

Gedragsverandering bij diabetes

Ellen Boslooper, Sanne ter Schegget en Arie de Wild

Samenvatting

Gedragseconomen onderzoeken waarom mensen zich vaak niet laten leiden door hun eigen doel, maar door hun omgeving. Zij onderzoeken bijvoorbeeld gedragsverandering, zoals leefstijlaanpassing bij diabetes. Het blijkt dat diverse psychologische en sociologische fenomenen invloed hebben op gedragsverandering. Dat kan zowel positief als negatief uitpakken. Ten eerste vraagt leefstijlverandering van de patiënt op korte termijn inspanning, maar het levert pas op lange termijn beloning op: het kortetermijn-langetermijndilemma. Zeker voor diabetespatiënten zonder klachten is de tegenstelling tussen hoe zij zich voelen en de noodzaak van leefstijlverandering groot.

Ten tweede houden mensen vast aan het bekende. Hun bewuste keuzeprocessus is uitgeschakeld door een gewoontelus: een automatische opeenvolging van signaal, routine en beloning. Door nieuwe gewoonten aan te leren, of een nieuwe routine bij een bekend signaal, kunnen zij dit automatisme doorbreken. De bewuste gedragsverandering die de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 voorstaat, gaat uit van eigen verantwoordelijkheid, bewustwording van de risico's van de ziekte, en persoonlijke motivatie. Let daarbij op drie barrières. (1) De zelfcontrole kan uitgeput raken (egodepletie). (2) Risicobewustzijn loopt vaak gevaar door overmatig optimisme. (3) Als jij te veel 'positieve dwang' uitoefent en te veel het initiatief neemt, maak je je patiënt passief. Als motivatie en initiatief uit hemzelf komen, houdt je patiënt leefstijlaanpassingen langer vol. Onbewuste fenomenen kunnen invloed hebben op gedragsverandering, zowel positief als negatief. Verliesaversie (afkeer van gezondheidsverlies) creëert een schokeffect dat patiënten tijdelijk motiveert. Selectieve perceptie zorgt ervoor dat patiënten de realiteit van de ziekte niet kunnen of willen zien. Framing kan de behandeling ondersteunen of tegenwerken: door aspecten van leefstijlaanpassing positief of negatief uit te lichten. Zowel de sociale als de fysieke omgeving van patiënten is van invloed op hun leefstijl. Benut de onbewuste fenomenen om je patiënt positief te beïnvloeden. Je kunt daarbij gebruikmaken van subtiele interventies, nudges, die het gedrag van patiënten positief veranderen zonder dat je het eigen initiatief van je patiënt ondermijnt.

Inleiding

Als je weet wat je patiënt kan en leuk vindt, kun je hem beter helpen om de behandeling en leefstijlverandering vol te houden. Daarom biedt de herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 ruimte om de wensen en mogelijkheden van de patiënt te verwerken in een individueel behandelplan.¹ Een ander uitgangspunt van de standaard is dat jij en de huisarts regelmatig educatie en leefstijladviezen geven. Maar die adviezen en het werken aan een gezonde leefstijl vindt je patiënt niet altijd leuk en haalbaar. Niet roken, goede voeding, gewichtsbeheersing en voldoende bewegen levert de patiënt op de lange termijn profijt op, maar op de korte termijn doet het pijn om oude gewoonten los te laten.

Leefstijlaanpassing is gedragsverandering, en gedragseconomen zoeken naar oplossingen voor de aanpassingsproblemen van je patiënten. Zij bestuderen hoe mensen hun doelen nastreven met de beperkte middelen die hun ter beschikking staan, en gebruiken daarbij de inzichten uit de psychologie en de sociologie. Gedragseconomen hebben ontdekt dat mensen zich vaker laten leiden door hun omgeving dan door hun eigen doel.²

Gedragseconomie

Economie bestudeert hoe mensen doelen nastreven met schaarse middelen. Gedragseconomie is een stroming binnen de economie die dit economisch gedrag bestudeert vanuit de optiek van de psychologie en de sociologie. Traditionele economen kunnen veel menselijk gedrag namelijk niet verklaren. Gedragseconomen kunnen dat met hulp van kennis uit de psychologie en sociologie wel. Het probleem van de praktijkondersteuner is vanuit de optiek van de econoom een economisch probleem: hoe kan ik efficiëntie en effectiviteit van diabeteszorg verbeteren? De economische uitwerking van leefstijlkeuzes is groot, omdat chronische aandoeningen zoals diabetes leiden tot stijgende zorgkosten en door de slechtere conditie van pati-

De kern

- ▶ Met gedragseconomische kennis van gewoonten kun je de patiënt helpen gewoontelussen (signaal-routine-beloning) te doorbreken: je patiënt kan nieuwe gewoonten aanleren, of een andere routine en beloning aanleren bij een bekend signaal.
- ▶ Houd rekening met egodepletie: als een patiënt te vaak achter elkaar zelfbeheersing moet opbrengen, put dat zijn vermogen tot zelfbeheersing uit. Help je patiënt om deze valkuil te vermijden.
- ▶ Pas op met overmatig optimisme van de patiënt: dat ondermijnt zijn motivatie voor leefstijlaanpassing. Maar probeer een zeker optimisme wel te stimuleren, omdat depressie een risico is van diabetes.
- ▶ Als de motivatie van de patiënt zelf komt, niet door 'positieve dwang' van de zorgverlener, is de kans groter dat de patiënt de nieuwe leefstijl volhoudt. Laat de patiënt zo veel mogelijk zelf het initiatief nemen: dat werkt het best.
- ▶ Met nudges, subtiele beïnvloeding, kun je je patiënt een duwtje de goede richting op geven zonder het initiatief bij hem weg te nemen.

enten tot een verminderde verdien capaciteit. Om dit verbeteren, werken gedragseconomen met andere disciplines samen aan oplossingen. Wij vroegen ons af of diabeteszorgverleners deze beïnvloedbaarheid herkennen bij hun patiënten. Samen met vierdejaars studenten van de minor 'risicomanagement en gedrag' van Hogeschool Rotterdam interviewden we drie praktijkondersteuners en drie huisartsen in de omgeving van Rotterdam. Vervolgens analyseerden twee vierdejaars verpleegkunde-studenten van de minor 'wetenschap en gezondheid' de interviewverslagen vanuit een gedragseconomische optiek. We ontdekten dat de geïnterviewde huisartsen en praktijkondersteuners uit ons kleinschalige onderzoek inderdaad psychologische en sociologische inzichten benoemen. Wij plaatsden de bevindingen van de geïnterviewden in een theoretisch kader. Daarbij zoeken we een gedragstheoretisch antwoord op de vraag: welke psychologische en sociologische fenomenen maken de behandeling en begeleiding van patiënten met diabetes mellitus type 2 nu zo moeilijk?

Korte termijn

Patiënten hebben op het moment dat jij ze spreekt meestal weinig of geen klachten. Schade aan nieren, ogen, hart en vaten treedt pas op langere termijn op. 'Maar dat is natuurlijk nog zo vaag,' zegt een van de geïnterviewde huisartsen. Een andere huisarts erkent dat er altijd mensen zijn die blijven zeggen: 'Dat zie ik wel weer als ik 80 ben; ik wil nu genieten.' Bovendien hebben de zorgverlener en de patiënt een verschillend perspectief. Als zorgverlener heb je behandel doelen, en dat zijn vrijwel altijd effecten op de lange termijn, zoals toekomstige complicaties voorkomen. Als patiënt, die deze behandel doelen moet verwezenlijken, heb je echter ook te maken met de korte termijn. De patiënt kiest voor de korte termijn, omdat de mens onmiddellijke beloning preferert boven uitgestelde beloning.³ Iets wat op korte termijn inspanning vraagt, maar pas op lange termijn beloning oplevert, heet een kortetermijn-langetermijndilemma. We noemen hier nog enkele andere psychologische en sociologische fenomenen die kunnen verklaren waarom mensen niet altijd gezonde keuzes maken.

Cognitieve dissonantie

Een van de psychologische fenomenen waardoor het kortetermijn-langetermijndilemma ontstaat, is cognitieve dissonantie. Cognitieve dissonantie treedt op wanneer je moet kiezen tussen twee tegenstrijdige denkbeelden. Bij de diabetespatiënt zonder klachten leeft het beeld: 'Ik voel me goed, ik ben gezond.' Maar de praktijkondersteuner en de huisarts communiceren het beeld dat de patiënt ziek is, wat in tegenspraak is met hoe de patiënt zich voelt. 'Het lastige bij diabetes is dat mensen die lekker in hun vel zitten, ineens te horen krijgen dat ze een aandoening hebben,' zoals een praktijkondersteuner zegt tijdens een interview.

Bij cognitieve dissonantie kiezen mensen de weg van de minste weerstand. Patiënten kunnen namelijk moeilijk inschatten hoe ze zich voelen over een aantal jaren. Dat maakt leefstijlaanpassing voor de patiënt moeilijk, onderkennen praktijkondersteuners en huisartsen in ons onderzoek.

Status quo-bias

Een andere psychologische verklaring voor het kortetermijn-langetermijndilemma is de neiging van de mens om vast te houden aan het bekende. Mensen geven de voorkeur aan de huidige situatie, de status quo. De diabetespatiënt met een ongezonde leefstijl geeft daarom de voorkeur aan de huidige, ongezonde situatie boven leefstijlaanpassing. Zoals een van de

praktijkondersteuners het perspectief van de patiënt verwoordt: 'Wat ik nu doe, vind ik heel erg prettig, dus waarom zou ik het veranderen?'

Gewoontelus

Dat patiënten vasthouden aan de huidige situatie, heeft te maken met hun gewoonten: de routines die zij hebben opgebouwd in hun leven. Bij elke gewoonte hoort een gewoontelus van signaal-routine-beloning: een bepaald signaal zorgt voor een routinematige reactie, die weer resulteert in een beloning. Een praktijkondersteuner uit ons onderzoek geeft als voorbeeld een patiënt die zegt: 'Frietjes is altijd vrijdagavond, dat kan ik echt niet veranderen, dat doen wij al dertig jaar.' Voor deze patiënt is vrijdagavond het signaal, frites eten is de routine, en de sociale beleving, het 'wij'-gevoel, is de beloning. Door deze gewoontelussen spelen de hersenen bijna geen rol meer in het nemen van beslissingen.

In zijn boek *Macht der gewoonte* beschrijft Charles Duhigg hoe je dit soort gewoonten verandert.⁴ Signalen negeren of vermijden is vrijwel onmogelijk. Daarom kun je beter proberen om nieuwe routines op te bouwen. Een andere mogelijkheid is om bestaande gewoonten aan te passen. Dan zorg je voor een andere routine-beloningslus bij hetzelfde signaal. Als voorbeeld van een bestaande gewoontelus aanpassen noemt Duhigg het voorbeeld van een vrouw die op de momenten waarop ze normaliter een sigaret zou opsteken, in plaats daarvan is gaan hardlopen. Het hardlopen wordt voor haar een gezonde verslaving waardoor ze ook nog eens haar overgewicht kwijtraakt, een positiever zelfbeeld ontwikkelt en een betere indruk maakt bij sollicitaties. Duhiggs boodschap: ontwikkel gewoonten die veelvuldig een klein gevoel van overwinning geven, een platform vormen voor andere gewoonten, en energie en zelfvertrouwen geven om meer te doen. De praktijkondersteuner kan met gerichte leefstijlvragen achterhalen hoe de gewoontelus bij ongezonde gewoonten precies werkt. Dus bij roken bijvoorbeeld niet alleen vragen: 'Hoeveel rook je per dag?' Maar ook: 'Wanneer rook je? Wanneer krijg je behoefte aan een sigaret? Aan welke activiteit, emotie, of moment is die behoefte gekoppeld? Waardoor zou je dat kunnen vervangen?'

Bewuste gedragsverandering

De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 legt de nadruk op gezondheidsvoorlichting en leefstijlcoaching, die helpen bij bewuste gedragsverandering. Maar bij bewuste gedragsverandering komt de patiënt nogal wat barrières tegen. Barrières voor bewuste gedragsverandering ondervindt je patiënt bij (1) eigen

Egodepletie

Opmerkelijk is dat zorgverleners in de interviews niets vertellen dat verwijst naar het fenomeen egodepletie: uitputting van de zelfbeheersing. Als je uitgaat van eigen verantwoordelijkheid en zelfmanagement, ga je ervan uit dat een persoon steeds over zelfbeheersing beschikt. Maar wanneer iemand al veel moeilijke keuzes achter elkaar heeft gemaakt, raakt zijn vermogen tot zelfbeheersing uitgeput. Egodepletie treedt bijvoorbeeld op wanneer iemand vermoeid, na de hele dag verantwoord bezig te zijn geweest, 's avonds de koelkast plundert.⁹

verantwoordelijkheid, (2) bewustwording van de risico's van diabetes, en (3) persoonlijke motivatie. Wij vatten hier samen hoe je bij coaching en voorlichting de patiënt door de barrières heen kunt helpen.

Eigen verantwoordelijkheid

De NHG-Standaard veronderstelt een hoge mate van eigen verantwoordelijkheid van je patiënten. Alle geïnterviewde huisartsen en praktijkondersteuners onderschrijven het belang van de eigen verantwoordelijkheid. In hun eigen woorden: ze ervaren dat ze: 'de verantwoordelijkheid toch bij de persoon zelf moeten neerleggen' want 'ik ben niet 365 dagen per jaar in de buurt.' De voorwaarde is dan wel dat de patiënt een goed beeld heeft van de ziekte en van wat een gezonde leefstijl is. De geïnterviewde zorgverleners realiseren zich dat dat niet altijd het geval is. Voor eigen verantwoordelijkheid is zelfmanagement noodzakelijk. Uit onderzoek is bekend dat voor sommige patiënten zelfmanagement moeilijk is (zie ook *kader Egodepletie*) en dat zij de eigen verantwoordelijkheid dus niet kunnen dragen.⁵ Over zelfmanagement zegt een geïnterviewde praktijkondersteuner: 'als de patiënt daar geen kennis, kunde of intelligentie voor heeft dan blijft dat een probleem.'

Risicobewustzijn

Voor een gezonde leefstijl moet je patiënt zich bewust zijn van de risico's van diabetes.⁶ Anders ziet hij niet de noodzaak om zijn leven anders in te richten en heeft hij geen motivatie voor leefstijlverandering.^{7,8} In de woorden van een praktijkondersteuner: 'De patiënt moet zich bewust zijn van diabetes en de mogelijke gevolgen, dat is stap één; anders kun je niks veranderen.'

Veel mensen met diabetes zijn overmatig optimistisch over hun leefstijl en schatten de gezondheidsrisico's van hun ziekte verkeerd in.⁹ Een van de huisartsen

zegt dan ook dat: 'veel mensen overschatten dat ze gezonder leven dan ze in werkelijkheid doen.' Overmatig optimisme houdt mensen af van gedragsverandering. Maar pas ook op om het optimisme van je patiënt al te zeer te temperen. Depressie is namelijk een bekend risico van diabetes. Je patiënt heeft dus ook een zekere mate van optimisme nodig.¹⁰

Motivatatie

Vooral als de motivatie van de patiënt zelf komt, is de kans groter dat de patiënt de nieuwe leefstijl volhoudt.⁷ Ook praktijkondersteuners en huisartsen erkennen dat persoonlijke motivatie belangrijk is voor leefstijlaanpassing. Maar zij stellen dat de patiënt zijn leefstijl vaak aanpast voor de zorgprofessional, en niet voor zichzelf. 'Want als ze er zelf niet van overtuigd zijn, doen ze het omdat ik zeg dat het moet,' vertelt een van de praktijkondersteuners. De patiënt werkt dan aan een gezonde leefstijl zonder innerlijke overtuiging. Deze passieve, externe motivatie leidt tot minder goede resultaten dan de actieve, vrijwillige motivatie. Of in de woorden van de praktijkondersteuner: 'dat werkt toch minder dan dat ze zelf kiezen welk stukje ze gaan beetpakken.'

Een van de huisartsen benoemt tijdens controles wat een patiënt niet goed doet en wat de oorzaken hiervoor zijn. Werkt dit initiatief van de zorgverlener niet, de 'positieve dwang', dan handhaaft hij de controles maar 'gaat er niet meer over zeuren.' Het is dan wachten tot er iets gebeurt waardoor iemands persoonlijke motivatie wel voldoende wordt om de leefstijl te veranderen. Zo krijgt de patiënt de kans om zelf het initiatief te nemen.

Inspelen op gedrag

Gedragsverandering kan bewust, maar ook onbewust plaatsvinden. De NHG-Standaard gaat uit van bewuste gedragsverandering. Maar dat blijkt nogal wat problemen op te leveren voor patiënten. Juist door op onbewuste gedragsfenomenen in te spelen, kun je je patiënten helpen met zijn gedragsverandering. Onbewuste fenomenen zoals verliesaversie, selectieve perceptie, framing en omgevingsinvloeden bieden mogelijkheden om het gedrag van je patiënt te beïnvloeden. De geïnterviewde huisartsen en praktijkondersteuners beschreven al deze fenomenen; wij geven de gedragseconomische naam en de theorie erachter. Let op, want deze fenomenen kunnen niet alleen kansen, maar ook bedreigingen vormen voor leefstijlverandering van je patiënt.

Verliesaversie

In het algemeen weegt bij mensen de pijn van verlie-

zen zwaarder dan het plezier van winnen. Deze menselijke afkeer van verlies ofwel verliesaversie helpt ons te overleven, maar zorgt er soms ook voor dat we blijven strijden voor een verloren zaak.⁹

Wanneer patiënten net de diagnose diabetes mellitus type 2 hebben gekregen, zijn zij vaak zeer gemotiveerd om aan de ziekte te werken en zo veel mogelijk de risico's in te perken. Hun motivatie om te veranderen ontstaat volgens een praktijkondersteuner omdat 'mensen zijn geschrokken van de diagnose' en zij het risico lopen hun gezondheid te verliezen. Maar de huisartsen en praktijkondersteuners zien dat deze motivatie vaak snel verdwijnt en dat mensen terugvallen in hun oude gewoonten. Verliesaversie kan dus een bondgenoot zijn bij gedragsverandering, maar vaak alleen vlak na de diagnose.

Selectieve perceptie

Bij selectieve perceptie negeren mensen informatie omdat zij deze niet willen of kunnen zien. Iets niet willen zien is een bewuste keuze met een motief. Iets niet kunnen zien vindt onbewust plaats. Onbewuste selectieve perceptie is aangeleerd.¹⁰ Een kenmerkend voorbeeld zagen we toen een man met obesitas in een tv-programma zei dat hij niet begreep waarom hij zo dik was. Hij at immers niet veel tijdens de maaltijden. Hij bleek niet door te hebben hoe vaak hij tussendoor snackte, omdat hij had geleerd te letten op wat hij at tijdens de maaltijden – en niet daarbuiten.

Volgens de praktijkondersteuners vormen patiënten zowel bewust als onbewust een eigen beeld van diabetes mellitus type 2. Soms wil een patiënt de ziekte niet zien zoals die werkelijk is, want zoals een praktijkondersteuner zegt: 'ook al krijgen mensen een folder mee, mensen gaan toch op een gegeven moment hun eigen waarheid er weer in zoeken.' Soms gaat het om niet kunnen zien, want, zegt een praktijkondersteuner: 'meestal hebben ze wel het idee dat ze aardig gezond leven, maar pas als je ze meer gaat vertellen dan komen ze er eigenlijk achter dat het toch niet overeenkomt met wat eigenlijk een gezonde leefstijl is.'

Framing

Bij framing omschrijft iemand een bepaalde keuze als positief of negatief om een bepaalde respons bij een ander te genereren. De inkadering, het frame, bepaalt hoe de ander de informatie ontvangt.⁹ Een praktijkondersteuner vertelt over een patiënt die sla als onsmakelijk framet, door te zeggen: 'Wat nou? Ik ben geen konijn!' En door te zeggen: 'Ja, daar heb ik allemaal geen tijd voor' framet de patiënt gezond koken als tijdrovend.

Omgekeerd kun jij framing gebruiken voor een positief effect. Een praktijkondersteuner uit ons onderzoek geeft bijvoorbeeld het advies aan een patiënt om niet te kijken naar wat niet mag, maar naar 'wat mag ik nog allemaal wel?'

Omgevingsinvloed

De sociale en fysieke omgeving van je patiënt beïnvloeden zijn persoonlijke motivatie. Dat kan zowel positief als negatief werken. Verkeert de patiënt in een gezonde omgeving met mensen die veel sporten en gezond eten, dan is de omgevingsinvloed positief en is de kans groter dat de patiënt er een gezonde leefstijl op na houdt. Verkeert de patiënt in een omgeving van mensen die gezonde voeding als vies, roken als gezellig en lichaamsbeweging als duur ervaren, dan zal dit een negatieve invloed hebben op de leefstijl van de patiënt. Een praktijkondersteuner verwoordt de verleiding van de groep als: 'gezellig op een feestje is het eerste sigaretje, in de kroeg het tweede en op een gegeven moment zijn ze gewoon weer aan het roken.'

Behalve de sociale omgeving is ook de fysieke omgeving belangrijk. Niet alleen ongezond etende mensen om je heen zijn funest, ook de aanwezigheid van ongezond voedsel op zichzelf is een probleem.¹¹ Een geïnterviewde huisarts beschrijft deze combinatie van fysieke en sociale omgevingsinvloed met het voorbeeld: 'dat de kantine vol met kroketten ligt en iedereen om je heen kroketten eet.'

Nudges

Een belangrijk begrip uit de gedragseconomie waarmee je je voordeel kunt doen, is de *nudge*. Dit is een subtiele interventie in de gezondheidszorg die menselijk gedrag verandert.¹² De letterlijke vertaling van nudge is 'duwtje': je geeft de patiënt een duwtje in de rug om hem op weg te helpen naar een gezondere leefstijl. Een voorbeeld van een nudge is het aantal calorieën vermelden. Dit alleen al blijkt ervoor te zorgen dat mensen calorierijk voedsel niet inkopen. Wat zelfs nog beter werkt is de calorieën vertalen in het aantal kilometers wandelen dat nodig is om de energie te verbranden.¹³ Dit zijn nudges die de overheid deels al heeft toegepast en waar fabrikanten nog mee aan de slag kunnen.

Je patiënt kan ook zelf zorgen voor nudges. Bijvoorbeeld door voedsel te kopen in kleinere verpakkingen, en door te eten van kleinere borden en met kleinere glazen. Want als ze grotere porties, grote verpakkingen en zelfs groter bestek krijgen aangeboden, eten en drinken mensen meer.¹⁴ Een andere nudge die de patiënt zelf kan toepassen, is gezond voedsel, zoals

fruit, binnen handbereik leggen en de minder gezonde snacks uit het zicht en op een moeilijk bereikbare plek. Het is namelijk bewezen dat als voedsel minder snel voorhanden is, je er minder van eet.¹⁵

Meedoen aan nudge-onderzoek

Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam is op zoek naar praktijkondersteuners die willen meedenken over en meewerken aan een vervolgonderzoek waarbij je samen met docenten en studenten verpleegkunde *nudges* ontwikkelt en uitprobeert in de praktijk. Interesse? Neem dan contact op met lector dr. Arie de Wild (a.f.de.wild@hr.nl).

Conclusie

Mensen, ook die met diabetes mellitus type 2, kunnen moeilijk hun leefstijl veranderen. Kortetermijn-langetermijnproblematiek staat die gedragsverandering in de weg. Cognitieve dissonantie, de status quo bias en de gewoontelust tezamen houden de kortetermijn-langetermijnproblematiek in stand. Bewuste gedragsverandering kan een succesvolle leefstijlverandering bevorderen: eigen verantwoordelijkheid, bewustwording van ziekterisico's, en persoonlijke motivatie. Maar ook onbewuste psychologische en sociologische fenomenen beïnvloeden je patiënt: verliesaversie, selectieve perceptie, framing en omgevingsinvloeden. Kennis van al deze sociologische en psychologische fenomenen helpt praktijkondersteuners om barrières voor leefstijlverandering weg te nemen en het gedrag van patiënten positief te beïnvloeden.

Literatuur

Zie www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl, rubriek Beschouwing.

Auteursgegevens

Hogeschool Rotterdam, Kralingse Zoom 91, 3063 ND Rotterdam: Ellen Boslooper MSc, docent; Sanne ter Schegget, verpleegkundige; Arie de Wild PhD, lector gedragseconomie.

Correspondentie: a.f.de.wild@hr.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: geen.

Reageren?

Jullie mening is belangrijk voor ons. Vragen of opmerkingen? Laat het ons weten via tpo@nhg.org of of via twitter <https://twitter.com/TPOnhg>.