan contact met ervaringsdeskundigen, 50% van de deelnemers geeft dit aan. 30% heeft neutraal (niet mee eens/niet mee oneens) gereageerd op lotgenotencontact en contact met een ervaringsdeskundige.
- Bij de vragen die betrekking hebben op psychologische factoren (+coping), hielden de geënquêteerden zich op de vlakte. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de cliënten meer bezig zijn met het denken dan met het voelen. De psycholoog gaf aan dat de meeste cliënten tijdens hun intake eenvoudige vragen met betrekking tot hun gevoel niet begrepen. Daarbij hebben veel cliënten schouder- en nekklachten wat kan wijzen op aanwezigheid van spanning en stress. Het roept de vraag op of de “onderliggende laag” van de problematiek wordt bereikt met het geven van psycho-educatie.

Ontwerpeisen vanuit enquête:

- Informatie verstrekking m.b.t. tinnitus alsmede de laatste ontwikkelingen;
- Behoefte aan praktische handvatten zoals oefeningen voor ontspanning en andere praktische tips;
- Inzet van ervaringsdeskundigen.

3.5 Bevindingen vanuit Moreel Beraad

De GGMD is terughoudend om mensen met suïcidale gedachten toe te laten aan de COT training. In een moreel beraad met betrekking tot dit onderwerp kwamen een aantal zaken naar voren:

- Met regelmaat zijn er mensen met suïcidale gedachten en tinnitus. De vraag is of er mogelijk, naast een-op-een hulpverlening, een ander of aanvullend aanbod op gegeven kan worden zoals een groepsaanbod. Ook signalering en juiste doorverwijzing komt aan bod bij dit onderwerp.

- Er is genoemd dat cliënten vooraf niet goed weten wat de COT training inhoudt. Er mist een voortraject, een stukje informatievoorziening en preventie.

De conclusie:

Er zit een gat in het voortraject. Het onderwerp doorverwijzen is in beeld bij de GGMD en wordt regiobreed opgepakt met andere organisaties. Het idee van een groepsaanbod voor mensen met suïcidale gedachten gebruiken wij niet in dit product; we hebben geconstateerd dat er zware en intensieve hulpverlening mogelijk is bij de GGZ, maar dat juist een laagdrempelig aanbod in de regio ontbreekt. De keuze voor het product gaat uit naar laagdrempeligheid. Vanwege de ernst van het onderwerp willen we de signaalfunctie wel een plek geven in het product.

Ontwerpeisen vanuit enquête:

- Signalering (ook suïcidesignalering);
- Preventie;
- Geven van informatie over tinnitus en over aanbod hulpverlening hieromtrent in de regio.

3.6 Bevindingen vanuit theoretisch onderzoek

Aan het ontstaan van tinnitus kunnen een reeks van oorzaken en factoren ten grondslag liggen. Er valt niet één enkel mechanisme aan te wijzen dat hiervoor verantwoordelijk is. Dit maakt het lastig om een eenduidige behandeling te geven. Als GGZ-agogen hebben wij verschillende theoretische invalshoeken meegenomen in de ontwerpeisen voor ons Advies.

Systeemtheorie

Volgens het model van Engel beïnvloedt een chronische aandoening in het systeem “de mens” zijn beleving en gedrag en werkt dit door in de interactie met zijn omgeving. Het is een “open systeem” (Blanken et al., 2018). Het hebben van tinnitus betekent wat voor de persoon zelf en zijn functioneren en is van invloed op zijn interactie met zijn leefomgeving (gezin, partner, familie, werk, vrienden/kennissen). Cognitieve gedragstherapie (CGT) en Acceptance and commitment therapy (ACT) vloeien voort als behandelmethoden vanuit de systeemtheorie.

Cognitieve, emotionele en somatische dimensie bij de aanpak van tinnitus

Wanneer tinnitus wordt waargenomen door mensen, geeft dit niet gelijk angst. De angstreactie treedt op wanneer mensen er negatieve gedachten aan koppelen zoals bijvoorbeeld bang zijn dat het nooit meer overgaat. De cognitieve gedragstherapie (CGT) heeft tot doel de negatieve gedachten te corrigeren om gedrag te beïnvloeden. Hulpmiddel hierbij is het A-B-C-model van CGT. Mensen zijn echter geen mentale robots; er dient ook aandacht te zijn voor de emotionele dimensie. Aanwezige (onderliggende) angsten en spanningsfactoren als verdriet, verlies, rouw of spanningen in de relatie behoeven ook aandacht.

Volgens de holistische visie ben je als mens een eenheid: mentaal, emotioneel, fysiek en spiritueel. Wie je bent en hoe je je voelt wordt bepaald door wat je eet, je leefwijze, je emoties, erfelijke invloeden en externe omgevingsfactoren. Om controle over tinnitus te krijgen wordt gekeken hoe spanningsfactoren te verminderen door ontspanning. Om te kunnen ontspannen is het nodig het verschil te weten tussen een gespannen en ontspannen gevoel. Vaak zijn mensen zich er niet van bewust dat hun lichaam al lange tijd in

overspannen toestand verkeert. Dit komt overeen met de bevindingen van de psycholoog en de psychiater van het GGZ-team. Ontspanning kan via verschillende manieren worden bereikt. Te denken valt bijvoorbeeld aan het doen van ademhalingsoefeningen, yoga, mindfulness, gedichten schrijven, et cetera (Vinck & Vingerhoets, 2020).

Copingstijl

Coping is een belangrijk aspect van de balans tussen draaglast en draagkracht. Een adequate omgang met life-events geeft veerkracht, een inadequate omgang draaglast. Bij individuele coping is er een verband tussen denkprocessen en stress. Volgens de visie van Lazarus (1992) gaat het om hoe een situatie te interpreteren en wat eraan te doen. Bij de interpretatie zijn er twee mogelijkheden; Am I okay or in trouble? Bij het omgaan met de problemen gaat het om het overdenken van verschillende hanteringswijzen en hun kans van slagen gebaseerd op soortgelijke ervaringen in het verleden, het beeld dat je van jezelf hebt en het kunnen beschikken over middelen om de stress de baas te worden. Betreffende het omgaan met tinnitus gaat het om probleemcoping, het omgaan met knelpunten in het algemeen, cognitiecoping, gedachten en emotiecoping, emotionele vragen (De Mönnink, 2009).

ACT

Wat opvalt is dat mensen in de beginfase vechten tegen tinnitus en dat er nog een acceptatieproces op gang moet komen. Een manier om de veerkracht te versterken is gedragstherapie. ACT staat voor Acceptance and Commitment Therapy, het is een vorm van gedragstherapie waarbij mensen geholpen worden om op een flexibele manier met obstakels om te gaan. Het doel is hierbij niet om de klachten te reduceren maar om coping vaardigheden te vergroten (Actinactie, z.d). ACT wordt vaak in combinatie met mindfulness gegeven. ACT kan een geschikt middel zijn binnen het behandelaanbod van tinnitus. Op basis van feedback van de psycholoog van de GGMD in de eerste ontwerpevaluatie, zie hoofdstuk 3.9, is er voor gekozen om geen gebruik te maken van ACT voor een laagdrempelig product zoals wij dat ontwikkelen. ACT is meer geschikt als therapie bij de GGZ. Er is gekozen voor elementen van mindfulness en ademhalingsoefeningen in het product.

Lotgenoten

Zelfhulpgroepen en lotgenotengroepen komen in veel facetten binnen het sociale domein en GGZ voor, zowel voor cliënten als de betrokken naasten. In de databank van effectieve sociale interventies komt lotgenotencontact naar voren als effectieve methode (Movisie, z.d.). Deelnemers leren van interacties met elkaar. Verschillende visies en gedachten worden naar voren gebracht. Gebleken is dat er tien therapeutische werkzame factoren zijn die veel genoemd worden; aanvaarding, universaliteit, altruïsme, hoop, begeleiding, leren van voorbeeldgedrag, leren door inzicht, leren door feedback, zelfonthulling, catharsis. (De Haas, 2017). In een laagdrempelig product als een inloopavond zien wij aanvaarding, zijn wie je bent en je gesteund voelen door elkaar. Er is sprake van herkenning en erkenning van gevoelens en ervaringen. Hoop kan ontstaan door succeservaringen te delen met elkaar en te horen wat de ander heeft geholpen. Er kunnen nieuwe waardevolle inzichten ontstaan bij mensen wat hun veerkracht kan versterken.

3.7 Conclusies ontwerpeisen vanuit de bevindingen

Uit inventarisatie van de gemeenschappelijke wensen en behoeften van alle betrokkenen hebben wij de ontwerpeisen voor het door ons te ontwikkelen product samengevat:

- Kennis bieden van de laatste onderzoeken en ontwikkelingen betreffende tinnitus (meer informatie over tinnitus) en aanbod over hulpverlening in de regio;
- Praktische handvatten geven zoals oefeningen voor ontspanning en andere praktische tips, meer aandacht voor lichaam en geest en beleving van tinnitus;
- Inzet en contact met ervaringsdeskundigen, een hulpverlener die zelf ook tinnitus heeft
- Signalering, preventie en doorverwijzing;
- Zorgen voor laagdrempelige toegang en een veilige sfeer voor mensen met tinnitus en hun naasten.

3.8 Conclusies ten aanzien van de onderzoeksvraag

Terugkerend naar de hoofdvraag: Wat is er nodig, naast de huidige training 'Controle over Tinnitus', om beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van cliënten van het GGZ-team van de GGMD, ouder dan 18 jaar, met tinnitus?

Er kan geconcludeerd worden dat er niet een eenduidige behandeling is voor tinnitus, een breed behandelaanbod is wenselijk. Binnen de noordelijke regio is er behoefte aan een tussenstation. Huidige situatie is dat mensen bij het ziekenhuis of de GGZ terecht kunnen. Er is geen laagdrempelige informatievoorziening gericht op preventie of een tussenstation/voorportaal voorafgaand aan de GGZ zorg.

De COT training (deelvraag 1) voorziet in een gedeelte psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie (CGT). Er is geen vervolg in de noordelijke regio op deze training, de vraag van cliënten naar het op de hoogte blijven van de laatste ontwikkelingen met betrekking tot tinnitus blijft bestaan; ook hebben zij er behoefte aan om praktische handvatten aangereikt te krijgen.

Dit zie we terug in de wensen en behoeften van cliënten (deelvraag 2), zij willen graag meer informatie, op de hoogte blijven van de laatste ontwikkelingen en praktische handvatten. Daarnaast geeft 50% aan behoefte te hebben aan contact met ervaringsdeskundigen en lotgenoten (30%).

Op managementniveau is vastgesteld dat er beleidsruimte is voor een preventief product binnen de GGMD in de regio Noord (deelvraag 3). In het moreel beraad is de behoefte aan een preventief product mede naar voren gekomen. Het ontwikkelde product is klaar voor implementatie en kan als leidraad dienen voor andere regio's.

In hoofdstuk 4 gaan we dieper in op implementatie en aanbevelingen rondom de financiering.

3.9 Eerste ontwerpevaluatie met GGMD

De eerste ontwerpevaluatie is uitgevoerd binnen de GGMD. Hierbij waren twee woonbegeleiders/social workers betrokken en een psycholoog. Een van de woonbegeleiders en de psycholoog zijn daarnaast trainer van de COT-training en kunnen eventuele overlap goed beoordelen. Zij hebben met hun ervaring grote kennis van de doelgroep.

Het ontworpen product bestaat nog niet, past bij de doelstelling van de GGMD en biedt grote mogelijkheden voor de toekomst ten aanzien van samenwerking met ketenpartners. Er zijn

een aantal aanpassingen doorgevoerd. Zo is de oefening met betrekking tot ACT er uit gehaald op advies van de psycholoog met als reden dat ACT een therapievorm is en niet geschikt als laagdrempelige oefening. Oefeningen op basis van mindfulness zijn zeer geschikt voor de inloopbijeenkomsten met als doel dat (toekomstige) cliënten handreikingen krijgen voor ontspanning en bewuster worden van hun gevoel.

Flexibiliteit van het product kan duidelijker door gebruik te maken van bouwstenen. Deze aanbeveling is meegenomen in het ontwerp en ook de term lotgenoten wordt veranderd. In bijlage 5, loop 5: eerste ontwerpevaluatie vindt u uitgebreide verslaglegging van de evaluatie.

3.10 Tweede ontwerpevaluatie met cliënten

De tweede ontwerpevaluatie heeft plaatsgevonden met twee cliënten, die de COT-training hebben gevolgd, in afzonderlijke gesprekken. Het product en de wijze waarop de inloopavonden vorm zijn gegeven worden door beiden zeer positief ontvangen en zij zien zichzelf gebruik maken van deze bijeenkomsten waarbij de informatieve functie en praktische tips erg werden gewaardeerd door beiden. Contact met elkaar en ontspanningsoefeningen werden door 1 persoon gewaardeerd, de ander vond de flexibiliteit prettig om per onderwerp te kunnen kiezen om wel of niet te gaan.

De indruk is dat in Assen mensen minder worden geïnformeerd over verdere hulpverlening bij de GGMD en Lentis dan dat vanuit de ziekenhuizen in Groningen gebeurt. Het bereiken van de doelgroep en het succes van de inloopbijeenkomsten staan en vallen met goede PR in de regio. De cliënten willen graag per mail geïnformeerd worden en bevelen een mailgroep aan. Dit is een uitvoerbaar advies, waarbij gelet moet worden op privacy, versturen in bcc. Ook zien zij mogelijkheden voor verdere ontwikkeling in de toekomst met een eigen website. Deze kan gebruikt worden voor informatievoorziening en ontwikkelen als platform. Termen kunnen simpel gehouden worden, niet spreken over 'lotgenoten' maar 'mensen met tinnitus'.

In bijlage 5, loop 6: tweede ontwerpevaluatie vindt u uitgebreide verslaglegging van de evaluatie.

4. Aanbevelingen

De GGMD wil de erkende expert zijn op het gebied van hoorproblemen. Zij ambieert een spilfunctie op het gebied van doorverwijzing, consultatie en uitvoering van dienstverlening waarbij zij midden in een netwerk van ketenpartners staat. De organisatie geeft daarbij ruimte aan studenten en professionals om samen stappen te nemen en nieuwe ideeën voort te brengen.

Naar aanleiding van de bevindingen van ons onderzoek bevelen wij aan om inloopbijeenkomsten te organiseren voor mensen met tinnitus; dit om het gat in het voortraject te dichten.

We hebben diverse ontwerpisen geïnteriseerd en op basis daarvan ons product ontworpen. Het product is een uitgewerkt draaiboek (zie productontwerp) geworden voor te organiseren inloopbijeenkomsten. Dit kan gezien worden als een flexibel format, wat uitgerold kan worden in de drie Noordelijke provincies.

Middels het ontwikkelde product van inloopbijeenkomsten creëert de GGMD kansen om zich te positioneren binnen de regio Noord en samenwerking met belangrijke stakeholders als het UMCG, Martiniziekenhuis en Lentis te verstevigen. Het Martiniziekenhuis en Lentis hebben mede de behoefte aan een preventief product aangegeven en ook met het UMCG worden gesprekken gevoerd door de leiding van de GGMD. Het product biedt een platform voor specialisten op gebied van tinnitus om cliënten te bereiken en informatie te delen. Naast delen van informatie zien wij toekomstmogelijkheden voor ontwikkeling van het product; daarbij valt te denken aan het gebruik van het platform door professionals om signalen op te vangen en input te leveren voor nieuw (wetenschappelijk) onderzoek.

Op gebied van dienstverlening voor cliënten geven de inloopbijeenkomsten de mogelijkheid aan de GGMD om aan vroegsignalering te doen; het laagdrempelig en dichtbij informeren over tinnitus en behandel mogelijkheden. Ook suïcidepreventie is onderdeel van signalering.

Preventie krijgt vorm door stressreductie door psycho-educatie en lotgenotencontact. Er is een groep mensen met lagere lijdenslast die hier voldoende aan heeft, zij hebben geen GGZ-verwijzing nodig. Een verwijzing die zij op dit moment soms wel krijgen.

Ook is denkbaar dat minder GGZ-momenten nodig zijn wanneer cliënten, door middel van lotgenotencontact, contact met ervaringsdeskundigen en praktische handvatten, hun veerkracht kunnen vergroten en gebruik kunnen maken van hun eigen kracht vanuit zelfredzaamheid en samenredzaamheid.

4.1 Financiering van de inloopavonden

Kosten van de inloopbijeenkomsten zullen voornamelijk bestaan uit personeelskosten voor het organiseren van de bijeenkomsten. Tinnitus valt onder de BGGZ die vier prestaties kent met de daarbij behorende maximale bedragen. Het tarief van de BGGZ dat landelijk is vastgesteld voor 2021 (Nederlandse Zorgautoriteit, z.d.) bedraagt:

Tabel A

Code	Prestatie	Maximumtarief
180001	Kort	€ 522,13
180002	Middel	€ 885,01
180003	Intensief	€ 1.434,96
180004	Chronisch	€ 1.380,49

Tijdens het Moreel Beraad werd aangegeven dat jaarlijks ongeveer 50 cliënten met tinnitus gebruik maken van de dienstverlening van de GGMD. Op voorhand valt de lengte van het traject niet te voorspellen. Inloopavonden zouden vooraf gebudgetteerd kunnen worden op basis van 10% van het tarief Prestatie Kort. Nadien, als contact via inloopavonden resulteert in een traject bij de GGMD, zou dit achteraf verdisconteerd kunnen worden in het traject. Een andere optie is de kosten weg te zetten onder PR-activiteiten.

CZ, Menzis en Zilveren Kruis hebben in een verkiezingspaper een oproep gedaan naar de overheid om meer werk te maken van preventie en samenwerking in de regio met als doel de kwaliteit van zorg en betaalbaarheid te verbeteren (CZ, Menzis, Zilveren Kruis, 2021). Zij zetten fors in op preventiebudgetten opgelegd vanuit de overheid. De GGMD kan kwartiermaker in de regio zijn om hier gehoor aan te geven en in gezamenlijkheid met de zorgverzekeraars financieringsmogelijkheden onderzoeken.

4.1 Implementatie

Het advies is om twee medewerkers van de GGMD verantwoordelijk te maken voor de inloopbijeenkomsten. Dit maakt minder kwetsbaar bij onverhoopt uitval van een medewerker. Wanneer de inloopbijeenkomsten eenmaal aan de draai zijn kan bekeken worden wat er per bijeenkomst nodig is. Meerdere factoren kunnen meespelen zoals de geschatte groepsgrootte, eventuele sprekers en hulp van vrijwilligers (bijvoorbeeld bij koffie zetten in buurthuizen).

In verband met de contacten die er al zijn met het UMCG en Martiniziekenhuis ligt het voor de hand om de eerste drie bijeenkomsten in Groningen te organiseren in oktober, november en december 2021. Na evaluatie kan in 2022 uitgebreid worden naar Friesland en Drenthe.

De PR dient goed georganiseerd te worden. De kans van slagen van het product staat of valt met de wijze waarop mensen worden bereikt. Ideeën met betrekking tot PR zijn meegenomen in de werkinstructie.

4.2 Overige aanbevelingen

Gedurende het proces van onderzoek naar het ontwikkelen van dit product zijn er een aantal punten signaleerd:

- De GGMD komt niet prominent naar voren bij zoekmachines als Google wanneer het gaat om tinnitushulpverlening;
- Vanuit het moreel beraad is genoemd dat er vaker cliënten met suïcidale gedachten en tinnitus zijn. Liggen hierin mogelijkheden voor een behandelgroep?

Literatuurlijst

Actinactie (z.d.). Geraadpleegd op 6 juni 2021, van <https://www.actinactie.nl/wat-is-act/>

Beukes E.W., Baguley D.M., Jacquemin L., Lourenco M.P.C.G., Allen P.M., Onozuka J., Stockdale D., Kaldo V., Andersson G. and Manchaiah V. (2020) Changes in Tinnitus Experiences During the COVID-19 Pandemic. *Front. Public Health* 8:592878. doi: 10.3389/fpubh.2020.592878

Blanken, C., Clijnen, M., Garenfeld, W., Te Paske, I., & Van Piere, M. (2018). *Psychiatrie voor de sociaal werker*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum

CBS. (2021). Geraadpleegd op 28 maart 2021, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/bevolkingspiramide>

Cochlear. (2020). Geraadpleegd op 22 februari 2021, van <https://nl.cochlearconversations.com/forums/Forums/Details/80484cfb-ae1a-44a7-965a-8d9ad4d5ed30>

CZ, Menzis & Zilveren Kruis. *Samenwerken aan een gezonder Nederland met goede zorg voor iedereen*. Geraadpleegd op 27 mei 2021, van <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/publicaties/zorg-zorgverzekering/2021/02/10/cz-menzis-en-zilveren-kruis-betere-zorgsamenwerking-in-de-regio-meer-preventie>

De Graaf, T. (2015). *Beeldende therapie bij tinnitus (oorsuizen), leren omgaan met een chronische klacht*. Geraadpleegd op 29 maart 2021, van [https://databank.vaktherapie.nl/download/?id=97814#:~:text=Mensen%20die%20als%20gevolg%20van,5\)%20is%20lager%20dan%2075](https://databank.vaktherapie.nl/download/?id=97814#:~:text=Mensen%20die%20als%20gevolg%20van,5)%20is%20lager%20dan%2075).

Donk, C. van der, & Lanen, B. van. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum, Nederland: Coutinho

Gruenberg, E.M. (1974, 2nd ed.). The Social Breakdown Syndrome and its Prevention. In: S. Arieti (Red.), *American handbook of psychiatry (Vol.II)*. New York: Basic Books

Haas, de W. (2017). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom uitgevers

Hoorzaken.nl. (2021). Geraadpleegd op 20 januari, van <https://www.hoorzaken.nl/nieuws/handboek-hoorzorg-ouderen-onze-zorg/>

Huber M, Vliet M van, Boers I. Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2016;160:A7720.

IFSW & IASSW. (2014). *Globale definitie van het sociaal werk*. Geraadpleegd van: <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2019/08/Global-Definitie-Social-Work-2014-Dutch-.pdf>

Langedijk, J. (2018). *Praktijkboek herstelondersteunende zorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Lazarus, A. (1992) 'Multimodal therapy: technica eclecticismwith minimal theoretical integration.'In: Norcross. J. & Godfried, M. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Harper Collins

LOO - Landelijke Opleidingsoverleggen (2017). *Landelijk Opleidingsdocument Sociaal Werk*. Amsterdam: SWP.

Miller, W.R., Rollnick, S.,(2010). *Motiverende gespreksvoering, een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorichum: Ekklesia

Mönnink, H. de. (2009). *De gereedschapskist van de maatschappelijk werker*. Maarssen: Elsevier

Movisie (z.d.). Geraadpleegd op 6 juni 2021, van [Interventies | Movisie](#)

Nederlandse Zorgautoriteit (z.d.). Geraadpleegd op 2 juni 2021, van [Tariefbeschikking generalistische basis-ggz TB/REG-21622-01 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

NJI. (z.d.). Geraadpleegd op 9 mei 2021, van <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Wat-werkt/Wat-werkt-onderwerpen/Wat-werkt-bij-cognitieve-gedragstherapie>

NJI. (z.d.). Geraadpleegd op 9 mei 2021, van <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Wat-werkt/Wat-werkt-onderwerpen/Wat-werkt-bij-vaktherapie>

NVPMT. (2021). Geraadpleegd op 10 mei 2021, van <https://www.nvpmt.nl/kennisontwikkeling>

Schenk-Sandbergen, L. & Van Hillo, M. (2021, februari). *Onderzoeksrapport enquête tinnitus en de invloed van COVID-19*. Dordrecht/Heiloo/Houten: Hoormij nvvs. [Onderzoek Tinnitus en invloed van Covid-19 definitieve versie-1 final final.pdf \(stichtinghoormij.nl\)](#)

Stichting Hoormij. (2021). Geraadpleegd op 21 februari 2021, van <https://www.stichtinghoormij.nl/items/nl-nl/fag/voor-iedereen/hoeveel-procent-van-de-bevolking-heeft-tinnitus>

Stichting Hoormij.NVVS. (2021). Geraadpleegd op 25 februari 2021, van <https://www.stichtinghoormij.nl/pages/nl-nl/tinnitus/online-conferentie-oorsuizen#>

Sensgezondheidszorg. (z.d.). Geraadpleegd op 11 maart 2021, van <https://www.sensgezondheidszorg.nl/solk/>

Van der Meij, M., & Luttik, E. (2018, februari). *Beroepscode voor de sociaal werker*. Utrecht: BPSW

Van der Padt, I., Derks, J., & Boon, S. (2017). *Psychische kwetsbaarheid*. Amsterdam: Boom uitgevers

Van Yperen, T. A., Veerman, J. W., & Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit. Handboek resultaatgerichte ontwikkeling interventies in de jeugdsector*. Rotterdam: Lemniscaat b.v.

Van 't Veer, J., Wouters, E., Vaeger, M., & van der Lugt, R. (2020). *Ontwerpen voor Zorg en Welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Vinck, B., & Vingerhoets, K. (2020). *Over tinnitus*. Antwerpen: Standaard Uitgeverij nv

Volksgezondheidszorg.info. (2021). Geraadpleegd op 29 maart 2021, van <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/gehoorstoornissen>

Wagenaar, O., Wieringa, M., & Verschuure, H. (2010). *A Cognitive Model of Tinnitus and Hyperacusis; a clinical tool for Patiënt Information, Appeasement and Assessment*. International Tinnitus Journal 2010, 16(1):66-72

Bijlage 1: Algemene informatie over de GGMD

De GGMD bestaat in de huidige vorm sinds 1 januari 2009 en is voortgekomen uit het Bureau DDS. Aanleiding voor de naamsverandering was dat het dienstenpakket van maatschappelijke dienstverlening (bureau DDS) is samengevoegd met geestelijke gezondheidszorg voor doven en slechthorenden (Doof, 2020). De GGMD is een landelijke organisatie met regionale locaties. Het kantoor in Groningen valt onder de regio Noord Oost Nederland. Het hoofdkantoor is gevestigd in Gouda. Bij het GGMD werken ruim 200 medewerkers in verschillende disciplines.

In regio Noord heeft de GGMD strategische allianties en samenwerkingsverbanden met:

- Lentis
- Kentalis
- Accare
- Visio
- Pento
- s Heeren Loo/ Noorderbrug
- OCRN
- Trajectum
- UMCG
- Martini Ziekenhuis
- Kwadrantgroep (VVT)
- VNG (gemeenten via LTA)

De GGMD is de *erkende expert* op het gebied van gehoorproblemen. Zij vervult een *spilfunctie* op het gebied van doorverwijzing, consultatie en uitvoering van dienstverlening (maatschappelijke dienstverlening op het gebied van geldzaken, wonen, instanties; relaties, verliesverwerking en gezondheid; geestelijke gezondheidszorg op het gebied van angsten, slaapstoornissen, concentratieproblemen, eenzaamheid en depressie; loopbaanbegeleiding, diverse trainingen o.a. op het gebied van communicatie). De GGMD verzorgt *landelijk de opleidingen* voor professionals die werken met mensen met een gehoorprobleem. Zij beheert een netwerk van *specialistische en reguliere partners* om de best mogelijke zorg voor hun klanten te geven. Voortvloeiend uit deze wijzigingen heeft de GGMD in regio Noord sinds kort weer stageplekken voor studenten en heeft de GGMD regio Noord zich aangesloten bij het Zorg Innovatie Forum (ZIF) in Groningen.

Het GGZ- team van de GGMD in regio Noord

Momenteel bestaat het GGZ-team uit een teamleider, twee psychiaters, een GGZ-psycholoog, twee basis-psychologen, een maatschappelijk werker, een stagiaire GGZ-agoog en een managementassistent. Het GGZ-team bestaat sinds september 2020 en is nog volop in ontwikkeling. Het is de wens om nog een psychiater, een opvoedtrainer en een systeemtherapeut aan te trekken. Verder zijn er verkennende gesprekken met het doventeam van Lentis om te fuseren of een samenwerking aan te gaan. Inmiddels wordt er ook een afdeling Kind & Jeugd opgebouwd binnen de GGZ-tak van de organisatie. In eerste instantie richt het GGZ team zich op zorg aan volwassenen. Het blijkt dat er veel ondersteuningsvragen zijn van mensen met tinnitus. Na contacten met het Martiniziekenhuis verwijst de afdeling KNO veel cliënten met tinnitus (en bijkomende klachten) door naar de GGMD.

Bijlage 2: Evaluatie training 'Controle Over Tinnitus' (COT-Training)

Datum: dinsdag 9 februari 2021

Aanwezigen:	Functie:
Mw. E. H.	Psychiater
Mw. F.R.	G.Z. Psycholoog
Mw. M.B.	Basis Psycholoog
Mw. M.S.	Trainer / Woonbegeleider
Mw. A.B.	Trainer / Maatschappelijk werker / Zorgcoördinator
Elly Kolenberg	Student Social Work

Doel:

Terugblikken op de trainingen die aan twee groepen cliënten zijn gegeven.

In kaart brengen wat de aandachtspunten en de verbeterpunten zijn.

- Beide trainingen zijn door mw. M.S. en mw. A.B. als duo gegeven.
- De groepsgrootte van de trainingen betrof 5 personen exclusief de trainers.
- Na afronding van de trainingen heeft de G.Z. psycholoog mw. F.R. evaluatiegesprekken gevoerd met de deelnemers afzonderlijk.

Terugkoppeling van de trainers mw. A. B. en mw. M.S.

De training is voornamelijk gericht op het verstrekken van psycho-educatie. De trainers zagen dat de meeste deelnemers het vooral prettig vonden om met lotgenoten in contact te komen zodat ze onderling ervaringen konden uitwisselen. Ook werd de inbreng van de ervaringen van mw. A.B. die zelf ook tinnitus heeft gewaardeerd.

De dynamiek in beide groepen was erg verschillend en daarmee ook de sfeer.

Bij één van beide groepen verliep de interactie stroever. Het kostte daardoor meer tijd om het onderlinge contact tussen de deelnemers tot stand te brengen.

Aanwezigheid is een belangrijke factor in relatie tot de dynamiek in de groep.

In één groep was één persoon niet alle trainingen aanwezig, dit maakte de rest van de groep ook wat terughoudender. Het opbouwen van vertrouwdeheid duurde in deze groep wat langer. Om elkaar feedback te durven geven is een sfeer van veiligheid en vertrouwdeheid nodig.

Enkele deelnemers konden niet goed uit de voeten met de taligheid van de training omdat zij vroeg-dooft zijn. Zij zouden beter een individueel traject aangeboden kunnen krijgen.

Een ander punt is de leeftijd. Er waren een tweetal deelnemers die 73 en 74 jaar oud zijn. Zij konden het tempo van de training niet goed volgen en de aandacht niet goed vasthouden. Daarbij was het voor hen te veel informatie om te kunnen behapstukken. Ook dit was van invloed op de groepsdynamiek.

De groepssamenstelling bepaalt de mate van ondersteuning die de deelnemers ervaren.

Het viel op dat wanneer het tijdens de training ging over het psychische aspect, deelnemers zich terugtrokken. Ze wilden niet zo graag over dit onderwerp praten. Mogelijk was dit voor hen te confronterend. De trainers voelden op dit gebied weerstand vanuit de groepen.

Mevrouw F.R., G.Z. psycholoog vertelde dat uit gesprekken die zij heeft gevoerd naar voren is gekomen dat de deelnemers de training waarderen maar ook behoefte hebben aan persoonlijke terugkoppeling. Ze willen graag weten wat zij in hun specifieke situatie moeten doen om patronen te doorbreken en wat daarvoor nodig is.

Bij sommige deelnemers speelden behalve tinnitus meerdere oorzaken mee als:

- Gestagneerde rouw
- Altijd maar doorgaan
- Stemningsklachten

Mevrouw E.H., psychiater koppelt terug dat zij de intakes zelf heeft uitgevoerd omdat het team nog in opbouw is. Zo'n intake gesprek is een momentopname; dat maakt het lastig om een goede inschatting te kunnen maken over de geschiktheid van cliënten om deel te kunnen nemen aan de training.

Veel cliënten waren ook wanhopig en wilden heel erg graag de training volgen. Zij willen zo snel mogelijk verbetering van hun situatie.

Achteraf betwijfelen allen of wanhopig zijn een goede motivatie is om deel te nemen aan de training.

Draaiboek tinnitus

Mevrouw E.H. en de trainers vertellen dat we bij de GGMD werken met een draaiboek. Binnen dat draaiboek is nog wel ruimte voor enige eigen invulling.

Mevrouw E.H. brengt de mogelijkheid in om in de toekomst ook te gaan kijken naar behandelingsalternatieven omtrent tinnitus. In Duitsland bestaat er bijvoorbeeld de mogelijkheid om een training hiervoor te volgen in een kuuroord. In Duitsland is er ook meer ruimte en oog voor homeopathische behandelingen.

In de toekomst zouden we kunnen gaan nadenken over het gebruik van een soort schaduwboekwerk waarbij ruimte is voor andere methoden/behandelwijzen.

Afspraken

Bijstellen procedure van intake afname

Om scherper te screenen op geschiktheid voor deelname aan de COT-training zullen de intakes voor de komende trainingen worden afgenomen in tweetallen. Mevrouw M.B. zal hierbij een rol spelen.

Aandachtspunten bij de screening op geschiktheid om aan de tinnitus training deel te kunnen nemen zijn:

- Vorm van gehoorproblematiek met als specifiek aandachtspunt vroeg doofheid;
- Leeftijd;
- Mate van slechthorendheid;
- Mate van concentratie vast kunnen houden;
- Motivatie en bereidheid om alle trainingsdagen aanwezig te zijn;
- De behoefte van de cliënt.

Splitsing maken tussen de groepstraining met betrekking tot tinnitus en het bieden van individuele ondersteuning aan cliënten die niet geschikt zijn voor deelname aan de groepstraining.

Inventarisatie van het aanbod van verschillende trainingen met betrekking tot tinnitus en in kaart brengen wat de effectiviteit daarvan is.

Nawoord:

Later vernam ik van mw. E.H. dat de levensfasen ook van invloed zijn op de beleving van tinnitus.

Zo zit één cliënt nog in het werkproces. Deze cliënt vindt het erg moeilijk te accepteren dat er qua energie minder mogelijk is dan voorheen en hoe dit te communiceren op de werkplek.

Een andere cliënt genoot altijd volop van het culturele leven en ging graag naar een voorstelling. Dit is door de tinnitus weggevallen.

Aandachtspunt is de levensfase waarin de cliënten zitten en waar zij in hun specifieke situatie tegenaan lopen.

Bijlage 3: Theoretische onderbouwing bij vragenlijst

Kaders voor de vragenlijst:

- de vragenlijst wordt ingevuld door deelnemers van de COT training na de tweede trainingsdag.
- het invullen van de vragenlijst neem ongeveer 5 minuten in beslag.
- Bij voorkeur gesloten vragen, een enkele open vraag kan. Dit in verband met de spanningsboog van de cliënten na de cursus.

Werkwijze:

- Organiseren en categoriseren door Elly en Susan, uitwerking door Elly (design thinking).
- Opstellen vragenlijst door Susan
- Check vragenlijst door Elly

Aandachtspunten zijn hierbij:

- Vraagstelling, geen suggestieve vragen en formulering
- Validiteit
- Logische volgorde en structuur

Doel van het instrument voor dataverzameling	Kernbegrip	Deelaspecten	Vragen / stellingen
Inzicht in klachten en gevolgen van tinnitus en wensen en behoeften van cliënten vanuit het perspectief van de cliënt, praktijkonderzoek.	kernbegrip 1: Probleemboom	Biopsychosociaal model (Blanken, Clijsen, Garenfeld, Te Paske & Van Piere, 2018).	<i>uitgewerkt in vragenlijst</i>
		1.1 Biologische / medische factoren	
		1.2 Psychologische factoren	
		1.3 Sociale factoren	
	Kernbegrip 2: Doelenboom	2.1 Behandelaanbod	<i>uitgewerkt in vragenlijst</i>
		2.2. Wensen en behoeften	

Bij het ontwikkelen van de vragenlijst is gebruik gemaakt van het stappenplan voor het maken van een instrument ten behoeve van dataverzameling (Van der Donk & Van Lanen, 2017).

Bij het opstellen van de vragenlijst is deels gebruik gemaakt van vraagstellingen uit de Nederlandse Empowerment Vragenlijst van het Trimbos Instituut (Langedijk, 2018).

Bijlage 4: Vragenlijst

Introductie en doel van de vragenlijst.

Wij zijn Elly Kolenberg- van der Werk en Susan Veenstra. Wij studeren Social Work aan de Hanzehogeschool in Groningen. In het kader van deze studie doen wij onderzoek voor de GGMD.

Ons onderzoek richt zich op mensen met tinnitusklachten. We willen graag weten of het huidige aanbod binnen de GGMD voldoende aansluit bij uw wensen en willen graag weten waar de behoeften liggen. Dit alles met als doel het behandelaanbod voor mensen met tinnitus te optimaliseren.

Anonimiteit

De vragenlijst is volledig anoniem. In de vragenlijst worden geen persoonlijke gegevens gevraagd die kunnen herleiden naar een persoon.

Invulinstructie

Geef achter de stelling met een kruisje aan in welke mate de stelling voor u van toepassing is.

Aan het einde van de vragenlijst vindt u een open vraag waar u opmerkingen in kwijt kunt.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Elly en Susan

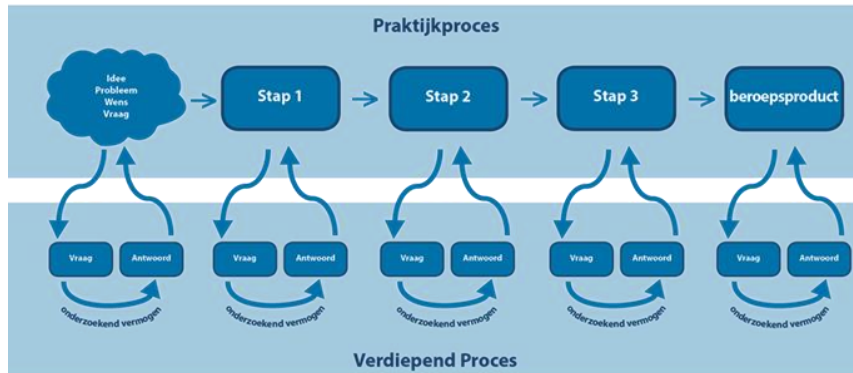
	1	2	3	4	5
1.1 Biologische en medische factoren	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Ik slaap goed					
Ik voel me (lichamelijk) energiek					
1.2 Psychologische factoren (+coping)	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Het lukt mij te ontspannen					
Ik voel me (geestelijk) energiek					
Ik kan me concentreren					
Ik kan goed met tegenslag omgaan					
Ik weet mijn grenzen te trekken					
Ik weet raad met de problemen die op mijn weg komen.					
Ik zet negatieve gedachten om in positieve gedachten					
Ik voel me gelukkig					
1.3 Sociale factoren	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Mijn omgeving neemt mijn klachten serieus					
mijn omgeving biedt mij een luisterend oor					
Ik kan mijn dagelijkse bezigheden zoals huishouden, werk en studie goed uitvoeren					
Ik ervaar belemmering in mijn sociale leven (bijv. familie, vrienden, opvoeden kinderen) m.b.t. tinnitus.					
2.1 behandelaanbod	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Ik heb voldoende kennis over tinnitus gehaald uit de COT training.					
De COT training van de GGMD sluit goed aan bij mijn hulpvraag.					
2.2 wensen en behoeften	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Ik heb behoefte aan meer informatie over tinnitus					
Ik heb behoefte op de hoogte te blijven over de laatste ontwikkelingen m.b.t. tinnitus					
Ik heb behoefte aan contact met een ervaringsdeskundige, een hulpverlener die zelf ook tinnitus heeft.					
Ik heb behoefte aan 1 op 1 gesprekken met een hulpverlener					
Ik heb behoefte aan een lotgenotengroep					
Ik heb behoefte aan praktische handvatten zoals oefeningen voor ontspanning en andere praktische tips.					
Ik zou gebruik maken van een laagdrempelige centrale ontmoetingsplek om kennis en ervaringen te delen met hulpverlening, lotgenoten en mijn eigen omgeving.					

Zijn er onderwerpen met betrekking tot tinnitus en de hulpverlening die voor u belangrijk zijn en in de vragenlijst niet aan de orde zijn geweest of heeft u nog andere opmerkingen ?

Bijlage 5: Onderzoeksløopjes

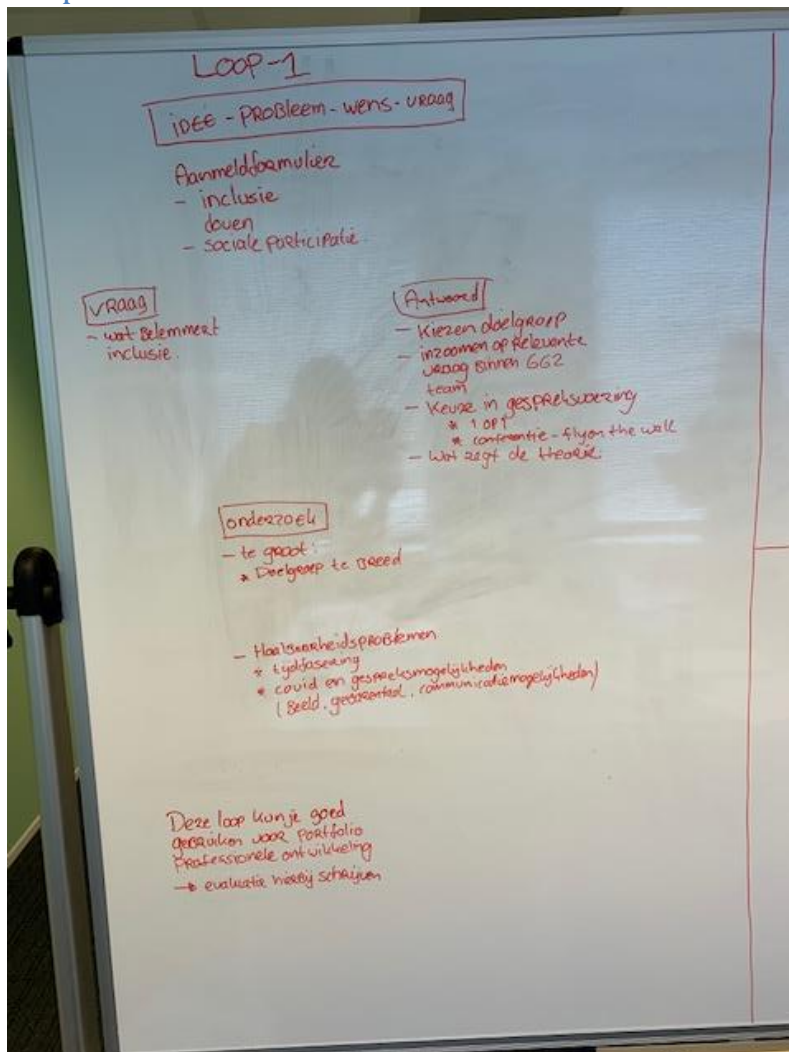
Gedurende het onderzoek hebben we verschillende loops doorlopen. Deze hebben we geëvalueerd en hieronder weergegeven. We hebben voor de loops 1 t/m 4 gebruik gemaakt van het voorbeeld van Losse (2018).

Loops 1 t/m 4 zijn weergegeven na brainstormsessies en gebaseerd op veld- en literatuuronderzoek (zie ook de verslagen veldonderzoek).



Praktijk- en verdiepend proces bij het ontwerpen van een advies, illustratie (Losse, 2018)

Loop 1



Loop 2

LOOP-2

IDEE - PROBLEEM - WENS - VRAAG

- Doelgroep Tinnitus op Basis van grote instroom GGZ team

Vraag - (onderliggende) oorzaken Tinnitus - waarom is instroom Tinnitus zo groot	Antwoord - Problemen inzichtelijk krijgen / Praktijkprobleem / Probleemboom - gevolgen Tinnitus voor client
Onderzoek - Hoe ontstaat Tinnitus - onderzoek naar instroom (proefconsententie, GGMD, theorie)	

LOOP 3

Loop 3

LOOP-3

IDEE - PROBLEEM - WENS - VRAAG

- Huidige aanbod Tinnitus op Basis van grote instroom GGZ-team (COT-Training)

Vraag - Wat zijn de wensen en Behoeften van cliënten - Sluit dit aan bij de COT-training	Antwoord - Doelen en wensen van cliënten Doelenboom
Onderzoek - gespreksvoering met trainees en cliënten - Vragenlijst- tijdens COT-Training	

Loop 4

Idee-probleem-wens-vraag

- De wensen van cliënten zijn: contacten met een ervaringsdeskundige, meer informatie en informatie over de laatste ontwikkelingen en praktische handvatten;
- De organisatie geeft aan dat een product gericht op preventie ontbreekt;
- Constatering is dat er niet een eenduidige behandeling is bij tinnitus.

De vraag die dit oproept:

- Er is behoefte aan een nieuw aanvullend product gericht op preventie. Hoe moet dat product er uit zien?
- Wat zijn ontwerpeisen? Waar moet het aan voldoen?
- Wat zijn de randvoorwaarden om een aanvullend product te realiseren? Daarbij denken aan stakeholders, professionals, de organisatie GGMD.
- Welke effectief bewezen elementen van bestaande interventies kunnen we gebruiken?

Antwoord:

- Onderbouwde keuzes voor ontwerpeisen; flexibiliteit, lotgenoten, psycho-educatie, praktische handvatten;
- Er is een gat in de voorfase van het traject;
- Signalering is belangrijk als eis voor de professional.

Onderzoeken:

- Best practices -> WAT training (lotgenoten, psycho-educatie, CGT);
- Onderzoek in de regio -> wat ontbreekt aan hulpaanbod (laagdrempelige psycho-educatie zonder verwijzing van de huisarts);
- Samenwerking met ketenpartners.

Loop 5: Eerste ontwerpevaluatie

Verslaglegging eerste ontwerpevaluatie:

De eerste ontwerpevaluatie is uitgevoerd binnen de GGMD. Hierbij waren twee woonbegeleiders/social workers betrokken en een psycholoog. Een van de woonbegeleiders en de psycholoog zijn daarnaast trainer van de COT-training en kunnen eventuele overlap goed beoordelen. Zij hebben met hun ervaring grote kennis van de doelgroep.

Flexibiliteit van het product versus structuur:

De GGMD is een organisatie waarin veel geprotocolleerd is. Bij de eerste evaluatie van het ontwerp kwam naar voren dat de flexibiliteit van het product heel mooi is, op deze wijze kan er aangesloten worden bij de behoefte. Er is aandacht nodig voor heldere uitleg, structuur en gebruik van het product voor de gebruiker. Het product levert voorbeelden aan zoals mogelijke locaties om de inloopavonden te organiseren, dit wordt geïnterpreteerd door collega's als dé locaties waar de inloopavonden plaatsvinden. Om de flexibiliteit van het product nog meer vorm te geven is het idee ontstaan om dit in de vorm van bouwstenen te doen, zo kan de gebruiker bouwstenen gebruiken voor het organiseren van de bijeenkomsten en zelf nieuwe bouwstenen ontwikkelen om toe te voegen. Het product zal in de loop der tijd steeds uitgebreider worden.

Inhoud:

De inhoud van het product is afgestemd op de bevindingen uit het onderzoek. De bouwstenen zijn op 1 na goed bevonden, dit betreft de oefening vanuit ACT. De psycholoog geeft aan dat ACT niet geschikt is als laagdrempelige oefeningen. Oefeningen uit mindfulness of een bodyscan, die ook wel gebruikt worden in combinatie met ACT, zijn wel geschikt om te gebruiken.

Overlapping met de COT-training:

De vraag die naar voren komt is of het product overlapt met de COT-training en in hoeverre dit effect heeft op de instroom van cliënten. Wij hebben verduidelijkt dat het niet de bedoeling is de COT-training te vervangen, de psycho-educatie is meer laagdrempelig van karakter. Wij zien hierin slechts een kleine overlap maar bieden geen training aan met verdiepende stof. Wel kan er informatie gegeven worden over wat de COT-training inhoudt. Ook kunnen er sprekers uit bijvoorbeeld de medische wereld vanuit hun expertise ingaan op laatste ontwikkelingen, maar deze sprekers heb je niet bij de COT-training. Met laagdrempelige psycho-educatie beogen wij een eerste stressreductie. Tevens is het laagdrempelige doel van de inloop dat naasten mee komen.

Lotgenotencontact:

De trainers van de COT-training geven aan blij te zijn dat het product zich ook richt op lotgenoten, zij geven aan dat hier behoefte aan is en dat dat met regelmaat naar voren komt in de COT-training. Bijzonder dat de geënquêteerden dit slechts voor 30% aangeven. De psycholoog geeft aan dat het woord lotgenoten in de enquête niet goed is gekozen. Hier gaat iets 'zieligs' vanuit en maakt het zwaar beladen. Zij adviseert het woord lotgenoten te vermijden en hier een andere benaming aan te geven zoals 'sparringpartner'. Dit maakt het minder zwaar en komt de laagdrempeligheid van de inloop ten goede.

Laagdrempelig:

Positief dat er een laagdrempelig product ontwikkeld wordt om mensen te bereiken. De GGZ kan een drempel kan zijn. De psycholoog geeft aan dat sommige mensen niet op hun eerste gesprek verschijnen omdat er onder de uitnodiging 'psycholoog' staat. Blijkbaar is dit een drempel voor mensen. Ook is er het idee om wijkcentra op te nemen in mogelijke locaties, dichtbij mensen en laagdrempelig om binnen te lopen.

Zichtbaarheid in de regio:

Mooi product om de zichtbaarheid van de GGMD in de regio te vergroten, zoals in Friesland, en samenwerking met ketenpartners verder te ontwikkelen.

Weergave loop 5

Gebruik van de innovatiecyclus Van Strien (Van der Donk en Van Lanen, 2017).

Analyseren en concluderen

Ontwerpeisen zijn:

Laagdrempelig voor cliënten en naasten
Preventie
Ervaringsdeskundige inzet / lotgenoten
Praktische handvatten
Psycho-educatie



Ontwerpen

Bijeenkomsten, laagdrempelig, inhoud vaststellen en plaats vaststellen.
Veel ontwerpeisen dus flexibiliteit in het product zowel organisatiekant (samenwerking met ketenpartners, zichtbaarheid in de regio, signaleringsfunctie) als wensen en behoefte cliënten in product.
Samenwerking met ketenpartners en eisen professionaliteit van de organisator binnen de GGMD.



Verzamelen

Feedback ophalen van het prototype:

Positief:

Goed idee, sluit aan bij de wensen in de regio en sluit aan bij uitkomsten onderzoek.
Mooi product om GGMD verder op de kaart te zetten, zichtbaarheid in de regio.
Er zijn twee delen die mooie en laagdrempelige oefeningen bevatten, zeer goed bruikbaar.
Mooi laagdrempelig product, sommige mensen bereiken we nu niet vanwege de hoge drempel GGZ/Psycholoog.

Ideeën:

Bouwstenen maken en een duidelijke structuur aanbrengeen.

Aandachtspunten voor het product en vragen:

Overlapt het gedeelte psycho-educatie niet met bestaand product van de COT-training?
Waar zitten verschillen en hoe is dit vormgegeven?
Vanuit haar expertise geeft de psycholoog aan dat de ACT-oefening niet geschikt is. Het is beter om mindfulness-oefeningen aan te bieden. Dit komt laagdrempeligheid ten goede.
Volgens de trainer is er meer behoefte aan lotgenotencontact dan uit het onderzoek naar voren komt. Zij vermoedt dat de term 'lotgenoten' ongeschikt is en doet de suggestie om de term 'lotgenoten' te veranderen in bijvoorbeeld 'sparringpartner'.
Wijkcentra opnemen als mogelijk locatie voor inloopbijeenkomsten.

Loop 6: Tweede ontwerpevaluatie

De tweede ontwerpevaluatie heeft plaatsgevonden met twee cliënten, die de COT-training hebben gevolgd, in afzonderlijke gesprekken. Het product en de wijze waarop de inloopavonden vorm zijn gegeven worden door beiden zeer positief ontvangen en zij zien zichzelf ook gebruik maken van deze bijeenkomsten waarbij de informatieve functie en praktische tips erg werden gewaardeerd door beiden.

Evaluatie gesprek 1:

Opvallend was dat ook hier het woord 'lotgenoten' niet goed viel.

"Ik krijg er het gevoel bij alsof je heel erg ziek bent, bijna terminaal. Beter is om te spreken over mensen met tinnitus".

De drie onderdelen: contact met elkaar, informatie en ontspanning werden gezien als doeltreffend. 'Je neemt je wel voor ontspanningsoefeningen te doen, maar ik ga toch niet alleen op een yogamatje liggen'. Ontspanningsoefeningen zouden kunnen stimuleren om hier vaker mee aan de slag te gaan, of misschien samen met iemand dit verder op te pakken, in de vorm van samen naar yoga gaan. In gesprekken met andere mensen met tinnitus heeft dhr. al vaker mooie praktische handvatten gekregen zoals een wekker naast het bed, dat leidt af. Het kan heel waardevol zijn praktische tips te ontvangen van ervaringsdeskundigen en audiologen. Er is de voorkeur om per mail geïnformeerd te worden.

Evaluatie gesprek 2:

Meneer geeft weer wat ook eerder is geconstateerd; er is gebrek aan een centrale plek voor informatie. Vanuit het ziekenhuis in Assen is tinnitus geconstateerd en vervolgens stond meneer wanhopig weer buiten. Via internet heeft hij bij toeval de GGMD gevonden en heeft daar de COT training gevolgd. Dit was niet wat hij er van verwacht had, hij miste het vervolg. Hij was geïnformeerd, maar hoe nu verder? Uiteindelijk staat hij nu ver buiten de regio in Alkmaar aangemeld voor een intensief traject dat volgens meneer goede resultaten boekt. Het tinnitussprekuur van het UMCG en ook de hulpverlening via Lentis was onbekend bij hem. Hij kent meer mensen met tinnitus die ook niet weten waar ze terecht kunnen. Meneer zou graag via de mail geïnformeerd willen worden over de inloopbijeenkomsten. Hij zou hier zeker gebruik van maken ten aanzien van de informatievoorziening. Wat hij handig zou vinden is een aparte website waarop de inloopbijeenkomsten worden aangekondigd.

Conclusies en aanpassingen

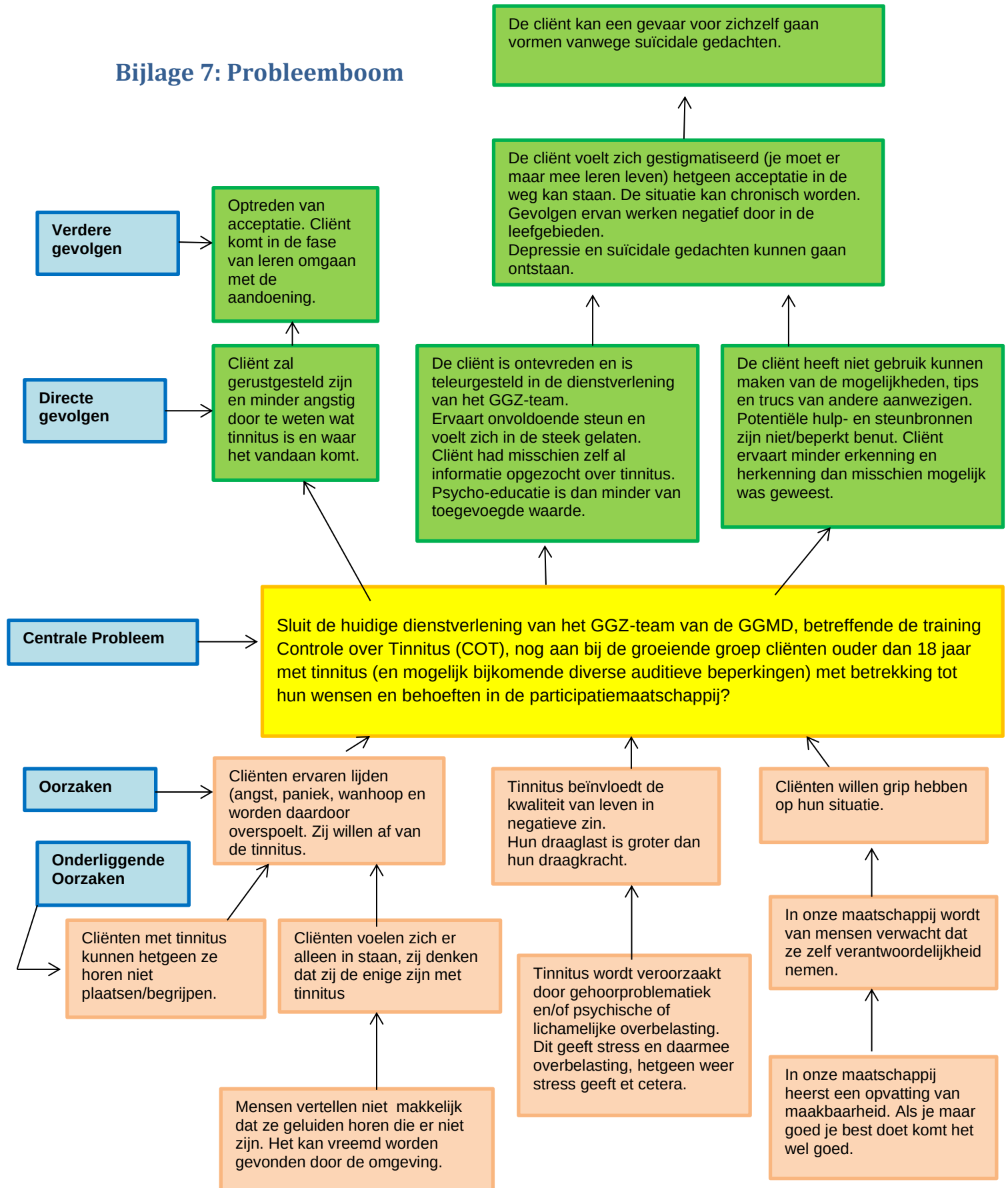
Het lijkt er op dat in Assen mensen minder worden geïnformeerd over verder hulpverlening bij de GGMD en Lentis dan dat vanuit de ziekenhuizen in Groningen gebeurt. Het bereiken van de doelgroep en het succes van de inloopbijeenkomsten staan en vallen met goede PR in de regio.

- termen simpel houden 'mensen met tinnitus';
- flyers neerleggen in ziekenhuizen, bij KNO artsen en overige PR bij buurthuizen, hulpverlenende instanties en verwijzers zoals huisartsen;
- een mailgroep aanmaken voor geïnteresseerden, let op privacy en versturen in bcc;
- mogelijkheden voor verder ontwikkeling in de toekomst met een eigen website, deze kan gebruikt worden voor informatievoorziening en ontwikkelen als platform.

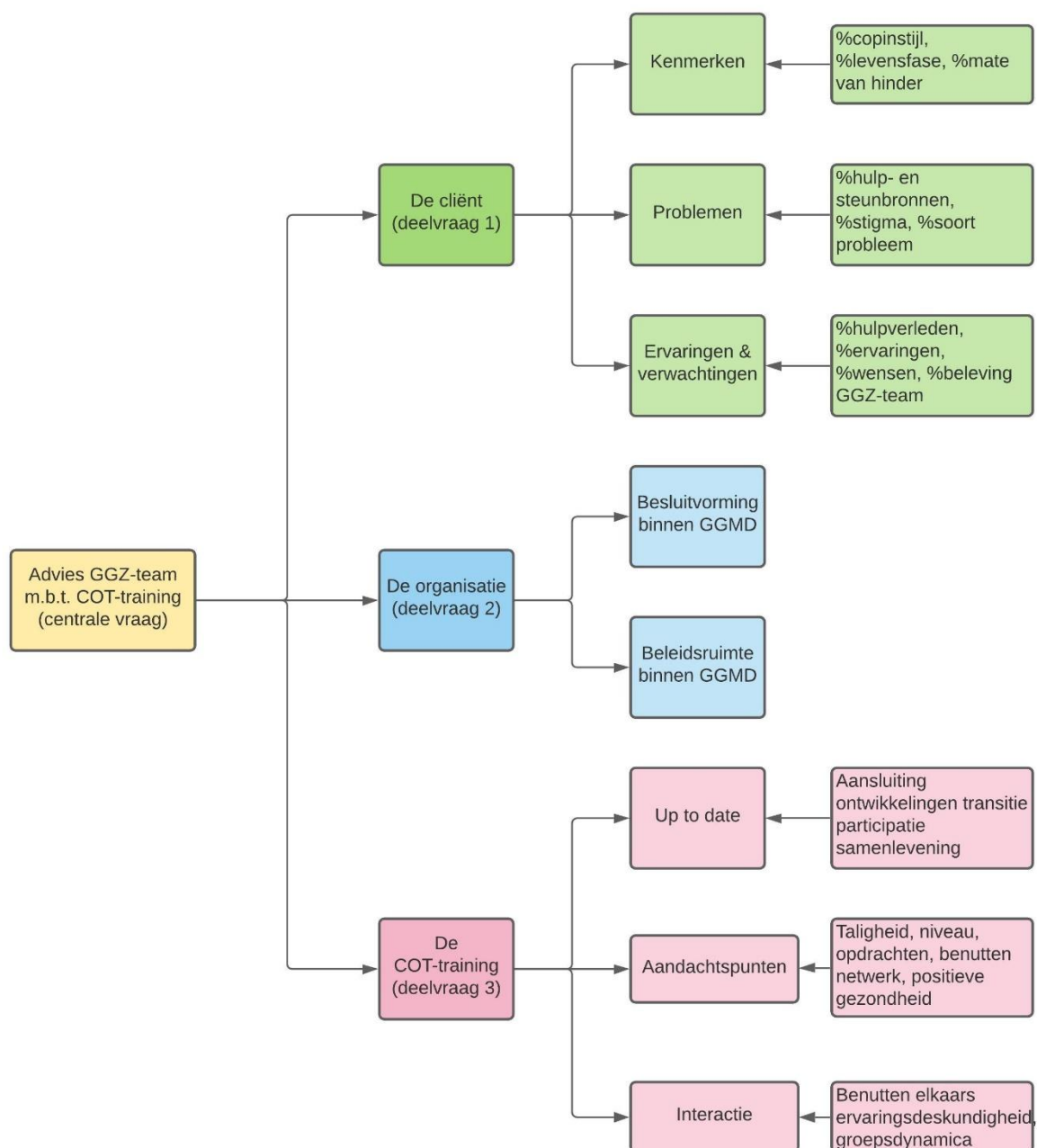
Bijlage 6: Mindmap



Bijlage 7: Probleemboom



Bijlage 8: Doelenboom



Bijlage 9: Veldoriëntatie met de Psycholoog

Gesprek met: M.B, psycholoog binnen de GGMD
Datum: 3 maart 2021
Student: Susan Veenstra

Onderbouwing persoon en methode

Elly en ik zijn het onderzoek gestart vanuit verschillende vertrekpunten. Tijdens intervisiemomenten met elkaar is dit aan de orde geweest. Samengevat heeft Elly meer ervaring binnen de dovenwereld, ook heeft zij al een half jaar stage gelopen bij de organisatie en daardoor meer achtergrondinformatie. Ikzelf heb weinig ervaring met dove mensen in mijn directe omgeving, ook kende ik de organisatie niet. We hebben er voor gekozen dat ik daarom de veldoriëntatie in de organisatie zou doen.

Daarbij stonden de volgende doelen voor mij centraal:

- Het leren kennen van de medewerkers en de organisatie, mezelf als professional introduceren waarbij ik mezelf positioneer als gelijkwaardig onderzoekspartner van Elly.
- Het breed ophalen van informatie ten behoeve van ons onderzoek.

Persoon

M. is psycholoog en behandelt veel cliënten met tinnitus, daarnaast is zij toekomstige trainer van de COT-training (Controle Over Tinnitus).

Gespreksmethodieken

- Open vragen stellen
- Luisteren
- Samenvatten
- Doorvragen. Dit heb ik bewust beperkt toegepast en enkel gebruikt voor verduidelijking of ten behoeve van het brainstormen. De reden hiervoor is dat ik zo veel mogelijk een brede oriëntatie wilde op de onderwerpen waar wij aan moeten denken. Doorvragen zou kunnen leiden tot het stilstaan bij een onderwerp. Hier is na een brede oriëntatie tijd voor wanneer we gaan inzoomen op onderwerpen.

Methode van dataverzameling:

- Interview door middel van de methode bevragen waarbij ik heb gefocust op het onderdeel beschrijven (Van der Donk & Van Lanen, 2017). Doel is meer inzicht in de problematiek en zicht krijgen op niet direct waarneembare informatie.
- Design thinking: brainstorm waarvan de opbrengsten genoteerd in een logboek en verwerkt in dit verslag.

Opbrengsten

M. werkt twee maanden bij de GGMD, de organisatie is zij zelf aan het leren kennen. Bijna al haar cliënten hebben tinnitusklachten. We focussen daarom met name op het onderdeel tinnitus en het hulpaanbod binnen de GGMD.

De COT- training die gegeven wordt bij de GGMD Groningen is een training die zich richt op **psycho-educatie** en bestaat uit **3 bijeenkomsten**. De **selectie van deelnemers** wordt gedaan door de behandelaar, deze gaat samen met de cliënt in gesprek en er wordt

ingeschat of iemand baat heeft bij de training. Bij het doorvragen over redenen waarom iemand geen baat zou hebben bij een training, is het antwoord dat het kan zijn dat iemand hier nog niet aan toe is. Als praktijkvoorbeeld wordt genoemd dat een **cliënt totaal niet bij het gevoel kan komen** en eigenlijk niet begrijpt wanneer er naar het gevoel wordt gevraagd. Zaken worden **vanuit het hoofd beredeneerd**, wat overigens voor meer tinnituscliënten geldt geeft M. aan. Behandeling is in dat geval eerst individueel gericht met als onderdeel bij het eigen gevoel komen. Ten aanzien van de **groepssamenstelling** selecteert de trainer/behandelaar mensen waarvan zij verwacht dat deze iets aan elkaar kunnen hebben. Zo is er bijvoorbeeld geselecteerd op behoefte aan lotgenotencontact of mensen die enkel behoefte aan psycho-educatie hadden. We bespreken de keuze voor **homogene - of heterogene groepen** waarbij de conclusie is dat er geen goed of slecht is. Bij homogene groepen kunnen mensen mogelijk meer **herkenning vinden** bij elkaar, in heterogene groepen is het misschien prettig om te leren, bijvoorbeeld van de **copingstijl van medecursisten**.

Ik noem dat de cursus naar mijn idee een **hoog niveau** heeft, hoe wordt hier mee omgegaan wanneer iemand het niveau niet aankan of bijvoorbeeld licht verstandelijk beperkt is ? Het valt M. op dat mensen met tinnitus vaak **harde werkers** zijn, mensen die veel op hun bordje hebben liggen of op hun bord nemen. Ze leggen de lat hoog en vinden het moeilijk te kijken naar wat er af kan of minder kan. Mensen met LVB heeft zij niet binnen de doelgroep tinnitus, **het niveau van de mensen in gemiddeld tot hoog**. Wat verder opvalt ten aanzien van **groepseigenschappen van mensen met tinnitus** is dat zij **moeilijk bij hun gevoel komen**, dat uit zich bijvoorbeeld door ontwijkend te reageren op vragen, het niet begrijpen of bewust zijn van signalen die het lichaam geeft.

We bespreken andere mogelijkheden om tot input te komen. Een observatie binnen de training is niet mogelijk vanwege corona maatregelen. **Een vragenlijst** zou eventueel wel een optie zijn.

Evaluatie

Ik kreeg 45 minuten tijd voor dit gesprek. Vooraf heb ik de keuze gemaakt niet te veel door te vragen op onderwerpen. Ik wilde zo veel mogelijk onderwerpen op tafel, een brainstorm en zo breed mogelijk oriënteren.

Ik ben tevreden over de opbrengsten van dit gesprek. Door het doorvragen beperkt toe te passen zijn er onderwerpen aan bod gekomen waar ik dieper in wil duiken. Tinnitus wordt vaak medisch benaderd, maar in dit gesprek hoor ik dat de psycholoog uit de praktijk ervaart dat er gemeenschappelijke gedragsovereenkomsten zijn tussen mensen met tinnitus. Deze input ervaar ik als waardevol om in een volgend gesprek, maar ook theoretisch verder te onderzoeken.

Dat betekent dat ik mijn volgende veldoriëntatie aanpas; naast een brede oriëntatie zal ik kijken naar overeenkomsten in de opbrengsten en hierop meer doorvragen.

Bijlage 10: Veldoriëntatie met de Social Worker

Datum: 10 maart 2021
Gesprek met: M.S., Social Worker binnen de GGMD
Student: Susan Veenstra

Onderbouwing persoon en methode

Bij dit gesprek stonden de volgende doelen centraal:

- Het breed ophalen van informatie ten behoeve van het onderzoek.
- Inzicht in de COT-training, ervaringen, wat loopt goed, wat kan beter en toewerken naar ideeën.

Persoon

M.S. is Social Worker en trainer van de COT-training (Controle Over Tinnitus).

Gespreksmethodieken

- Open vragen stellen
- Luisteren
- Samenvatten
- Doorvragen

Methode van dataverzameling:

- Interview door middel van de methode bevragen waarbij ik heb gefocust op het onderdeel beschrijven, definiëren en evalueren (Van der Donk & Van Lanen, 2017). Doel is meer inzicht in de cursus te krijgen, waarnemingen van de trainer in beeld te brengen ten aanzien van de cliënten en hun doelen ten opzichte van de cursus.
- Design thinking: brainstorm waarvan de opbrengsten genoteerd in een logboek en verwerkt in dit verslag.

Opbrengsten

COT-training: MS. geeft aan dat het doel van de COT-training is om **informatie te geven over tinnitus**. De GGMD heeft een draaiboek dat aangehouden wordt. Wanneer er behoefte aan is probeert MS. nog wel ruimte te maken voor het delen van ervaringen, maar het grootste deel van de training is toch echt gericht op **psycho-educatie**. MS. geeft aan dat deze psycho-educatie ook nodig is. Bij medici is vaak gebrek aan informatie, **mensen worden naar huis gestuurd met de boodschap dat ze er mee moeten leren leven. Men mist begrip en informatie en is met name aan het vechten tegen tinnitus, vechten tegen de diagnose en het proces van acceptatie moet nog beginnen**. Alleen al door mensen te informeren **start al een proces om het een plaats te kunnen geven**. Voor sommige mensen is dat voldoende, andere mensen hebben baat bij meer hulp. **MS. ziet het als eerste stap om mensen te informeren waar tinnitus vandaan komt.**

Op mijn vraag wat MS. nog mist in de huidige training geeft zij aan dat ze kennis mist van de laatste onderzoeken en ontwikkelingen. Ook mist zij bijeenkomsten voor naasten. Idee kan

zijn een bijeenkomst voor naasten te geven binnen een training of informatie vanuit een soort inloop spreekuur. Ook kunnen we denken aan online bijeenkomsten.

Soms houden mensen na een training onderling contact met elkaar. Het initiatief daarvoor ligt bij de deelnemers.

Ervaringsdeskundige: De laatste training heeft MS. samen gegeven met een **ervaringsdeskundige**. Hier ziet zij veel meerwaarde van in. **Het biedt mensen perspectief.** We praten ook over de onzichtbaarheid van de handicap. Als iemand een zichtbare handicap houden mensen in de omgeving hier meer rekening mee. Een onzichtbare handicap, zoals tinnitus, wordt door de omgeving vaak niet gezien en hier wordt onvoldoende rekening mee gehouden. **Mensen willen het niet steeds opnieuw hoeven zeggen en laten het er dan maar bij.** Dat gaat gepaard met diverse gevoelens.

Doelgroep: Tot nu toe zijn er alleen **horende mensen met tinnitus** in de groep geweest of **mensen die slechthorend zijn met tinnitus**. Dove mensen heeft zij nog niet in de groepen gehad.

Als ik er naar vraag herkent MS. ook dat mensen het moeilijk vinden bij hun gevoel te komen.

Tinnitus: Voor achtergrondinformatie krijg ik de tip mee om het boek van Olaf Wagenaar in te kijken welke beschikbaar is op de GGMD en uitgereikt wordt in de COT training aan deelnemers.

Moreel dilemma: MS. heeft tot nu toe geen specifiek moreel dilemma gehad waar zij tegenaan loopt.

Evaluatie

Wat me opviel was dat MS. met name gericht was op psycho-educatie. Ik heb geprobeerd het gesprek breder te maken maar dat lukte voor mijn gevoel onvoldoende. Hier zal ik mijn persoonlijke reflectie op schrijven.

Over de opbrengsten en inzichten die ik heb gekregen over de huidige training ben ik tevreden. Ik heb hier een duidelijk beeld van. Ook heeft MS. mij geïnspireerd ten aanzien van een te ontwikkelen product. Doordat ik nu weet wat er aan aanbod al ligt, wordt het ook steeds duidelijker wat er mist.

Na het gesprek begon mijn nadenken over een product, we denken aan een training maar na dit gesprek dacht ik ook aan een inloopspreekuur/ soort van inloopcafé als idee. Informatie over tinnitus, laagdrempelig, voor iedereen toegankelijk. Daarbij ook de onzichtbaarheid van de handicap.

Reflectie

In PO

Bijlage 11: Veldoriëntatie met de Psychiater

Datum: 8 maart 2021
Gesprek met: E., psychiater binnen de GGMD
Studenten: Elly van der Werk en Susan Veenstra

Verslaglegging veldoriëntatie: Susan Veenstra

Onderbouwing persoon en methode

Bij dit gesprek stonden de volgende doelen centraal:

- Het verkrijgen van namen van cliënten met wie wij in gesprek kunnen gaan voor veldonderzoek binnen de doelgroep;
- Het breed ophalen van informatie ten behoeve van het onderzoek;
- Inzicht en verdieping in het behandelaanbod van de GGMD wat men name betrekking heeft op de organisatie;
- Verkenning morele dilemma's.

Persoon

E. is psychiater bij de GGMD en heeft een belangrijke rol binnen de organisatie waarbij het gaat om beleid en verantwoording, zij staat in nauw contact met 1^e geneeskundige en is vanuit haar expertise behalve vanuit het psychische gedeelte ook medisch onderlegd. Als Social Workers in opleiding leren wij te werken vanuit het biopsychosociale model (Blanken, Clijnen, Garenfeld, Te Paske & Van Piere, 2018).

Gespreksmethodieken

- Open vragen stellen
- Luisteren
- Samenvatten
- Doorvragen

Methode van dataverzameling:

- Interview door middel van de methode bevragen waarbij wij hebben gefocust op het onderdelen beschrijven, definiëren en verklaren (Van der Donk & Van Lanen, 2017). Doel is meer inzicht in de problematiek en zicht krijgen op niet direct waarneembare informatie, daarnaast ideeën te krijgen over behandelmethodiek. Ook willen wij oorzaken van het probleem achterhalen.
- Design thinking: brainstorm waarvan de opbrengsten genoteerd in een logboek en verwerkt in dit verslag.

Opbrengsten

Verzamelen data: We informeren naar bestaande gegevens binnen de organisatie zoals cliëntmetingen voor en na de behandeling of COT-training. De psychiater zet zelf geen metingen uit naar de cliënt. Wel wordt er vanuit de organisatie een algemene meting

verstuurd over klachten en verbetering, dit zijn vaak standaardmetingen en vragenlijsten mede vanuit de zorgverzekeringswet.

Ten aanzien van ons onderzoek kunnen we gebruik maken van:

- de **evaluatieformulieren van de COT-training** welke in de dossiers staan, dit kan ons waardevolle informatie opleveren vanuit de cliënt.
- We kunnen **contact op nemen met een aantal cliënten** die de psychiater doorgeeft.

COT-training: Er wordt bevestigd dat deze veel gericht is op **psycho-educatie**. De trainers zelf kijken naar de groepsdynamiek en spelen in op de behoeften van de groep waar mogelijk.

Bij de intake wordt vaak al besproken of er behoefte is aan lotgenotencontact. Dit is in de dossiers terug te vinden. In normale omstandigheden, buiten Covid-19, kan iemand een naaste meenemen naar de training. Maar de praktijk is vaak dat er **geen naasten meekomen**. Als reden hiervoor wordt genoemd dat men **geen tijd heeft, andere dingen te doen heeft of het belang ervan niet zo inziet**.

Het samenzijn met **lotgenoten** vindt men fijn vanwege het **begrip** dat ervaren wordt en de **herkenning**.

Naast de COT-training bestaat er een WAT-training (Werken Aan Tinnitus), deze wordt in Groningen niet gegeven. In deze training is meer aandacht voor lotgenoten en naasten maar richt zich nog steeds veel op psycho-educatie.

Toename tinnitus: Tijdens de proefconferentie Tinnitus is een onderzoek gepresenteerd waaruit blijkt dat klachten met betrekking tot tinnitus zijn toegenomen tijdens de Covid-19-periode. Wij vragen of E. dat herkent en wat haar bevindingen zijn. Ze bevestigt dat er een **toename van aanmeldingen is gedurende Covid-19**. In het ziekenhuis **gaan onderzoeken niet door, mensen kunnen nergens heen, zij kunnen hun verhaal niet kwijt, er is geen afleiding** en mensen komen klem te zitten.

Cliëntkenmerken ten aanzien van de doelgroep tinnitus: Uit het gesprek met M. (veldoriëntatie 1) heb ik vernomen dat mensen met tinnitus vaak hoger zijn opgeleid, ze ziet geen mensen met LVB bijvoorbeeld. Ik vraag dezelfde open vraag aan E., zij geeft hetzelfde aan: LVB ziet ze niet, het profiel van mensen met tinnitus is vaak het hebben van een **hoog verantwoordelijkheidsgevoel, gemiddeld tot hoog opgeleid, drukke baan, hoog stressniveau**.

Cliënten bestaan veelal uit twee groepen: **Stress gerelateerd tinnitus en neurologische schade** zoals bijvoorbeeld schade aan trommelvlies of schade door een auto-ongeluk. Maar ook wanneer er neurologische schade is gaat **stress** door tinnitus vaak opspelen.

Behandelmethode:

In de proefconferentie is de behandelmethode middels **Cognitieve Gedragstherapie (CGT)** genoemd als effectief. Ik vraag E. of zij dat onderschrijft. Ze geeft aan dat het een methode is die ingezet kan worden maar zelf ziet zij nog iets anders. Het valt haar op dat mensen met tinnitus vaak zaken vanuit **het hoofd beredeneren, aan grenzen en gevoelens wordt snel voorbijgegaan**. Er is vaak veel werk te doen op het gebied van **emotieregulatie**. **Angst en depressie** zijn veel voorkomend bij mensen met tinnitus.

Biofeedback is een methode waar o.a. door de psychiater mee gewerkt wordt. E. zou graag meer aandacht zien voor het lichaam in een eventueel nieuw te ontwikkelen training met bijvoorbeeld oefeningen. Meer richten op gevoel, mindfulness. Vaak zitten nek en schouders vast. Ook de beleving van de cliënt hierbij meenemen.

Tinnitus heeft overeenkomsten met **Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)**. Wij krijgen als tip mee om hier ook informatie over te zoeken en het **gevolgenmodel** te bekijken.

Voor cliënten gaat het er uiteindelijk om dat **je je leven inricht met tinnitus**, dit kan middels **verschillende trajecten**. Cliënten zitten vaak vast, het leven staat stil. Vaak wordt gezegd tinnitus te negeren maar dat werkt niet. Hoe richt je je leven nu in en hoe verder? Welke hulp- en steunbronnen zijn er? Samengevat gaat de behandeling vaak om **copingstijl en veerkracht**.

Tinnitus is in de DSM-V gediagnostiseerd op: D5 9.01 symptoomstoornis onder de categorie somatische problematiek.

Moreel dilemma: Morele dilemma's waarbij beroepswaarden in het geding komen zien we nog niet duidelijk. Vanuit de organisatie is wel een spanningsveld met betrekking tot het toelaten van mensen met suïcidale gedachten aan de cursus naar aanleiding van een incident. De psychiater ziet hier zelf geen probleem in, lotgenoten kunnen helpend zijn voor iemand, bovendien volgt een cliënt met suïcidale gedachten, naast het cursustraject, een individueel traject met de behandelaar.

We vragen of er morele dilemma's zijn in het toewijzen van mensen aan een groep. Daar is door de behandelaars over nagedacht en zaten wel dilemma's, wie zet je bij wie in de groep; ga je voor een groep die homogeen is of heterogeen Daar waar gelijkheid is kan men elkaar herkennen, daar waar ongelijkheid is kan men van elkaar leren. Er is de laatste training voor gekozen om een groep met jongere mensen te maken, dus keuze te maken op levensfase/leeftijd.

Evaluatie

Het was prettig dit veldonderzoek met twee personen te doen. E. heeft veel ervaring en daarmee bruikbare informatie voor ons. Elly en ik stelden vragen vanuit verschillende invalshoeken. Waar Elly meer navroeg over methodieken had ik meer vragen over het cliëntprofiel. Ik ben tevreden over de opbrengsten. We vulden elkaar aan, door dit gesprek samen te doen en van elkaars vraagstelling te leren ben ik vanuit het brainstormen meer gaan organiseren in de volgende fase van designthinking (ideaflip.com, 2021). Dit organiseren bestaat vooral uit categoriseren; organisatie, medisch, behandelmethodes, cliënten en klachten. Dit kunnen we verder uitwerken voor het ontwikkelen van een advies en product.

Als psychiater heeft E. een belangrijke positie in de organisatie. Dit gesprek levert ons **informatie op voor het onderzoek** en bovendien helpt het ons zichtbaar te krijgen waar **draagvlak** ligt ten opzichte van een te ontwikkelen product in de organisatie.

Bijlage 12: Tabel conclusies en ontwerpeisen veldoriëntaties binnen de GGMD

Besproken thema's	Conclusies	Ontwerpeisen
Oorzaken van tinnitus -Tinnitus vanwege neurologische schade. -Stress gerelateerde tinnitus door overbelasting -Er zijn overeenkomsten met Somatisch Onverklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Verdieping in gevolgenmodel.	Stress komt veel voor bij deze doelgroep. Ook vanuit neurologische schade kan stress door tinnitus ontstaan (vicieuze cirkel). Stress als oorzaak maar ook stress als gevolg van de aandoening.	- Gericht op stressreductie
Aanmeldingen -Toename van aanmeldingen gedurende de tijd van Covid-19 - Geen dove mensen die zich aanmelden met tinnitus klachten	- Hoger stressniveau door Covid-19 - Minder afleiding door Covid-19 en tinnitus komt daardoor op de voorgrond te staan. - Dove mensen hebben vaak andere klachten op de voorgrond en een ander behandeltraject.	- Product gericht op horende en/of slechthorende mensen met tinnitus.
Behandelmethode COT-training -Specifiek gericht op het geven van psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie (CGT). Het is géén lotgenotengroep. -Bij medici is vaak gebrek aan informatie. "Je moet er maar mee leren leven". -De COT-training wordt landelijk gegeven volgens een vast draaiboek.	- Alleen psycho-educatie kan al stress reduceren voor een bepaalde groep. - Deel van de groep is op zoek naar meer behandeling en/of lotgenoten. - Er is minimale ruimte binnen de training voor eigen input van behandelaar.	- Psycho-educatie - Lotgenoten - eigen ruimte en flexibiliteit voor de behandelaar
Training Werken Aan Tinnitus (WAT-training) - Er is meer aandacht in deze training voor lotgenoten en naasten; - Richt zich nog steeds veel op psycho-educatie; - Wordt niet in Groningen gegeven.	- aanbod ontbreekt in de regio Noord	- Lotgenoten - Naasten - Psycho-educatie
Groepssamenstelling -Homogeen of heterogeen -Herkenning/erkenning vinden; -Leren van elkaar; -Veiligheid in de groep	Voor oefeningen tot ontspanning is veiligheid in de groep nodig. Er moet tijd zijn om een groep te kunnen vormen.	- Veiligheid, vaste groep voor ontspanningsoefeningen Opmerking: ontwerpeis vaste groep is niet meegenomen in het product omdat dit tegenstrijdig is aan laagdrempeligheid. Een inloopbijeenkomst moet voor iedereen toegankelijk zijn.
Veelvoorkomende cliëntkenmerken -Gemiddeld tot hoog opgeleid (LVB is in de praktijk bijvoorbeeld nog nooit gezien) -Drukke baan; -Harde werkers; -Hoog verantwoordelijkheidsgevoel; -Hoog stressniveau; -Veelal denken, moeite met bij het gevoel te kunnen komen; -Problemen met emotieregulatie.	Cliënten vinden het moeilijk om bij hun gevoel te komen en zijn zich hiervan onvoldoende bewust. Veerkracht en copingstijl spelen een rol. Er wordt gevochten tegen de tinnitus en het proces van acceptatie moet nog beginnen.	- Gericht op bij het gevoel komen en ontspanning. - Praktische handvatten en oefeningen hoe dit te doen. - Informatie kan op gemiddeld tot hoog niveau gegeven worden.

-Moeite met eigen grenzen bewaken; -Nek en schouderklachten; -Angst en depressie; -Moeite met praten over de aandoening die onzichtbaar is.		
Evaluatieformulieren -Er zijn evaluatieformulieren van de COT-training.	- Uit de evaluatieformulieren is gebleken dat mensen lotgenotencontact missen	- Contact met lotgenoten.
Netwerk -Naasten tonen weinig belangstelling om mee te gaan naar de COT-training.	Naasten zijn zich, mede door de onzichtbaarheid van de aandoening, onvoldoende bewust van de impact op de cliënt en wat zij zelf kunnen betekenen voor de cliënt.	- Laagdrempelig product waarbij ook naasten zich welkom voelen.
Wensen en behoeften vanuit het GGZ-team om op de vraag van cliënten in te kunnen spelen. -Meer aandacht voor het lichaam en gevoel; -Meer aandacht voor beleving van de cliënt; -Meer aandacht voor je leven inrichten met tinnitus; -Kennis van de laatste onderzoeken en ontwikkelingen betreffende tinnitus; -Inzet van ervaringsdeskundigen.	Professionals signaleren dat er in de onderliggende laag bij cliënten vaak speelt dat cliënten in het hoofd zitten en moeilijk bij hun gevoel komen. Soms ervaren of zien cliënten dit (nog) niet zo. Werken aan bewustwording van gevoelssignalen wordt belangrijk gevonden door professionals.	- Aandacht voor lichaam en gevoel door bijvoorbeeld laagdrempelige oefeningen, te denken aan bijvoorbeeld mindfulness, CGT, ACT. - Aandacht voor cliënt en zijn netwerk - nieuwe ontwikkelingen, psycho-educatie - Lotgenoten - Ervaringsdeskundigen

Bijlage 13: Veldoriëntatie online proefconferentie over 'Oorsuizen, Tips voor Tinnitus'

Student: Elly Kolenberg

Susan en ik hebben beiden deelgenomen aan deze proefconferentie. Vanuit Stichting Hoormij heb ik wel eens voorlichting gegeven in huiskamersetting. Ik ben ook lid van deze belangenvereniging. Via de mail zag ik dat er online een proefconferentie werd gehouden over 'Oorsuizen, Tips voor Tinnitus' op 27 februari 2021. Het doel van de conferentie is om online voorlichting en informatie te geven over tinnitus op 27 maart 2021. In het kader van ons onderzoek leek het mij een mooie gelegenheid om deel te nemen en te luisteren naar wat er allemaal werd besproken en informatie te verzamelen. De methode die ik hierbij heb gebruikt is de observatiemethode 'Fly on the wall'

De online conferentie werd voorgezeten door de heer Roelof Eleveld, voorzitter van Stichting Hoormij.

De ervaringsdeskundigen de heren Derck Prinzhorn en Frank Hofenk vertelden over hun ervaringen met tinnitus, waar zij tegenaan zijn gelopen en wat hen heeft geholpen.

Mevrouw Loes Schenk, lid van de commissie tinnitus en hyperacusis van Stichting Hoormij, licht het onderzoek dat naar tinnitus is uitgevoerd in Coronatijd toe.

De audioloog Peter van Hengel vertelt over wat tinnitus is en de ontwikkelingen op dit gebied.

Derck Prinzhorn

Derck is 18 jaar en student. Op zijn 14^{de} kreeg hij tinnitus. Hij hoort in beide oren een piep die verschillen van klank. Ook hoort hij een ruis. Dit geluid verandert. Voor hem is het erg moeilijk om zich te kunnen concentreren. Het kost hem moeite om te studeren. In eerste instantie ging dit helemaal niet. Het gaf problemen op school en hij werd depressief.

Derck kreeg het advies om hulp te zoeken bij de GGMD. Dit traject duurde ongeveer twee jaar. Hij heeft een cursus gevolgd en heeft uitleg gekregen over wat tinnitus is. Ook is er aandacht besteed aan het beïnvloeden van je gedachten en hoe je je voelt. Later heeft hij gesprekken gevoerd met een psycholoog.

Derck vond het moeilijk om aan mensen in zijn omgeving uit te leggen wat hij heeft. Veel mensen weten niet wat tinnitus is en wat het betekent om dit te hebben. De GGMD heeft hem er ook bij ondersteund hoe dit aan te pakken en uit te leggen aan anderen.

Inmiddels is Derck bezig om een werkgroep tinnitus op te starten. Zijn bevindingen zijn dat er eigenlijk geen informatie is over tinnitus bij jongeren.

Bij het studeren maakt Derck nu gebruik van een koptelefoon met muziek. Dit maskeert de tinnitus.

Het praten met de psycholoog heeft hem geholpen evenals het feit dat hij zijn leven anders is gaan leiden. Hij was op een bepaald moment depressief en heeft geleerd zijn negatieve gedachten om te buigen.

Frank Hofenk

Frank is in de 40. Hij is zelfstandig ondernemer. Op zijn 18^{de} kreeg hij tinnitus. Frank is ook slechthorend. Uiteindelijk is hij voor zijn tinnitus bij het Audiologisch Centrum terecht

gekomen. Het heeft hem geholpen dat de oorzaak is vastgesteld van wat hij heeft. Bij het omgaan met tinnitus helpt het Frank om afleiding te zoeken, gebruik te maken van een noise-cancelling koptelefoon en het zoeken van rustmomenten.

In zijn werk als ondernemer heeft hij het erg druk. En daarmee veel afleiding. Hierdoor kan hij gejaagd overkomen. Hij informeert mensen in zijn omgeving wel gelijk over zijn slechthorendheid, maar niet over zijn tinnitus. Goede collega's van hem weten wel van de hoed en de rand.

Terugkijkend heeft het contact met het audiologisch centrum Frank het beste geholpen. Weten wat je hebt en begrip krijgen. Ook hij heeft last gehad van negatieve gedachten. Frank wil voorlichting geven om meer bekendheid te geven over tinnitus en mensen te adviseren de stap naar het audiologisch centrum te zetten. Hij wil mensen met tinnitus die angstig zijn ook laten weten dat het niet vreemd is wat zij hebben. Zodat zij beseffen dat zij niet gek zijn en dit verzinnen.

Roelof Eleveld

Omdat veel mensen tinnitus hebben, is het van belang dat bewustwording over wat tinnitus is en wat het voor iemand, die dit heeft betekend, vergroot wordt. Om dit te realiseren was er kort geleden de week van de tinnitus.

Het is belangrijk om mensen met tinnitus met elkaar in gesprek te brengen.

Huiskamerbijeenkomsten kunnen een goede manier zijn. Het is belangrijk dat mensen die last hebben van tinnitus ervaringen kunnen uitwisselen over hoe zij zich voelen. Dat gaat het beste in een sfeer van vertrouwen.

Er bestaat een geluidsopname met verschillende geluidsfragmenten die weergeven wat mensen met tinnitus kunnen horen. Deze geluidsopname is verkrijgbaar in de webshop van Stichting Hoormij.

Het is handig om dit te gebruiken, de mensen met tinnitus kunnen de geluiden die zij horen eruit pikken en er met elkaar over in gesprek gaan. Het is ook een mooi middel om te gebruiken om aan naasten duidelijk te maken wat je hoort als je tinnitus hebt.

Behalve geluidsfragmenten is er ook een animatiefilm met uitleg over wat tinnitus is en waardoor het ontstaat.

De Stichting Hoormij heeft een leidraad ontwikkeld voor huisartsen over tinnitus.

Het is belangrijk dat de communicatie verbetert met hoor professionals. Mensen met tinnitus willen serieus genomen worden en gehoord worden, tips en advies erover krijgen. Niet iedereen heeft dezelfde vorm van tinnitus.

Peter van Hengel

Peter van Hengel is audioloog. Hij vertelt dat bij veel KNO-afdelingen mensen met tinnitus de boodschap wordt gegeven dat er niets aan te doen is. Je moet er maar mee leren leven.

Er komen echter steeds meer behandelmogelijkheden. Deze mogelijkheden zijn niet allemaal geschikt voor iedereen. Het gaat eigenlijk altijd om het bieden van maatwerk.

Iedereen heeft zo zijn eigen manier om tinnitus een plek te kunnen geven.

Peter geeft uitleg over tinnitus aan de hand van een filmpje.

Horen is belangrijk om te communiceren en de omgeving te monitoren. Tinnitus is eigenlijk het niet goed meer kunnen filteren van geluid. Als mensen in de buurt van een tikkende klok zitten, horen zij hem na een half uur niet meer. Zij filteren het geluid weg. Mensen die tinnitus hebben, hebben eigenlijk een kapotte filter. Zij kunnen geen geluiden wegfilteren. Dit geluid kan voor irritatie zorgen hetgeen weer zorgt voor meer stress.

Er is een verband tussen geluid, aandacht en emotie. Veel mensen die tinnitus hebben gaan in gevecht met het tinnitusgeluid. De kaken gaan strak staan, de schouders zijn opgetrokken. Dit kost allemaal veel energie.

Gevolgen ervan zijn vermoeidheid, slecht slapen, niet tot rust komen, sterkere reactie op tinnitus et cetera.

Het is niet voor niets dat veel mensen die een burn-out hebben gehad te kampen krijgen met tinnitus.

Eigenlijk zouden mensen positief moeten reageren op tinnitus om de stress te verminderen.

Er minder aandacht aan schenken vermindert de reactie erop.

Ook zou je de geluidskant kunnen versterken door het naar voren halen van omgevingsgeluid.

Bijna alles wat geprobeerd wordt werkt, maar het werkt niet bij iedereen. Dit moet per persoon uitgezocht worden. En zo'n zoektocht kan ook belastend zijn voor mensen met tinnitus. De GGMD kan hierbij helpen.

Het is belangrijk dat mensen met tinnitus de weg kiezen die bij hen past. Kijk uit voor commerciële partijen. Een pilletje of drankje om van tinnitus af te komen bestaat niet. Tot nu toe is cognitieve gedragstherapie het beste om de vicieuze cirkel te doorbreken.

Loes Schenk

Loes is lid van de commissie tinnitus en hyperacusis van Stichting Hoormij. Zij heeft onderzoek gedaan naar de relatie tussen tinnitus en de periode van COVID19.

Uit internationaal onderzoek naar tinnitus in Coronatijd kwam naar voren dat tinnitus met 34% toe is genomen. Op basis daarvan is er in Nederland een soortgelijk onderzoek gedaan. Hier hebben 1350 mensen aan meegedaan. Interessant was dat 5,1% van de kleine groep mensen aangaven dat zij voor de coronatijd nog geen tinnitus hadden.

Als belangrijkste reden waarom tinnitus erger is geworden werd aangegeven dat er vanwege beperkende maatregelen minder afleiding is als de tinnitus te veel wordt.

Zevenentwintig procent van de respondenten gaf aan veel stress te ervaren omdat zij door het gebruik van mondkapjes niet kunnen verstaan wat er wordt gezegd.

Vragen vanuit het proefpanel

Waar kunnen partners of familie van mensen met tinnitus terecht?

Zijn er momenten waarop mensen minder last hebben van hun tinnitus? Antwoord vanuit het proefpanel en de ervaringsdeskundigen; ja dit kan fluctueren.

Opbrengst van het gesprek

Ik had mijn deelname aan deze sessie voorbereid door voor mijzelf vragen te formuleren. Die hebben mij goed geholpen om de informatie te krijgen die ik graag wilde hebben.

Ik wilde een beeld krijgen van wat het betekent om tinnitus te hebben. Dit heb ik gekregen doordat de beide ervaringsdeskundigen hierover vertelden.

Van hen leerde ik ook dat je in verschillende levensfasen tegen verschillende problemen aan kunt lopen. De student Derck vertelde dat hij al op 14-jarige leeftijd tinnitus kreeg. Voor hem was dit erg ingrijpend, het ging steeds slechter met hem. Het lukt hem op een bepaald moment niet meer om op school goed te functioneren. Hij werd depressief. Als GGZ-agoog ben ik erg alert op dit soort signalen. Het deed mij gelijk denken aan het Social Breakdown Syndrome (Gruenberg). Uiteindelijk kan er een situatie gaan ontstaan dat iemand een gevaar voor zichzelf vormt. Om te voorkomen dat het zover komt, is preventie dus een belangrijk aspect bij mensen met tinnitus.

Derck heeft een tweejarige ondersteuningstraject gevolgd bij de GGMD waardoor hij heeft leren omgaan met zijn aandoening. Momenteel gaat het goed met hem en studeert hij. Het heeft hem geholpen om afleiding te zoeken en anders tegen de dingen aan te leren kijken. Het valt mij op dat hij niet alleen vertelt over zijn ervaringen maar dat hij eigenlijk zijn herstelverhaal aan het vertellen is (Langedijk, 2018).

Zo ik het inschat zit Derck inmiddels in de fase van leren leven met de aandoening. Hij is inmiddels bezig met een werkgroep voor jongeren met tinnitus op te starten. Dit omdat hij het een gemis vindt dat hij niets kon vinden op het internet over jongeren met tinnitus. Als jongeren met elkaar praten over tinnitus en je gevoel kunnen delen vindt hij belangrijk.

Ervaringsdeskundige Frank gaf aan zijn verhaal te vertellen om mensen te laten weten: "Jij verzint dit niet, jij bent niet gek". Ik herken hierin een publiekstigma en een zelfstigma (Van der Padt, Derks & Boon, 2017). Achteraf gezien is hij van mening dat hij te lang met tinnitus heeft rondgelopen. Uiteindelijk heeft hij de stap gezet naar het audiologisch centrum en de ondersteuning die hij daar heeft gekregen was voor hem helpend. Naar zijn mening moet je als je tinnitus hebt, niet te lang wachten met hulp zoeken.

Door verschillende reacties werd mij duidelijk dat de mate waarin je tinnitus hebt niet op alle momenten even hinderlijk hoeft te zijn al kan dit per persoon verschillen.

Als "bijvangst" kregen wij informatie over het onderzoek dat is gedaan naar tinnitus. Hieruit bleek dat sinds Corona en de daaruit voortvloeiende maatregelen er een toename van 30% is geconstateerd van mensen die last kregen van tinnitus. Als oorzaak werd aangevoerd dat het dragen van mondkapjes en minder afleiding hebben stress verhogend werkt. Ik vond dit interessant om te horen. Dit zou deels de toestroom van cliënten naar de GGMD en het GGZ-team kunnen verklaren.

Evaluatie, Reflectie en Onderbouwing

De audioloog vergeleek tinnitus met een kapotte filter waardoor je geluid niet weg kunt filteren. Hierdoor heb ik er een beter beeld van gekregen en kan ik begrijpen hoe vervelend dit is voor mensen met tinnitus. Zelf kan ik met mijn C.I. geen omgevingsgeluid wegfilteren, dat is heel erg vermoeiend. Deze informatie maakt dat ik mij beter in mensen met tinnitus kan verplaatsen.

Als mensen vertellen dat zij ergens last van hebben, vind ik het lastig in te schatten in welke mate zij last hebben van hun klachten. Dat werd mij ook hier niet zo goed duidelijk.

Zelf gebruik ik graag een schaalvraag met een schaal van 0 -10 om te meten hoeveel last iemand ergens van heeft. Door de schaalvraag nadien weer te gebruiken kan ik zien of er verbetering is opgetreden bij de cliënt. Ik heb voor mijzelf duidelijk dat ik de schaalvraag ga gebruiken als ik met de heer G.V. in gesprek ga.

Deze bijeenkomst vond ik nuttig om bij te wonen omdat ik snel relevante informatie kreeg. Achteraf gezien was het boffen dat ik zo alert was de aankondiging voor deze bijeenkomst snel op te pikken.

Het bijwonen van deze online conferentie heeft mij goede input gegeven die ik kon gebruiken bij mijn gespreksvoering met de heer G.V. en mevrouw G.V.

Doordat er tijdens de bijeenkomst een vraag werd gesteld waar naasten terecht kunnen voor informatie over tinnitus, begreep ik hoe belangrijk het is dat je gesteund wordt door je naasten als je tinnitus hebt. Om die reden heb ik de echtgenote van de heer G.V. betrokken bij het gesprek dat ik met hem had op maandag 1 maart 2021.

Uitnodiging en voorbereiding

Zaterdag 27 februari Proefconferentie van 10.30 tot 12.30 uur

Uitnodiging

We nodigen jullie van harte uit voor het bijwonen van deze interessante bijeenkomst én voor het geven van feedback.

Programma

We hebben een interessant programma voorbereid waarbij 'onderzoek, behandeling en perspectief' centraal staan.

- Interviews;
- Gesprekken met ervaringsdeskundigen;
- Uitleg over tinnitus door Peter van Hengel (audioloog).

=====

Het doel van de conferentie op 27 maart is om online voorlichting en informatie te geven over tinnitus.

Vragen/aandachtspunten ter voorbereiding op de online proefconferentie

- Waar moet ik op letten / mee helpen / feedback over geven?
- **Vraagstelling vanuit de organisatoren:**
Wil jij kijken naar de proefconferentie met de blik van iemand die tinnitus heeft – sinds kort of al heel lang - en op zoek is naar betrouwbare informatie en ervaringsverhalen.
Aandachtspunt voor mijzelf:
Hoe komt de informatie op mij over?
- **Verzoek van de organisatoren:**
Invullen van een vragenlijst
Graag horen we dan na afloop via een vragenlijst jouw bevindingen: wat ging goed en wat kan beter? Zo kunnen we nog zaken aanpassen voor de conferentie van 27 maart.
- **Vragen van mijn kant m.b.t. feedback geven en de online conferentie op 27 maart:**
Feedback aan de hand van een vragenlijst of ook persoonlijke feedback?
Waarom wordt deze online conferentie op 27 maart georganiseerd (waarom nu?).
Op wiens verzoek wordt de online conferentie op 27 maart georganiseerd?

Wat ik zelf zou willen weten als onderzoeker:

Leeftijd, geslacht en woonsituatie van de deelnemers.

Hoe de problematiek van tinnitus doorwerkt in de levensfase van personen en wat de gevolgen daarvan zijn.

Ervaren mensen met tinnitus voldoende steun vanuit hun netwerk?

Vragen / wat ik zou willen weten van de deelnemers:

Heb je zelf informatie opgezocht over tinnitus, zo ja waar?

Hoeveel last heb je van je tinnitus op een schaal van 0 tot 10?

Is de tinnitus ook wel eens weg of minder?

Zo ja, in welke situatie doet dit zich voor?

In welke situaties beïnvloed tinnitus je dagelijkse leven het meest?

Hoe ga je met tinnitus om?

Wat brengt verlichting?

Hoe zouden mensen met tinnitus elkaar kunnen helpen?

Voel je je gesteund door de mensen in je omgeving, kun je met hen over je tinnitus praten?

Wat moet er beter op het gebied van ondersteuning bij tinnitus?

Bijlage 14: Veldoriëntatie gespreksverslag van gesprek met de heer en mevrouw V.

Student: Elly van der Werk

Datum: 1 maart 2021

Inleiding

De heer G.V. is doof, hij hoort met zijn hoorhulpmiddel Cochleair Implantaat (C.I.). Hij heeft ook last van tinnitus. Ik heb bij hem thuis een gesprek gevoerd over wat dit voor hem betekent. Zijn echtgenote was daarbij aanwezig.

Ik wilde weten wat de invloed is van tinnitus op het dagelijkse leven van de heer G.V. en hoe hij ermee omgaat.

De methoden die ik heb gebruikt zijn contextual interview (Van 't Veer, Wouters, Vaeger & van der Lugt, 2020) en motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2010).

Aan het begin van dit gesprek heb ik meneer en mevrouw geïnformeerd over ons onderzoek zodat zij begrepen wat de reden is van dit interview. Ik heb met hen doorgenomen dat wij niet hun volledige namen zullen gebruiken maar alleen hun initialen zodat hun privacy gewaarborgd is. De heer en mevrouw V. hebben een verklaring voor vrijwillige deelname aan dit gesprek getekend.

De heer G. is 72 jaar. Hij heeft tinnitus en draagt sinds een jaar of zeven een Cochleair Implantaat (C.I.) aan de linkerkant van zijn oor. Aan de rechterkant is hij volledig doof.

De heer G. is getrouwd met mevrouw W. . Zij is 74 jaar. Hun twee kinderen zijn al geruime tijd het huis uit.

Hun dochter en de twee kleinkinderen wonen in hetzelfde dorp als het echtpaar. Zij hebben veel contact met hun familie.

Rond zijn 32^{ste} jaar heeft de heer G. een brommerongeluk gehad waarbij hij een schedelbasisfractuur heeft opgelopen. Sindsdien heeft tinnitus. De heer G. is ook slechthorend geworden sinds zijn ongeluk. Zijn gehoor is met de jaren steeds verder achteruit gegaan totdat hij praktisch doof was. Ongeveer 7 jaar geleden heeft hij een C.I. gekregen waarmee hij weer kan horen. Dat horen gaat het beste in een één-op-één-setting.

Het geluid dat de heer G. hoort is een bromgeluid aan de rechterkant van zijn oor dat volledig doof is. Een scherp geluid hoort hij aan de linkerkant van zijn oor, het oor waar hij zijn C.I. draagt.

Zonder het dragen van zijn C.I. geeft G. op een schaal van 0 – 10 het cijfer 8 aan de mate waarin hij last heeft van zijn tinnitus.

Als hij zijn C.I. draagt neemt de last af. Dan geeft hij het cijfer 6 aan zijn tinnitus.

Volgens hem komt dit omdat hij met zijn C.I. geluiden kan horen die afleiding bieden. Zelf zegt hij dat zijn tinnitus er altijd is, maar met het dragen van zijn C.I. staat hij daar minder bij stil. In die zin maskeert het dragen van zijn C.I. zijn tinnitus enigszins. Zodra hij zijn C.I. afdoet, slaat de tinnitus gelijk weer volop toe.

Toen zijn gehoor steeds slechter werd en hij tinnitus kreeg, zat G. nog volop in het werkproces. Zijn kinderen waren nog klein. Op het werk vertelde G. wel over zijn slechthorendheid, niet over tinnitus.

Hij merkte dat als hij over zijn slechthorendheid vertelde 9 van de 10 mensen zich omdraaiden en er niet op in gingen. Het interesseert hen niet. Met deze ervaring in zijn achterhoofd vond hij het niet van toegevoegde waarde om over zijn tinnitus te vertellen. Hij loopt daar niet mee te koop.

Na zijn ongeluk moest hij zijn werk weer hervatten. Dit heeft geen problemen gegeven. Thuis sprak hij ook niet veel over zijn tinnitus. Met zijn vrouw heeft hij het wel besproken, met zijn kinderen niet. Als zij er vragen over hadden, vertelde G. er wel over. Gesprekken hierover ging hij niet uit de weg. Zijn slechthorendheid stond op het werk en thuis gewoon meer op de voorgrond.

De heer G. heeft zich uit zichzelf wel verdiept in tinnitus. Hij heeft er met zijn huisarts over gesproken. Die gaf aan dat hij er maar mee moest leren leven. Later heeft hij een afspraak gekregen bij de afdeling Keel Neus en Oor (KNO) in het Universitair Medisch Centrum in Groningen (UMCG).

Hij mocht meedoen aan een onderzoek om een chip te kunnen krijgen tegen tinnitus. Bij dit onderzoek eindigde hij bij de laatste 10 die daadwerkelijk deze chip gingen krijgen.

Nadat twee personen van de tien geopereerd waren, is dit project stopgezet. Nu is G. blij dat hij niet die chip heeft gekregen. Dat had betekent dat hij geen C.I. had kunnen krijgen, dan had hij nu niet kunnen horen. Dat hij dit weer kan met zijn hoor-hulpmiddel C.I. is voor hem heel erg belangrijk.

De heer G. en zijn vrouw zijn twee keer naar bijeenkomsten geweest die gaan over Tinnitus. Hij wil er niet meer naar toe. De reden hiervan is dat er steeds mensen met tinnitus aan het woord waren die klaagden over hoe erg hun tinnitus wel niet is. Daar heeft de heer G. geen steun aan.

De periode in zijn leven waarin de heer G. de meeste hinder ondervond van zijn tinnitus was toen hij met pensioen ging. Niet tijdens het werk of toen de kinderen nog klein waren en thuis woonden.

Zij pasten zich vooral aan op zijn slechthorendheid. In de tijd dat hij nog werkte en de kinderen thuis woonden had hij veel afleiding. Het lukte hem wel om zich goed op zijn werk te richten, dat ging zijn gangetje.

Toen hij met pensioen ging, moest hij daar erg aan wennen. Het werd stil. De heer G. zegt van nature geen "stilzitter" te zijn. Al gauw ging hij op zoek naar vrijwilligerswerk bij de voetbalvereniging. Ook geeft hij voorlichting over het krijgen van een cochleair implantaat en ermee leren leven. Hij werkt momenteel drie dagdelen bij de voetbalclub. Daar repareert hij spullen die kapot zijn. Hij treft daar zes kameraden die ook vrijwilligerswerk doen. *"Dat kan prima met anderhalve meter afstand, we zijn veel in de buitenlucht. Zo ben ik onder de mensen, ben ik bezig en hebben wij plezier met elkaar. Ik voel mij niet eenzaam"*. Een andere hobby van de heer G. is vissen. Dat doet hij ook regelmatig. Hij komt de week wel door.

De heer G. houdt wel rekening met Corona maar is er niet bang voor. Hij wil zijn leven er niet door laten bepalen. Hij kijkt naar wat er wel kan en richt zich daarop. Hij ziet zijn kinderen en kleinkinderen gelukkig ook nog. Ze letten er dan wel op dat ze afstand van elkaar houden. Hij en zijn vrouw gaan ook naar de kapper. Schuin tegenover hen in de straat woont een vrouw die thuiskapper is. *"Als wij om de beurt gaan, kan dat prima"*.

In deze tijd van Corona is de tinnitus van de heer G. niet erger geworden.

Mevrouw W. zegt dat dit ook hun manier is van omgaan met tegenslag. Wij willen daar niet in wegzakken. Soms is iets zoals het is. Dat zien wij als een gegeven.

Soms kom je op verjaardagen of ben je ergens op bezoek en dan tref je wel eens mensen die steeds maar klagen. Dan ga je daar niet meer naartoe.

Mevrouw W. vindt het belangrijk om te weten wat haar man precies hoort met zijn tinnitus. Samen hebben ze CD's geluisterd van natuurgeluiden en G. heeft toen bij haar aangegeven wat hij voor geluiden hoort. Zij weet nu wat hij hoort en dat hij er last van heeft. Verder speelt het voor haar niet want zelf hoort ze het niet.

Mevrouw W. vindt het belangrijk dat als je getrouwd bent en je partner behandeld wordt voor tinnitus de andere partner daarbij wordt betrokken want je leeft je leven samen.

Op mijn vraag aan mevrouw W.: *“wat ziet u als groot talent / kracht van uw man”*, vertelt zij dat dit volgens haar zijn mentaliteit is. *“Hij heeft veel wilskracht en is niet iemand die klaagt. Hij is iemand die vol voor de dingen wil gaan. Toen hij al bijna niet meer kon horen, heeft hij toch nog de cursus gedaan om scheidsrechter te worden. Eigenlijk had hij dit niet gekund met zijn mate van slechthorendheid maar hij heeft het toch gedaan en het voor elkaar gekregen”*. Als hij iets wil, doet hij het gewoon.

Hier heb ik naar de heer G. opgemerkt dat zijn vrouw hem een mooi en groot compliment maakt! De heer G. reageert hier lachend op, hij herkent zich daar wel in.

Tips/advies dat de heer G. voor anderen mensen met tinnitus heeft is vooral afleiding zoeken en kijken naar wat je wel kunt. *“Je moet niet steeds bezig zijn met je tinnitus. Je hebt het, maar je kunt zelf bepalen hoe je ermee omgaat”*.

De heer G. zou als ervaringsdeskundige best wel willen vertellen over zijn tinnitus en hoe hij ermee omgaat. Dit wil hij echter niet online doen. Hij heeft een online-huiskamerbijeenkomst bijgewoond en voorlichting gegeven over zijn cochleair implantaat. Naar zijn mening werkt dit niet. De mensen verstaan elkaar helemaal niet en er zitten mensen bij die steeds maar aan het woord willen zijn. Anderen komen dan niet aan bod. Ook vindt hij het lastiger om te peilen of de informatie wel overkomt.

Als hij face-to-face met mensen praat, ziet hij hoe zij reageren. Met praten via de computer kan hij dit niet goed zien.

Opbrengst van het gesprek

Ik heb duidelijk gekregen wat de heer G. voor geluiden hoort, de mate waarin hij daar last van heeft en hoe hij hiermee omgaat. Zijn C.I. is voor hem helpend om de draaglast van zijn tinnitus op te kunnen vangen.

Ook zijn zijn karaktereigenschappen wilskracht, de mentaliteit “vol voor de dingen willen gaan” hierbij helpend voor hem.

Hij heeft zijn copingstijl aangepast aan zijn situatie waardoor hij heeft leren leven met zijn aandoening.

Zijn echtgenote toont zich betrokken bij de heer G. Zij staat op eenzelfde manier in het leven als hij. Hier heeft hij steun aan. Zij kijken allebei naar wat wel kan en niet teveel naar wat niet kan of waar je last van hebt.

Voor mijn gevoel is de copingstijl die iemand heeft erg bepalend voor hoe je omgaat met je tinnitus.

Evaluatie, Reflectie en Onderbouwing

Vooraf vond ik het best lastig om te werken met een probleemboom en een doelenboom.

Toen ik mij ging voorbereiden op mijn gesprek met de heer G.V. en mevrouw W.V. zag ik de meerwaarde ervan.

Het heeft mij heel erg geholpen bij het gericht vooraf vragen formuleren.

Dit zorgde ervoor dat ik een heldere structuur had in mijn gesprek (kop, romp en staart). Bij de zelfscan onderzoekende houding heb ik de volgende uitspraak omcirkeld:

- Wat relevant is, bepaal ik vooraf, tijdens of na afloop van het waarnemen, gebaseerd op literatuur en vergelijkbare situaties.

Deze uitspraak kreeg bij mijn voorbereiding van dit gesprek betekenis, alleen op een andere manier dan bedoeld. Aan de hand van de methodes mindmapping en onze doelenboom bepaalde ik vooraf wat relevant was voor ons onderzoek. Het voorkwam dat ik af ging dwalen en mooi op koers bleef in relatie tot ons onderzoek.

Mijn nieuwsgierigheid kwam mij ook goed van pas bij dit gesprek bij het doorvragen. Ik dacht terug aan een eerder gesprek dat ik heb gevoerd met twee cliënten tijdens de module Zorg. Bij die gespreksvoering ging het om hoe je iemands netwerk (hier de belangrijke ander) kunt betrekken bij het bewerkstelligen van veranderingen en meer steun kunt ervaren. Van zelfredzaamheid naar samenredzaamheid. In mijn gesprek met de heer G. en mevrouw W. zag ik dat de manier waarop mevrouw W. achter haar man staat hem goed helpt en zijn eigen kracht versterkt.

Tijdens het gesprek heb ik gebruik gemaakt van de techniek van motiverende gespreksvoering. Ik heb een schaalvraag gesteld om meer zicht te krijgen op de mate waarin de heer G. last heeft van zijn tinnitus. Ik heb de schaalvraag gebruikt omdat ik tijdens de online sessie over tinnitus die ik heb bijgewoond wel vernam dat mensen last van hun tinnitus hebben maar er geen beeld bij kreeg in welke mate. Toen de heer G. aangaf dat dit zonder zijn C.I. een 8 is, schrok ik daar best wel van. Dan ervaart hij veel last! Gelukkig kan hij dit met zijn C.I. maskeren en de last doen afnemen naar een 6.

Afwisselend heb ik gebruik gemaakt van open en gesloten vragen, actief geluisterd, doorgevraagd en reflectief samengevat.

In mijn opleiding heb ik geleerd dat welgemeende complimenten maken belangrijk is. Ik heb mevrouw gevraagd wat zij als kracht of talent ziet van haar echtgenoot. Toen zij dit benoemde heb ik hem ingekopt door dit even goed onder de aandacht te brengen bij de heer G. Hij reageerde daar erg positief op.

Doordat het gesprek bij meneer en mevrouw thuis plaatsvond, merkte ik dat zij makkelijk praten, ze voelden zich op hun gemak. Naar mijn mening heb ik hierdoor meer uit mijn gesprek kunnen halen dan wanneer ik het gesprek met hen had gevoerd in een kantoorsetting bij de GGMD.

Vragen die ik heb voorbereid met behulp van onze doelenboom en aan de hand van onze mindmap:

- Hoe merkte je dat je tinnitus had;
- Heb je er zelf informatie over opgezocht;
- Hoeveel last heb je van je tinnitus op een schaal van 0 tot 10;
- Heb je hulp gezocht? Hoe heb je dit gedaan;
- Welke hulp heb je gekregen, waar en van wie;
- Was dit voldoende voor jou of had je op dit gebied nog bepaalde wensen;
- Heb je sinds Corona meer last van tinnitus?
- Voel je jezelf wel eens eenzaam;
- In welke situatie in je dagelijkse leven ervaar je het meeste last van je tinnitus;

- Waar zat voor jou de grootste belemmering;
- Heeft het problemen gegeven, zo ja op welke gebied;
- Wat had/heb je meer last van, van je slechthorendheid, de tinnitus of is het een combinatie van beiden;
- Waar had je behoefte aan toen je zoveel last van je tinnitus had;
- Kon je er met andere over praten;
- Kon je er thuis met je vrouw en kinderen over praten;
- Konden zij begrijpen hoe dit voor jou was;
- Hoe ging het bij hobby's / verenigingsleven et cetera;
- Hoe gaat het nu;
- Houd je bewust rekening met je tinnitus en zo ja hoe doe je dit dan;
- Wat werkt voor jou;
- Hoe zou je je eigen leefstijl omschrijven;
- Vind je dat de manier waarop je in het leven staat je helpt bij het omgaan met tinnitus;
- Wat zou je anderen mee willen geven als tip of advies;
- Denk je dat andere mensen met tinnitus wat aan jou ervaringen kunnen hebben;
- Wat vind je een talent van jezelf bij het omgaan met lastige of vervelende situaties;
- Echtgenoot ook vragen wat zij ziet als groot talent / kracht van haar man.

Bijlage 15: Veldoriëntatie online discussieforum voor C.I.- gebruikers met tinnitus

Student: Elly van der Werk

Op maandag 22 februari heeft de firma Cochlear Benelux NV, een bedrijf dat cochleair implantaten maakt voor mensen die praktisch doof zijn, voor de komende 7 dagen een online-forum geopend (Cochlear, 2020). Het doel van dit bedrijf is om in gesprek te gaan met mensen die horen met een cochleair implantaat en last hebben van tinnitus. Deze gesprekken werden begeleid door een moderator.

Ik heb meegekeken omdat ik geïnteresseerd was met welke informatie en reacties de mensen kwamen met betrekking tot hun tinnitus. Ook wilde ik onderzoeken of er bij deze groep mensen die met een C.I. hoort verschillen zijn ten opzichte van mensen met tinnitus die geen C.I. dragen.

Daarnaast was ik nieuwsgierig hoe het communiceren via een online forum zou verlopen gezien het feit dat er steeds meer wordt gedaan met E-health. Ik was benieuwd of de mensen met elkaar in gesprek zouden gaan (gebruik maken van elkaar als hulp- en steunbronnen).

De methode die ik heb gebruikt was observeren als een “Fly on the Wall”.

Mijn rol was die van observant en onderzoeker. Zelf heb ik niet meegedaan aan het forum.

Mijn bevindingen heb ik uitgewerkt in de onderstaande tabel.

Vragen	Antwoorden
Datum 22 februari 2021 Onderwerp: invloed van tinnitus op het dagelijkse leven	
Hoeveel last heeft u van uw tinnitus?	Geen reacties
In welke situaties beïnvloedt tinnitus uw dagelijks leven het meest?	1 persoon gaf aan meer last van tinnitus tijdens Coronatijd. Te weinig afleiding, uit het normale ritme en meer stress.
	Man 72 jaar Heeft tinnitus maar die is inmiddels verminderd. Geeft aan dat spanning, te hoge bloeddruk en stress en in een gejaagd arbeidsproces zitten negatief van invloed is op tinnitus. Heeft weinig begrip ervaren van arbeidsintegratie en soortgelijke instanties toen hij nog in het arbeidsproces zat. Hij voelde zich niet gezien en gehoord.
	64-jarige man Heeft sinds C.I. last van tinnitus in de vorm van een kleine piep. Dit wordt minder / is meer beheersbaar als hij zijn C.I. draagt.
	Man 71 jaar 100% doof, sinds 2016 een C.I. Heeft een hele tijd geen last van tinnitus gehad maar dit is nu terug in de vorm van een lage bromtoon. Het volume van het geluid fluctueert. Als het hoog is vormt dit een belemmering om goed spraak te kunnen verstaan. Wordt soms in de nacht wakker vanwege tinnitus en kan dan moeilijk de slaap weer vatten. Afleiding als even een kopje thee drinken wil nog wel eens helpen. Het volume van de C.I. opschroeven.
	Man

	Piep in beide oren de klank ervan is verschillen. Heeft er niet heel erg veel last van maar het is wel merkbaar.
	Vrouw Heeft tinnitus. Na de operatie om een C.I. te krijgen was het weg. Als de C.I. af is de tinnitus nog merkbaar. Mindfulness helpt haar evenals niet zo de focus leggen op tinnitus. Zij vindt het erger dat zij geen muziek meer kan luisteren.
	Man Na plots doof zijn geworden heeft hij tinnitus gekregen. Werd daar suïcidaal van. Heeft het uitgehouden totdat hij een C.I. heeft gekregen. Kan alleen maar slapen met processor aan en slaappillen.
	Man 63 jaar Heeft alleen last van tinnitus als het stil is. Hoort verschillende geluiden die veranderen. Vooral melodieuze.
	Vrouw Heeft al tientallen jaren last van tinnitus aan beide oren. Mevrouw is een paar keer plotsdoof geworden. De processor maskeert het geluid van de tinnitus. Toch wordt mevrouw er erg moe van want het is bij haar 24/7.
	Man heeft tinnitus gehad. Droeg in beide oren een gehoorapparaat. Heeft nu een C.I. die de tinnitus maskeert. Wanneer hij heel erg moe is, heeft hij weer last van tinnitus.
Vragen	Antwoorden
Datum 25 februari 2021 Onderwerp: verlichting van tinnitus. Wat kan helpen om uw tinnitusmanagement te verbeteren?	
Wat doet u om met uw tinnitus om te gaan?	Negeren en afleiding zoeken en leefpatroon aanpassen.
	Ik ben het met Axe eens. Probeer aan te leren om jezelf in te prenten: het is een niet bestaand geluid. probeer je te concentreren op andere dingen en denk bij jezelf: valt best mee. Probeer van het geluid een melodietje te maken. Ik kan geen muziek meer verstaan maar er zitten nog een heleboel melodieuze in mijn kop. Dus probeer ik die tinnitus om te vormen tot een liedje. Dat gaat mij redelijk goed af als mijn CI ingeschakeld is heb ik geen last van tinnitus. Ik ben dus een tevreden mens. Ik heb ervaren dat zoveel mogelijk bezig zijn met andere, ontspannende, dingen (mindfulness?) het enige is dat 'helpt' om de dag en nacht door te komen en dat doe ik zoveel mogelijk. De tinnitus is niet weg maar de ergernis erover is even niet overheersend.
	CI drukt tinnitus naar de achtergrond. Ik schenk niet veel aandacht aan tinnitus.
	Ik besteed geen aandacht aan de tinnitus, ik ben blij dat ik met mijn C.I. beter kan horen dan daarvoor.
Wat zou u doen om de manier waarop met uw tinnitus wordt omgegaan verder te verbeteren?	Geen reactie
Datum 24 februari 2021 Onderwerp: perceptie van tinnitus in relatie tot het cochleair implantaat. Hoe was dat voor u?	

Hoe heeft het ontvangen van uw cochleair implantaat uw tinnituservaring beïnvloed?	4 personen Tinnitus trad op na het plaatsen van het C.I. 1 persoon Tinnitus weg sinds het geplaatste C.I. 2 personen Tinnitus is veel erger geworden na het geplaatste C.I. 1 persoon Tinnitus is minder geworden na het plaatsen van het C.I.
Wat verwachtte u, voordat u een cochleair implantaat kreeg, van het effect van uw implantaat op uw tinnitus?	Geen reacties
Welke invloed had dat om een cochleair implantaat te krijgen en op uw keuze voor een geluidsprocessor?	Geen reacties

Opbrengst van het volgen van het online forum

Aangezien er veel mensen zijn met een cochleair implantaat vond ik de opbrengst qua deelnemers mager.

Enkelen geven aan hoe hun tinnitus voor hen klinkt. Ook geven enkelen aan hoe ze omgaan met hun tinnitus (afleiding zoeken, zich ervan bewust zijn dat hun C.I. tinnitus kan maskeren, niet te veel aandacht schenken aan de tinnitus, tinnitus bewust ombuigen tot een liedje, inzoomen op dankbaarheid over het weer kunnen horen met het C.I., gebruik van Mindfulness).

Het is mij duidelijk geworden dat mensen die gebruik maken van hun hoorhulpmiddel C.I. hiermee een controlemiddel hebben om hun tinnitus als minder hinderlijk te ervaren. Bij het dragen van het C.I. is er afleiding in de vorm van geluiden uit de omgeving en spraak verstaan.

Bijzonder vond ik de her-etiketteringstactiek van een deelnemer die geen muziek meer kan horen maar haar tinnitus probeert om te vormen tot een melodie.

Evaluatie, Reflectie en Onderbouwing

Qua inzet van het middel online forum zag ik dat de mensen die reageerden veelal niet op elkaar reageerden maar op de moderator. Ik vond dat wel een beetje teleurstellend.

Ik zag dat niet alle vragen werden beantwoord. Voor mijn gevoel is een online forum niet zo'n geschikte manier van mensen met elkaar in contact te brengen of om informatie te verzamelen.

Je kunt niet zo goed zien wie de persoon is die reageert. Niet alle deelnemers gaven aan man of vrouw te zijn. Ook leeftijd werd veelal niet vermeld. Ik vind het goed om dit te weten. Tijdens het uitvoeren van ons onderzoek houd ik alle opties open met betrekking tot het ontwikkelen van een ontwerpproduct. Een online forum in deze vorm is wellicht niet zo geschikt daarvoor.

Het volgen van het forum heeft mij doen begrijpen dat door het dragen van het C.I. (hulpbron) de gebruiker een controlemiddel in handen heeft om de tinnitus als minder hinderlijk te ervaren. In die zin was het zinvol voor mij om dit forum te volgen.

Terugdenkend aan de online proefsessie van de Stichting Hoormij herinner ik mij dat de ervaringsdeskundige Derck tijdens het studeren gebruik maakt van een koptelefoon met muziek die zijn tinnitus maskeert. Ik realiseer mij dat dit eigenlijk een beetje hetzelfde principe is en te maken heeft met het genereren van keuzemogelijkheden (Langedijk, 2018). Volgens het Strenght-model draagt gebruik maken van mogelijkheden bij aan het verbeteren van gewenste uitkomsten als de kwaliteit van leven, prestaties, gevoel van competentie, tevredenheid en empowerment.

Uitnodiging deelname online discussieforum

Beste Elly,

Cochlear organiseert 7 dagen lang **een online discussieforum** voor gebruikers van cochleaire implantaten die tinnitus ervaren. Via dit forum graag weten wat uw ervaring met tinnitus is en hoe het u beïnvloedt in uw dagelijks leven.

Om deel te nemen, klikt u op de knop hieronder:

Word lid van het forum >

Als klikken op de koppeling niet werkt, kunt u de volledige onderstaande URL ook kopiëren en in uw browser plakken:

<https://nl.cochlearconversations.com/c/al/6gW7o25xIOI6gPYmfPOM23/6LEeiaZnBAH3TFZHCcP7uf>

De komende 7 dagen kunt u op elk moment aan de discussie bijdragen en uw deelname is geheel vrijwillig. U wordt uitgenodigd om commentaar te geven en uw gedachten met ons te delen, of zelf vragen te stellen aan andere gebruikers van cochleaire implantaten.

We kijken ernaar uit van u te horen!

Let op: het forum is mogelijk niet relevant voor mensen die geen last hebben van tinnitus.

Met vriendelijke groeten,
Cochlear Family

Bijlage 16: Tabel conclusies en ontwerpeisen veldoriëntaties buiten het GGZ-team

Besproken thema's	Conclusies	Ontwerpeisen
Genoemd door Professionals		
<u>Lotgenoten:</u> - huiskamerbijeenkomsten worden in bepaalde regio's georganiseerd, mensen met elkaar in gesprek brengen. - sfeer van vertrouwen is belangrijk in bijeenkomsten - ervaringsdeskundigen geven aan het prettig te vinden sociaal emotionele steun te kunnen bieden aan anderen met tinnitus.	Het creëren van een prettige veilige sfeer in bijeenkomsten en contact met elkaar wordt belangrijk gevonden. Ervaringsdeskundigen kunnen zichzelf in een andere rol plaatsen, namelijk van hulpbehoevend naar hulpgever.	- Veilige sfeer creëren, contact met elkaar en onderling versterken, lotgenotencontact.
<u>Naasten:</u> - geluidsopnames van stichting hoormij zodat je het geluid aan anderen kan laten horen. Dit is tevens een middel om het gesprek aan te gaan met anderen. - cliënten hebben behoefte aan om gehoord te worden, tips en adviezen.	Cliënten hebben om hun beleving van de aandoening te delen met naasten. Het betrekken van het netwerk is daarom belangrijk. Het geluid aan anderen laten horen is een praktisch handvat om inleving van naasten te bevorderen. Er is behoefte aan steun en begrip.	- Naasten betrekken - een plek waar naasten informatie over tinnitus kunnen krijgen.
<u>Samenwerking:</u> - communicatie met 'hoorprofessionals' kan verbeterd worden.	Met 'hoorprofessionals' worden KNO artsen en audiciens bedoeld. Zij kunnen meer informatie verstrekken over de wijze waarop gebruik gemaakt kan worden van geluidmaskering op gehoorapparatuur, ook kan een KNO arts informatie geven over nieuwste inzichten.	- Podium bieden aan professionals en zorgen voor verbinding. Versterken van de samenwerking met de ketenpartners.
<u>Klachten en Behandeling:</u> - maatwerk is noodzakelijk bij behandeling, voor iedereen is tinnitus anders. - Stress en irritatie kan een gevolg zijn van tinnitus. Mensen gaan in gevecht met hun tinnitus. - Vermoeidheid, slecht slapen, burn-out, concentratieproblemen komen vaak voor. - angst, paniek en stress komen vaak voor. - Internationale toename van tinnitus door Covid met 34% met als belangrijkste redenen dat er minder afleiding is, toename van stress en door dragen van mondkapjes een ander slecht kunnen verstaan. Ook is er een kleine groep mensen (5,1% van 1350 Nederlandse respondenten) die voor de corona tijd nog tinnitus had (Schenk-Sandbergen & Van Hillo, 2021). - Bij de onlinebijeenkomst van NVVS/Hoormij over 'Oorsuizen, Tips voor tinnitus', gaf de audioloog aan dat er nog geen oplossing is om tinnitus te verhelpen. Er zijn verschillende behandelmethode	Er is grote diversiteit in tinnitus klachten en de gevolgen daarvan in iemands leven. Mensen kunnen als gevolg van de aandoening in een negatieve spiraal belanden, onzeker worden, zich niet begrepen voelen. Eenzaamheid en somberheid komen vaak voor. Men kan de hoop op herstel verliezen met depressie en suïcidale gedachten als gevolg. Een breed aanbod is wenselijk om goed aan te sluiten bij cliënten. Wenselijk is zowel preventieve, lichte als zwaardere zorg. De GGZ voorziet in zwaardere zorg en diverse behandelmethode. Wat is er aan preventie en laagdrempelige zorg in de regio?	- maatwerk is belangrijk, dus flexibiliteit in het product - preventie en laagdrempelige zorg.

gericht op het beter leren omgaan met de tinnitus. Zoals de cognitieve benadering, psycho-educatie over tinnitus, het zoeken van afleiding. Ze helpen allemaal, maar niet bij iedereen. Het is en blijft maatwerk.		
Genoemd door cliënten		
<u>De aandoening:</u> - Het is moeilijk uitleggen aan mensen wat tinnitus is (en de gevolgen op het sociaal functioneren van de cliënt). - Weinig informatie voor jongeren te vinden - Informatie wordt belangrijk gevonden zodat men niet 'vreemd' gevonden wordt. Hierin ligt een publiekstigma en een zelfstigma (Van der Padt, Derks & Boon, 2017) - medici geven vaak aan dat er niets aan te doen is, dat men er mee moet leren leven.	De aandoening heeft geen eenduidige behandelmethode of valt niet medisch te 'genezen'. Informatie over de aandoening is belangrijk voor het acceptatieproces, zowel voor de cliënt als zijn naasten.	- Informatie verstrekken, psycho-educatie, destigmatisering. - naasten betrekken
<u>Praktische handvatten ten aanzien van geluid:</u> - Een koptelefoon kan het geluid maskeren - Mensen die geen neurologische schade hebben, kunnen baat hebben bij het luisteren naar muziek. - Afleiding heeft geholpen. - Met pensioen gaan heeft het verergerd, te veel stilte om je heen. - Mensen met een cochleair implantaat (C.I.) hebben ten opzichte van goed horenden, minder last van hun tinnitus als zij hun C.I. dragen. Het kunnen horen van omgevingsgeluiden geeft hun afleiding en helpt hen bij het contact maken met anderen hetgeen ook afleiding biedt. - Een manier vinden om jezelf af te leiden van de tinnitus, geeft mensen een stukje zelfcontrole. Dit kan helpen bij het leren leven met tinnitus.	Er is behoefte aan verschillende praktische manieren om de focus af te halen van tinnitus en het doorbreken van de vicieuze cirkel. Praktische handvatten kun je als professional aanreiken. Een andere effectieve methode is dat lotgenoten en ervaringsdeskundige deze met elkaar uitwisselen.	- Verschillende praktische handvatten aanreiken. - Lotgenotencontact en contact met ervaringsdeskundigen faciliteren.
<u>Behandeling:</u> - Praten met een psycholoog heeft geholpen (CGT). - Weten wat de oorzaak is heeft geholpen het te accepteren. - Contact met audiologisch centrum heeft geholpen. - Angst, depressie en negatieve gedachten komen veel voor.	Er zijn diverse behandelmethoden beschikbaar die kunnen werken bij tinnitus, dit is per individu verschillend. De mate waarin iemand onder de aandoening lijdt verschilt per persoon. Belangrijk is dat de cliënt de weg naar verschillende behandelmethoden kent en weet te vinden of dat er een plek is waar hij/zij deze informatie kan halen.	- Signalering van de fase van tinnitus en de problematiek als gevolg van tinnitus waaronder bijvoorbeeld depressie is aandachtspunt. Ook doorverwijzing is aandachtspunt voor het product.

Bijlage 17: Dataverwerking vragenlijst Groep 1

Groep van 31-03-2021 bestaande uit 5 personen. Zij hebben bij de intake aangegeven **wel** behoefte te hebben aan lotgenotencontact. Allen hebben de enquête ingevuld.

	1	2	3	4	5
1.1 Biologische en medische factoren	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Ik slaap goed	1		2	1	1
Ik voel me (lichamelijk) energiek		1	2	2	
1.2 Psychologische factoren (+coping)	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Het lukt mij te ontspannen	1	2		2	
Ik voel me (geestelijk) energiek	1		1	3	
Ik kan me concentreren		1	2	2	
Ik kan goed met tegenslag omgaan		1	3	1	
Ik weet mijn grenzen te trekken			3	1	
Ik weet raad met de problemen die op mijn weg komen.		1	1	3	
Ik zet negatieve gedachten om in positieve gedachten		1	3	1	
Ik voel me gelukkig		1	2	1	1
1.3 Sociale factoren	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Mijn omgeving neemt mijn klachten serieus	1	1	1	1	1
mijn omgeving biedt mij een luisterend oor		2	2		1
Ik kan mijn dagelijkse bezigheden zoals huishouden, werk en studie goed uitvoeren	1		1	3	
Ik ervaar belemmering in mijn sociale leven (bijv. familie, vrienden, opvoeden kinderen) m.b.t. tinnitus.	1	1	2	1	
2.1 behandelaanbod	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Ik heb voldoende kennis over tinnitus gehaald uit de COT training.	1	1	1	1	1
De COT training van de GGMD sluit goed aan bij mijn hulpvraag.			2	2	1
2.2 wensen en behoeften	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Ik heb behoefte aan meer informatie over tinnitus		2		2	1
Ik heb behoefte op de hoogte te blijven over de laatste ontwikkelingen m.b.t. tinnitus		1		3	1
Ik heb behoefte aan contact met een ervaringsdeskundige, een hulpverlener die zelf ook tinnitus heeft.			2	3	
Ik heb behoefte aan 1 op 1 gesprekken met een hulpverlener		1	2	2	
Ik heb behoefte aan een lotgenotengroep	2		2	1	
Ik heb behoefte aan praktische handvatten zoals oefeningen voor ontspanning en andere praktische tips.			1	3	1
Ik zou gebruik maken van een laagdrempelige centrale ontmoetingsplek om kennis en ervaringen te delen met hulpverlening, lotgenoten en mijn eigen omgeving.	1		2	1	1

Een deelnemer merkt op dat praktische handvatten zoals oefeningen voor ontspanning en andere praktische tips heel er nodig zijn. 1 persoon heeft de vraag: Ik weet mijn grenzen te trekken niet aangekruist.

Bijlage 18: Dataverwerking vragenlijst Groep 2

Groep van 07-04-2021 bestaande uit 5 personen. Zij hebben bij de intake aangegeven **geen** behoefte te hebben aan lotgenotencontact. Allen hebben de enquête ingevuld.

	1	2	3	4	5
1.1 Biologische en medische factoren	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Ik slaap goed	1	2	1	1	
Ik voel me (lichamelijk) energiek		2	2	1	
1.2 Psychologische factoren (+coping)	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Het lukt mij te ontspannen			4	1	
Ik voel me (geestelijk) energiek			3	2	
Ik kan me concentreren		2	3		
Ik kan goed met tegenslag omgaan		1	3	1	
Ik weet mijn grenzen te trekken		1	2	1	
Ik weet raad met de problemen die op mijn weg komen.			3	2	
Ik zet negatieve gedachten om in positieve gedachten			4	1	
Ik voel me gelukkig		1	3	1	
1.3 Sociale factoren	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Mijn omgeving neemt mijn klachten serieus		1	1	2	1
mijn omgeving biedt mij een luisterend oor		1	1	2	1
Ik kan mijn dagelijkse bezigheden zoals huishouden, werk en studie goed uitvoeren			5		
Ik ervaar belemmering in mijn sociale leven (bijv. familie, vrienden, opvoeden kinderen) m.b.t. tinnitus.		1	1	2	1
2.1 behandelaanbod	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Ik heb voldoende kennis over tinnitus gehaald uit de COT training.			1	4	
De COT training van de GGMD sluit goed aan bij mijn hulpvraag.			1	3	1
2.2 wensen en behoeften	sterk mee oneens	mee oneens	niet mee eens / niet mee oneens	mee eens	sterk mee eens
Ik heb behoefte aan meer informatie over tinnitus				4	
Ik heb behoefte op de hoogte te blijven over de laatste ontwikkelingen m.b.t. tinnitus				3	2
Ik heb behoefte aan contact met een ervaringsdeskundige, een hulpverlener die zelf ook tinnitus heeft.		2	1	2	
Ik heb behoefte aan 1 op 1 gesprekken met een hulpverlener	1		1	3	
Ik heb behoefte aan een lotgenotengroep	2		1	2	
Ik heb behoefte aan praktische handvatten zoals oefeningen voor ontspanning en andere praktische tips.				4	1
Ik zou gebruik maken van een laagdrempelige centrale ontmoetingsplek om kennis en ervaringen te delen met hulpverlening, lotgenoten en mijn eigen omgeving.	1	2		1	1

1 persoon heeft twee vragen niet beantwoord: Ik weet mijn grenzen te trekken en ik heb behoefte aan meer informatie over tinnitus.