



rijksuniversiteit
 groningen

De werkwijze van de leefstijlcoach ten aanzien van eenzaamheid en het sociale netwerk binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen

Een kwalitatief onderzoek naar de werkwijze van de leefstijlcoach ten aanzien van
 eenzaamheid bij, en het sociale netwerk van, patiënten die leefstijlbegeleiding krijgen
 in het Universitair Medisch Centrum Groningen

*A qualitative study into the working method of the lifestyle coach with regard to loneliness and
 the social network of patients who receive lifestyle counseling at the University Medical Center of
 Groningen*

Rosa Brandsma, S4192923

Januari, 2022

Master Sociologie, faculteit Gedrags- en

Maatschappijwetenschappen

Gezondheid, Welzijn & Zorg

Begeleiders: Dr. D. G. van Tol (RUG)

J. van 't Klooster (UMCG)

Referent: Prof. N. Steverink (RUG)

Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt mijn afstudeerscriptie die ik heb geschreven in het kader van mijn master Sociologie, afstudeerrichting Gezondheid, Welzijn en Zorg aan de Rijksuniversiteit Groningen. In september 2021 ben ik gestart met deze master. Hierin heb ik veel kennis opgedaan van de sociale aspecten en maatschappelijke vraagstukken die spelen in de samenleving. Mijn stage heb ik uitgevoerd binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen, bij het Groningen Leefstijl Interventie Model. Gedurende deze tijd heb ik mij goed kunnen oriënteren op een onderzoeksvraag en heb ik mogen proeven van de thema's en vraagstukken waar GLIM zich mee bezig houdt. Deze kennis neem ik mee als toekomstig Socioloog. Door mijn contacten met verschillende mensen binnen het UMCG heb ik voldoende informatie kunnen verkrijgen om tot een goede onderzoeksvraag te komen.

Ik wil mijn begeleidster Josine van 't Klooster bedanken voor het aandeel dat ik mocht hebben in team GLIM. Ik ben gefascineerd hoe enthousiast GLIM bezig is met het integreren van leefstijlgeneeskunde in de zorgtrajecten binnen het UMCG én daarbuiten. Ook wil ik alle participanten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek bedanken voor hun tijd en medewerking gedurende de interviews.

Daarnaast wil ik mijn begeleider vanuit de RUG; Donald van Tol, ook graag bedanken. De feedback die ik kreeg was altijd opbouwend en waardevol, hierdoor kon ik mijn scriptie iedere keer weer tot een hoger niveau brengen. Ik waardeer het zeer dat hij er was om mij te ondersteunen en mij telkens de juiste richting wist op te sturen.

Tenslotte wil ik mijn familie en vrienden bedanken die altijd voor me klaar stonden en mij hebben gesteund gedurende mijn mastertijd.

Veel leesplezier!

Rosa Brandsma

17 januari 2022

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van óf en hoe de leefstijlcoach binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen [UMCG] aandacht heeft voor eenzaamheid en het sociale netwerk. Dit heeft geleid tot de volgende onderzoeksvraag: *‘Hoe integreren leefstijlcoaches aandacht voor eenzaamheid en het sociale netwerk, in de begeleiding die zij geven aan patiënten die een leefstijltraject volgen binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen?’*

Dit onderzoek is van belang omdat aandacht van de leefstijlcoach voor het sociale netwerk en eenzaamheid, positieve effecten teweeg kan brengen. Zowel bij de patiënt zelf ten aanzien van het bereiken van zijn gezondheidsdoel, als wel een positief effect op kostenverlaging en verminderen van de druk op de zorg in het algemeen. Tevens kan het bijdragen aan de doorontwikkeling van de concrete werkwijze van de leefstijlcoach binnen het Groningen Leefstijl Interventie Model [GLIM]¹ in het UMCG, waar dit onderzoek is uitgevoerd.

Voor dit onderzoek is gekozen om kwalitatief onderzoek te doen. De onderzoeker heeft met negen leefstijlcoaches een semigestructureerd interview afgenomen. Deze leefstijlcoaches zijn geworven door gebruik te maken van de contacten die de onderzoeker vanuit het formele netwerk binnen het UMCG reeds had: via de gatekeepers methode. Vervolgens zijn de interviews uitgewerkt in transcripten en middels een thematische analyse geanalyseerd. Om de analyse uit te voeren is het programma Atlas.ti gebruikt.

Uit de onderzoeksresultaten is gebleken dat de leefstijlcoaches een gemeenschappelijke visie hebben op gezonde leefstijl. Gezonde leefstijl is volgens leefstijlcoaches niet alleen gericht op de BRAVO leefstijlfactoren (Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding en Ontspanning), maar ook op eenzaamheid en het sociale netwerk. Een sociaal netwerk kan volgens de leefstijlcoaches steunend zijn. Als het gaat om de aanpak van gezonde leefstijl vinden zij dat het een taak is van de leefstijlcoach, maar ook van de maatschappij. Ook de oplossing van het probleem behoort daar volgens hen deels toe. Als het gaat om de aanpak van het sociale netwerk en eenzaamheid lijken zij wel aandacht voor het sociale netwerk te hebben. Dit doen zij door

¹Het doel van GLIM is leefstijlgeneskunde optimaal te integreren in behandelingen en zorgpaden en omvat prehabilitatie (fitter maken van de patiënt vóór de operatie) en chronische (langdurige) leefstijlbegeleiding (tijdens behandeling en herstel).

patiënten vragen te stellen over hun sociale netwerk, met behulp van vragenlijsten die zij gebruiken. Echter, eenzaamheid blijkt nog wat ongrijpbaar voor de leefstijlcoach. Ook de concrete taakopvatting van de leefstijlcoach kunnen zij niet goed omschrijven. Wel vinden leefstijlcoaches dat ze een signalerende functie hebben. Daarnaast geven zij aan dat ze niet altijd over voldoende kennis betreft de doorverwijsmogelijkheden beschikken en zouden zij de gesprekstoel positieve gezondheid meer willen integreren.

Er kan geconcludeerd worden dat de visie van de leefstijlcoaches aansluit bij de literatuur. Eenzaamheid en het sociale netwerk hebben volgens hen een grote (directe en indirecte) invloed op de gezondheid en het leefstijlgedrag van mensen. Daarom is het volgens hen wel van belang om aandacht te hebben voor het sociale netwerk van patiënten. Echter in hun concrete aanpak komt dit nog niet structureel aan de orde. De visie en aanpak van de leefstijlcoaches ten aanzien van het sociale netwerk en eenzaamheid is een goede stap in de richting van meer aandacht voor de sociale context van patiënten.

Op basis van deze conclusies wordt het UMCG aanbevolen om leefstijlcoaches bij te scholen over hoe om te gaan met eenzaamheid, en meer kennis te verschaffen over de doorverwijsmogelijkheden naar regionale initiatieven binnen het sociale domein. Daarnaast zouden ‘casemanagers’ ingezet kunnen worden op iedere afdeling in het UMCG, en zouden leefstijlcoaches patiënten en hun naasten de mogelijkheid kunnen bieden gezamenlijk op afspraak te laten komen. Verder wordt aanbevolen dat leefstijlcoaches patiënten hun gedachten en gevoelens op papier laten zetten middels een brief of met behulp van een (post-ic) dagboek. Verder zou de methode ‘positieve gezondheid’ meer geïntegreerd kunnen worden in de werkwijze van de leefstijlcoach.

Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om kwalitatief onderzoek te doen naar de taakopvatting van verschillende zorgverleners binnen en buiten het UMCG. Aanvullend wordt aanbevolen onderzoek te doen naar wat de leefstijlcoach concreet zou kunnen doen wanneer zij te maken krijgen met patiënt met eenzaamheidsproblematiek. Verder wordt aanbevolen in kaart te brengen wat de specifieke functie en taak van de leefstijlcoach binnen het UMCG is, en patiënten zelf (middels een enquête) te bevragen of en hoe zij eenzaamheid ervaren, en of en hoe de leefstijlcoach hier vervolgens een rol in kan spelen.

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| 1. Inleiding | 7 |
| 1.1 De burger zelf verantwoordelijk voor zijn gezondheid | 7 |
| 1.2 Van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG) | 8 |
| 1.3 Focus op gezonde leefstijl | 8 |
| 1.4 Benadering vanuit mens en maatschappij | 9 |
| 1.5 Het Groningen Leefstijlinterventie Model (GLIM) | 9 |
| 1.6 Aandacht voor de sociale context binnen GLIM | 10 |
| 1.7 Maatschappelijke relevantie | 11 |
| 1.8 Bestaande inzichten rondom GLI's | 12 |
| 1.9 Werkzaamheden leefstijlcoaches | 13 |
| 1.10 De onderzoeksvragen binnen GLIM | 13 |
| 1.10.1 De onderzoeksvraag | 14 |
| 1.10.2 De deelvragen | 14 |
| 1.11 Leeswijzer | 14 |
| 2. Theoretisch kader | 15 |
| 2.1 Het werk van de leefstijlcoach | 15 |
| 2.1.1 De leefstijlcoach in het algemeen | 15 |
| 2.1.2 Werkwijze leefstijlcoach: coachen | 16 |
| 2.1.3 De leefstijlcoach in het UMCG | 18 |
| 2.2 Leefstijlverandering in het kader van de sociale omgeving | 20 |
| 2.2.1 Een sociologisch perspectief op leefstijl en gezondheid | 20 |
| 2.2.1.2 Betekenis gezondheid | 21 |
| 2.2.2 De mens als sociaal wezen | 22 |
| 2.2.3 Kenmerken sociale relaties | 22 |
| 2.2.3.4 Sociale steun | 23 |
| 2.3 Eenzaamheid | 24 |
| 2.3.1 Eenzaamheid en aanverwante begrippen | 24 |
| 2.3.2 Het proces van vereenzamen | 25 |
| 2.3.3 Oorzaken en risicofactoren eenzaamheid | 26 |
| 2.3.4 Eenzaamheid bij patiënten in het UMCG | 27 |
| 2.4 Eenzaamheid en sociale relaties van invloed op de gezondheid | 29 |
| 2.4.1 Verschillende routes hoe sociale relaties de gezondheid beïnvloeden | 29 |
| 1. Via gedragsprocessen | 30 |
| 2. Via psychologische processen | 30 |
| 3. Via biologische processen | 31 |
| 2.4.2 Belangrijke aandachtspunten voor de leefstijlcoach | 33 |
| 2.4.2.1 Self-Determination theory en motivatie | 33 |
| 2.4.2.2 Self-Management-of-Wellbeing (SMW) theory | 34 |
| 2.4.2.3 Aandachtspunten voor de leefstijlcoach | 35 |
| 2.5 Slotparagraaf theoretisch kader | 37 |
| 3. Methoden van dataverzameling | 39 |
| 3.1 Onderzoeksmethode | 39 |
| 3.1.1 Kwalitatief onderzoek | 39 |
| 3.1.2 Halfopen, halfgesloten meetproces | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 3.1.3 ‘Emic’ en ‘etic’ benadering..... | 41 |
| 3.1.4 Reflexiviteit en positionaliteit..... | 42 |
| 3.2 <i>Werving leefstijlcoaches</i> | 42 |
| 3.3 <i>Interviews</i> | 45 |
| 3.3.1 Diepte-interviews..... | 45 |
| 3.3.2 Semigestructureerde interviews..... | 45 |
| 3.3.3 Opzet interviews..... | 46 |
| 3.4 <i>Dataverwerking en data-analyse</i> | 49 |
| 3.5 <i>Betrouwbaarheid en validiteit</i> | 52 |
| 3.6 <i>Ethische principes</i> | 54 |
| 4. Resultaten | 57 |
| 4.1 <i>Achtergrond leefstijlcoaches</i> | 57 |
| 4.2 <i>Visie op gezonde leefstijl</i> | 58 |
| 4.2.1 De BRAVO-leefstijlfactoren en meer..... | 58 |
| 4.2.2 Doel leefstijlcoaching..... | 60 |
| 4.2.3 Visie op eenzaamheid en het sociale netwerk..... | 61 |
| 4.2.3.1 Betekenis eenzaamheid..... | 61 |
| 4.2.3.2 Eenzaamheid, het sociale netwerk en de invloed op gezonde leefstijl..... | 62 |
| 4.2.3.2.1 Directe invloed van eenzaamheid op gezondheid..... | 62 |
| 4.2.3.2.2 Indirecte invloed van eenzaamheid op gezondheid..... | 63 |
| 4.2.3.3 Oorzaken en risicofactoren eenzaamheid..... | 65 |
| 4.2.3.3.1 Samenhang eenzaamheid: gebrek en gemis sociale contacten en steun..... | 66 |
| 4.2.3.3.2 Samenhang eenzaamheid: werk en financiën..... | 66 |
| 4.2.3.3.3 Samenhang eenzaamheid: trauma en een laag zelfbeeld..... | 67 |
| 4.2.3.3.4 Samenhang eenzaamheid: ziekte..... | 67 |
| 4.2.3.4 De taakopvatting van de leefstijlcoach in eenzaamheid en uitvragen van het sociale netwerk...68 | |
| 4.3 <i>Aanpak gezonde leefstijl</i> | 70 |
| 4.3.1 Inrichting maatschappelijke context..... | 70 |
| 4.3.2 Intrinsieke motivatie van belang..... | 71 |
| 4.3.3 Mensen bewust maken..... | 71 |
| 4.3.3 Professionele houding leefstijlcoach..... | 72 |
| 4.3.4 Patiënt de regie..... | 73 |
| 4.3.5 Vertrouwensband met de patiënt..... | 74 |
| 4.3.8 Gebruik vragenlijsten en Healthy Planet..... | 74 |
| 4.3.9 Positieve gezondheid..... | 76 |
| 4.3.10 Motiverende gespreksvoering..... | 77 |
| 4.4 <i>De aanpak van het sociale netwerk en eenzaamheid door de leefstijlcoach</i> | 77 |
| 4.4.1 Sociale aspect uitvragen..... | 78 |
| 4.4.2 Eenzaamheid bespreekbaar maken..... | 78 |
| 4.4.3 Gezamenlijk op afspraak komen..... | 79 |
| 4.4.4 Te weinig tijd in gesprekken..... | 80 |
| 4.4.5 Laagdrempelig aanbod..... | 81 |
| 4.4.6 Samenwerking andere zorgverleners..... | 82 |
| 5. Conclusie en discussie | 85 |
| 5.1 <i>De beantwoording van de onderzoeksvraag</i> | 85 |
| 5.2 <i>Conclusie</i> | 92 |
| 5.3 <i>Sterktes en zwaktes van het onderzoek</i> | 92 |
| 5.3.1 Aanbevelingen voor de praktijk..... | 95 |
| 5.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek..... | 99 |

| | |
|--|------------|
| 6. Literatuur | 101 |
| Bijlage A: Het Groningen Leefstijl Interventie Model..... | 115 |
| Bijlage B: Interviewschema leefstijlcoaches | 117 |
| Bijlage C: Informatie formulier | 121 |
| Bijlage D: Toestemming formulier..... | 123 |
| Bijlage E: Codeboek..... | 124 |

1. Inleiding

De zorguitgaven verdubbelen tot 174 miljard euro over 20 jaar als de overheid het gezondheidsbeleid doorzet op de huidige aanpak (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM], 2022). De overheid heeft afgelopen eeuw steeds meer ingezet op individuele gedragsverandering, waarbij de burger zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar gezondheid. De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving [RVS] (2020) stelt dat deze aanpak van het huidige beleid niet voldoende is om de kosten te drukken en te zorgen voor een gezonder Nederland. Er zou meer aandacht moeten zijn voor de (sociale) contextuele factoren en de samenleving als geheel (RVS, 2020).

1.1 De burger zelf verantwoordelijk voor zijn gezondheid

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg stelt dat in het overheidsbeleid van de afgelopen decennia terug te zien is dat de burger steeds meer individueel verantwoordelijk wordt gehouden voor de eigen gezondheid (Admiraal, 2008). Deze eigen verantwoordelijkheid heeft te maken met de verschuiving van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving. Waar de overheid voorheen nog zorgde voor de welvaart van burgers, propageert het overheidsbeleid tegenwoordig de neo-liberalistische visie (Van den Brink, 2020). ‘Van iedereen die dat kan, wordt gevraagd verantwoordelijkheid te nemen voor zijn of haar eigen leven’, aldus de Koning (Ministerie van Algemene Zaken, 17 september 2013). De Koning benoemt hierbij dat de verzorgingsstaat langzaam in een participatiesamenleving verandert. Dit impliceert wel dat mensen steeds meer op zichzelf zijn aangewezen (Movisie, 2017).

Volgens socioloog Ivan Illich maakt de gezondheidszorg mensen juist ziek en afhankelijk en ontnemt hun het vermogen om voor zichzelf te zorgen. “De geneeskunde brengt het omgekeerde teweeg van wat zij beoogt”, is wat Illich ons drie decennia geleden al vertelde (Ten Have, 2009). Individualisering, zoals het ook wel omschreven wordt, heeft invloed op de wij-ik balans in de samenleving wat tot gevolg heeft dat sociale cohesie afneemt (Duyvendak, 2004): sociale relaties brokkelen af en mensen participeren minder in de maatschappij (Putnam, 2000; Ultee et al., 2003).

1.2 Van ziekte en zorg (ZZ) naar gezondheid en gedrag (GG)

Van Ziekte en Zorg (ZZ) naar Gezondheid en Gedrag (GG) was een beweging waarin de verschuiving van een verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving zichtbaar werd. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) pleitte voor een omslag van denken over ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag en stelde in 2010 in haar adviesrapport *Perspectief op Gezondheid* dat de gezondheidszorg zich te eenzijdig richtte op ziekte (RVZ, 2019). Het zorgsysteem draait om het oplossen van ziekte, en beloont de medicamenteuze behandeling van ziekte, stelde de RVZ. Onder andere de farmaceutische industrie speelt hierin een grote rol: zij verdienen veel geld door het promoten van medicatie en het betalen van instellingen voor deze manier van zorgverlening (Moynihan, 2002). Hoogleraar filosofie Swierstra en bijzonder hoogleraar Actief Burgerschap Tonkens (2008) betogen dat ziekte wordt toegeschreven aan het individu: ziekte wordt steeds meer gezien als eigen schuld (Swierstra & Tonkens, 2008). Volgens artsen Battes en Van der Gulden (2020) wordt door de focus op ziekte alleen gewerkt aan de directe, zichtbare gezondheidsproblemen van mensen. Polder et al. (2012) stellen dat door de verschuiving van ZZ naar GG, ook de doelen van de geneeskunde veranderden; preventieve geneeskunde kwam boven genezing te staan (Ten Have, 2009).

1.3 Focus op gezonde leefstijl

Met de nadruk op de individuele verantwoordelijkheid van de burger voor zijn/haar gezondheid en de preventieve geneeskunde is de focus in de gezondheidszorg meer op de individuele leefstijl komen te liggen. De term leefstijlgeneeskunde kwam op in 2018 (Van Erk et al., 2019). Leefstijlgeneeskunde kent bredere doelen dan de klassieke geneeskunde, zoals het verbeteren van algemeen welbevinden. Gezonde leefstijl wordt als medicijn ingezet om de kwaliteit van leven te verbeteren bij patiënten met chronische aandoeningen. De opkomst van leefstijlgeneeskunde en aandacht voor individuele verantwoordelijkheid, is gepaard gegaan met de nieuwe definitie van gezondheid van Huber et al. (2011): positieve gezondheid. Huber definieerde positieve gezondheid als: *“Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven”* (Huber et al., 2011 p.1). Er was kritiek op deze nieuwe definitie. Zo stelde filosoof en hoogleraar Kingma (2019) dat niet iedereen heeft het vermogen heeft zich aan te passen.

Ten gevolge van de ontwikkeling van gezondheid en ziekte vroegen burgers ondersteuning bij een gezonde leefstijl. Afgelopen jaren zijn daarom verschillende leefstijlprogramma's opgezet om de gezondheid van mensen te bevorderen (Philippens & Jansen, 2018; Bos et al., 2019; Wagemaker, 2018; Duijzer et al., 2018; Los et al., 2015). In veel leefstijlprogramma's is aandacht voor positieve gezondheid (Philippens & Janssen, 2015). Om mensen te coachen bij gedragsverandering en om een gezonde leefstijl te laten beklijven nam de vraag naar leefstijlcoaches toe. In acht jaar tijd is het aantal leefstijlcoaches explosief gestegen: het is van 2013 naar 2021 ruim vertienvoudigd (Kamer van Koophandel, z.d). Met de intrede van de Gecombineerde Leefstijl-Interventie (GLI) in Nederland begin 2019 wordt deze ook direct vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zorginstituut Nederland, z.d.).

1.4 Benadering vanuit mens en maatschappij

Volgens de RVZ is de verandering van ZZ naar GG onvolledig. Polder et al. (2012) omarmen de publicatie van de RVZ en pleiten voor een omslag in ons denken over ziekte en gezondheid. Gezond zijn lukt alleen wanneer ziekte en zorg, gezondheid en gedrag vanuit mens en maatschappij worden benaderd. Daarbij benadrukken zij het belang rekening te houden met de sociale en fysieke omgeving waarin mensen leven (Polder et al., 2012). In veel leefstijlinterventies wordt aandacht besteed aan de verschillende leefstijlindicatoren zoals voeding en bewegen en individuele factoren zoals motivatie en kennis, terwijl leefstijl zich ook in een sociale context afspeelt. Vaak krijgt die sociale context minder aandacht, terwijl deze juist zo bepalend kan zijn voor de gewenste gedragsverandering (Battes & van der Gulden, 2020). Bijvoorbeeld wanneer iemand wil stoppen met roken en dat samen oppakt met de partner, dan werkt dat motiverend en ondersteunend ten aanzien van de positieve gedragsverandering (Greaves et al., 2011). Bos et al. (2019) en Garvey et al. (2016) beschrijven dat de sociale context een belangrijk aandachtspunt is in leefstijlinterventies. Ook voor de leefstijlcoach (Bos et al., 2019).

1.5 Het Groningen Leefstijlinterventie Model (GLIM)

Om gezondheidswinst te behalen wordt door de overheid steeds vaker op gezonde leefstijl ingezet. In het Nationaal Preventieakkoord staat een gezonde leefstijl centraal (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2018). Ook in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is steeds meer aandacht voor leefstijlgeneeskunde. Er zijn al veel initiatieven en ontwikkelingen op gebied van leefstijl, maar volgens een recente evaluatie van

het Groningen Leefstijl Interventie Model (GLIM), is er nog geen effectief beleid voor de zorg/het ziekenhuis opgezet (GLIM, persoonlijke communicatie, 10 februari 2021). GLIM is daarom in 2021 opgezet vanuit het UMCG om een gezonde leefstijl steeds meer structureel onderdeel uit te laten maken van de curatieve zorg. Dit sluit aan bij het UMCG-brede thema Healthy Ageing (UMCG, 25 maart 2021). GLIM zet leefstijlcoaches in om patiënten te ondersteunen bij een gezonde leefstijl, en zoveel als mogelijk door te verwijzen naar leefstijlbegeleiding in de eigen woonomgeving. Het doel van GLIM is leefstijlgeneeskunde optimaal te integreren in behandelingen en zorgpaden en omvat prehabilitatie (fitter maken van de patiënt vóór de operatie) en chronische (langdurige) leefstijlbegeleiding (tijdens behandeling en herstel) (GLIM, persoonlijke communicatie, 10 februari 2021). Zie bijlage A.

1.6 Aandacht voor de sociale context binnen GLIM

In eerder onderzoek van Zorgbelang Groningen binnen GLIM komt het belang van de sociale context naar voren (Prikken, 2022). Zorgbelang Groningen heeft onderzoek gedaan bij twee van de vier focusprojecten van GLIM: Hepato-Pancreato-Biliaire chirurgie (HPB) (Prehabilitatie) en Groningen Transplantatiecentrum (GTC) (chronische leefstijlbegeleiding). Zorgbelang Groningen doet onderzoek, met als missie zorg zo goed mogelijk aan te laten sluiten op wat patiënten en hun naasten nodig hebben. Het patiëntenperspectief staat daarin centraal. Het doel van het onderzoek binnen GLIM was het in beeld brengen van de ‘reis’ van patiënten die in het UMCG een leefstijltraject volgen. Hieruit kwam naar voren dat patiënten met een gebrek aan sociale contacten of eenzame mensen meer moeite hebben met het oppakken van leefstijladviezen (zoals meer bewegen of gezonder gaan eten). Dit kan komen doordat zij geen steun ervaren van een partner of het gezin. Patiënten die juist wel een partner of gezin hebben, geven aan veel steun te ervaren, wat motiverend en ondersteunend lijkt te werken bij uitvoering van adviezen, en herstel (Prikken, 2022).

De uitkomsten van het onderzoek van Zorgbelang komen overeen met het onderzoek van Algren et al. (2020), Cornwell en Waite (2009), Fortier et al. (2009) en Holt-Lunstad et al. (2010). Zij deden allen onderzoek naar de relatie tussen gezondheid en de sociale context van mensen. Algren et al. (2020) deden onderzoek naar de relatie tussen sociale isolatie, eenzaamheid en gezondheidsgedrag. Hun bevindingen waren dat mensen die meer sociaal geïsoleerd en eenzaam waren meer gezondheidsrisicogedrag vertonen (zoals fysieke inactiviteit, hoge alcoholinname, roken en ongezonde voedingspatroon) dan mensen die meer

sociaal ingebed zijn. Aanvullend beschrijven Cornwell en Waite (2009) dat een sociaal netwerk helpend en beschermend kan zijn bij het uitvoeren van leefstijladviezen, doordat zij een basis vormen voor het uitwisselen van sociale steun. Wanneer niet genoeg aandacht is voor het sociale netwerk van patiënten heeft dit negatieve gevolgen voor het leefstijlgedrag wat uiteindelijk kan resulteren in meer complicaties tijdens operaties, minder snel herstel en minder duurzame gedragsverandering (Fortier et al., 2009; Holt-Lunstad et al., 2010). Hier wordt in het theoretisch kader nader op ingegaan.

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek van Zorgbelang, kwam de vraag op hoe leefstijlcoaches aandacht hebben voor eenzaamheid bij en het sociale netwerk van patiënten. Uit een mondeling overleg met het GLIM kernteam blijkt dat concrete kennis over hoe leefstijlcoaches dit integreren in hun leefstijlbegeleiding ontbreekt (GLIM, persoonlijke communicatie, 10 februari 2021). Dit onderzoek bouwt voort op het onderzoek van Zorgbelang, door te onderzoeken of en zo ja hoe de leefstijlcoaches binnen het UMCG aandacht hebben voor de sociale context in de begeleiding van patiënten.

1.7 Maatschappelijke relevantie

Wanneer de leefstijlcoach aandacht heeft voor eenzaamheid en het sociale netwerk van mensen die leefstijlbegeleiding krijgen kan dit positieve effecten teweegbrengen, zoals het verliezen van extra gewicht (Greaves et al., 2011: Kenniscentrum sport & bewegen, z.d.). Een gebrekkig sociaal netwerk kan namelijk zorgen voor bijvoorbeeld meer stress, psychische problemen, een hoge bloeddruk en slaapstoornissen (Leigh-Hunt et al., 2017; Hawkey & Cacioppo, 2010). Het ervaren van een gebrek aan sociaal contact blijkt volgens Holt-Lunstad et al. (2010) zelfs net zo schadelijk voor de gezondheid als roken en het kan zelfs zorgen voor vroegtijdig overlijden. Wanneer de behoefte aan sociaal contact onvervuld blijft spreekt men ook wel van eenzaamheid (Weiss, 1973). Eenzaamheid is dus niet hetzelfde als de afwezigheid van sociale contacten (Holt-Lunstad et al., 2015). In dit onderzoek worden daarom eenzaamheid en het sociale netwerk gebruikt, waarbij het sociale netwerk gedefinieerd kan worden als het geheel van sociale relaties rondom en onderdeel uitmakend van het individu (Mitchell, 1969).

Mensen kunnen in een kwetsbare positie terecht komen wanneer zij niet geholpen worden, wat gevolgen heeft voor de gezondheid van het individu en de kwaliteit van leven

(Volksgezondheid en Zorg, z.d.). Mensen met een gebrek aan sociaal contact doen namelijk al meer beroep op de huisartsenzorg en de GGZ, waardoor zij wel 30% meer kosten in de zorg maken in vergelijking met de mensen die niet eenzaam zijn of goed sociaal ingebed zijn (Meisters et al., 2021). Door deze toename van zorgconsumptie neemt de druk op de gezondheidszorg in de toekomst alleen maar toe (Mihalopoulos et al., 2019). De maatschappelijke relevantie van dit onderzoek richt zich, naast het bevorderen van de verschuiving van gezondheid van ‘GG’ naar ‘ZZ’ naar mens en maatschappij - het perspectief wat hiervoor ingenomen werd - voornamelijk op het verminderen van de kosten, de druk op de gezondheidszorg en verbeteren van welzijn en kwaliteit van leven van mensen.

1.8 Bestaande inzichten rondom GLI's

Als het gaat om leefstijlinterventies zijn de effectieve elementen binnen de erkende leefstijlinterventies in Nederland beschreven (Bos et al., 2019). Momenteel zijn er vier leefstijlinterventies die onder de GLI vallen: Coaching op Leefstijl (Cool), SLIMMER, Samen Sportief in Beweging (SSiB) en Beweegkuur. De deelnemer mag deelnemen na verwijzing door de huisarts. In alle gemeenten in Nederland worden ze aangeboden. De GLI's richten zich op leefstijlgerelateerde aandoeningen en de programma's duren 2 jaar, met een basisprogramma en een onderhoudsfase (RIVM, z.d.). De leefstijlcoaches in de vier GLI's zijn voornamelijk werkzaam in (para)medische settings zoals een apotheek, zorginstelling, diëtistenpraktijk, huisartsenpraktijk, sportschool, fysiotherapiepraktijk of in organisaties en bedrijven (Philippens & Jansen, 2018).

De GLI's bieden individuele programma's en activiteiten, maar ook groepsessies aan. Dit verschilt per programma. Beide blijken effectief te zijn (Bos et al., 2019). Groepsessies met lotgenoten zorgen voor meer sociale ondersteuning en verbondenheid, en kunnen soms sociaal isolement doorbreken (Butryn et al., 2011; Deci & Ryan, 1985; 2000). Groepsessies bevorderen op deze manier de intrinsieke motivatie, wat effectief blijkt te zijn binnen leefstijlinterventies (Laatiken et al., 2007; Deci & Ryan, 1985; 2000). Daarnaast is er sprake van 'gezonde concurrentie' en modellering waarbij mensen succesvol gedrag van groepsgenoten overnemen (Bos et al., 2019). Mensen maken onderdeel uit van een groep en zien meerwaarde in lotgenotencontact doordat zij ervaringen met elkaar kunnen delen (Bos et al., 2019). Ook blijkt dat het betrekken, of zelfs laten meedoen van een partner of familielid aan een leefstijltraject of bijvoorbeeld een voedingsplan effectief is (Wagemaker, 2018). Zij

worden dan bijvoorbeeld uitgenodigd bij de diëtist en daarmee deelgenoot gemaakt van de in te zetten in interventies (Duijzer et al., 2018). Ondanks deze inzichten, is niet bekend of en hoe aandacht is voor de sociale context binnen GLIM/UMCG-context.

1.9 Werkzaamheden leefstijlcoaches

De GLI's in Nederland werken vaak met multidisciplinaire teams, bestaande uit in ieder geval een leefstijlcoach, fysiotherapeut en diëtist (Bos et al., 2019). De persoonlijke leefstijlgesprekken met de persoon die leefstijlbegeleiding krijgt worden door de leefstijlcoach gevoerd. Daarbij gebruikt de leefstijlcoach motiverende gespreksvoering om de doelen en barrières, zoals meer bewegen of het voedingspatroon, in kaart te brengen en om gedragsverandering te bereiken of te behouden (Wagemaker, 2018). Daarnaast wordt - in de leefstijlinterventie SLIMMER die Duijzer et al. (2018) omschrijven - de communicatie binnen de sociale context van de persoon die leefstijlbegeleiding krijgt gestimuleerd door de leefstijlcoach, en wordt sociale steun gemobiliseerd via het persoonlijke leefstijlplan wanneer nodig. Een voorbeeld hiervan is dat de leefstijlcoach de persoon die begeleiding krijgt aanraadt om de voedingsadviezen met het gezin of de partner te bespreken. Of dit in iedere (gecombineerde) leefstijlinterventie wordt gedaan is niet bekend. Wanneer er sprake is van psychosociale problemen zoals eenzaamheid, waarbij de problematiek erg complex is en de leefstijlcoach de persoon niet alleen kan helpen, wordt in sommige gevallen doorverwezen naar een andere (para)medische disciplines zoals een psycholoog (Hoogeboom, 2016). Het is echter niet bekend óf en hoe de leefstijlcoach specifiek binnen een Universitair Medisch Centrum zoals het UMCG aandacht heeft voor eenzaamheid en het sociale netwerk.

1.10 De onderzoeksvragen binnen GLIM

Binnen het UMCG worden de leefstijlcoaches ingezet binnen de klinische setting en bij mensen die al onder behandeling zijn binnen het ziekenhuis in verband met een gestelde diagnose. Ook wel geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie genoemd, in plaats van preventieve geneeskunde (Van der Berg et al., 2014). Mogelijk vraagt de setting van de leefstijlcoach in het UMCG om een andere werkwijze dan leefstijlcoaches in voorgaand genoemde leefstijlinterventies. Door inzicht te krijgen in hoe de huidige leefstijlcoaches binnen het UMCG aandacht hebben voor het sociale netwerk en eenzaamheid van de patiënt, ontstaat kennis en inzicht over hoe dit binnen het UMCG door de leefstijlcoach wordt aangepakt. Deze inzichten kunnen vergeleken worden met de werkzame elementen die

bekend zijn uit de literatuur, waarna concrete aanbevelingen kunnen worden gedaan ten aanzien van de aanpak van hun begeleiding betreffende het sociale netwerk en eenzaamheid.

Dit onderzoek draagt tevens bij aan de ontwikkeling van de werkwijze van de leefstijlcoach binnen GLIM, aan de kwaliteit van de medische zorg in het algemeen én aan de kwaliteiten van leven van de patiënten. De inzet van de leefstijlcoach bij patiënten binnen GLIM in het UMCG zal in de toekomst op deze manier mogelijk meer effect sorteren. Ook kan er kennisoverdracht plaatsvinden naar leefstijlcoaching in de eerste lijn (waaronder GLI-aanbieders).

1.10.1 De onderzoeksvraag

Bovenstaande inzichten hebben tot de volgende onderzoeksvraag geleid:

‘Hoe integreren leefstijlcoaches aandacht voor eenzaamheid en het sociale netwerk in de begeleiding die zij geven aan patiënten die een leefstijltraject volgen binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen?’

1.10.2 De deelvragen

De volgende deelvragen zijn daarbij opgesteld:

1. Wat zegt de literatuur over de invloed van het sociale netwerk en eenzaamheid op gezondheid van mensen?
2. Wat is de visie van leefstijlcoaches op gezonde leefstijl en speelt eenzaamheid en het sociale netwerk daarin een rol, en zo ja, welke?
3. Welke aanpak hanteren de leefstijlcoaches bij deze visie op gezonde leefstijl?

1.11 Leeswijzer

In hoofdstuk twee wordt het theoretisch kader geschetst, waarbij de eerste deelvraag wordt beantwoord. In het derde hoofdstuk wordt de methode beschreven welke in dit onderzoek gebruikt is. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is een kwalitatieve methode gebruikt. In hoofdstuk vier worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Het vijfde hoofdstuk bevat een discussie en conclusie, sterktes en zwaktes van het onderzoek en sluit af met aanbevelingen voor zowel praktijk als vervolgonderzoek.

2. Theoretisch kader

Het doel van dit hoofdstuk is om inzichten vanuit de literatuur in relatie tot de onderzoeksvraag te beschrijven. Op basis van deze theoretische achtergrond worden de interviews opgesteld en kunnen als ondersteuning dienen van de uitkomsten van het onderzoek. Omdat de rol van de leefstijlcoach en haar aanpak omtrent eenzaamheid en het sociale netwerk wordt onderzocht, wordt eerst de werkwijze van de leefstijlcoach in het algemeen beschreven en vervolgens gespecificeerd voor de leefstijlcoach in het UMCG. Vervolgens wordt beschreven waarom het voor de leefstijlcoach van belang is om aandacht te hebben voor de sociale inbedding van het individu (Granovetter, 1985). Verschillende begrippen welke onder de sociale inbedding vallen worden beschreven: het sociale netwerk, sociale steun en eenzaamheid. Ook wordt het verband tussen sociale inbedding en een (on)gezonde leefstijl beschreven, met de bijbehorende mechanismen die daarop van invloed zijn. Tot slot wordt beschreven hoe de leefstijlcoach hier aandacht voor zou kunnen hebben. De genoemde concepten zijn gebaseerd op de sociologische literatuur.

2.1 Het werk van de leefstijlcoach

De rol van de leefstijlcoach binnen het UMCG is nog in ontwikkeling. Daarom wordt nu eerst de rol van de leefstijlcoach in het algemeen in Nederland besproken. Vervolgens wordt de leefstijlcoach binnen het UMCG nader gespecificeerd.

2.1.1 De leefstijlcoach in het algemeen

Het beroep ‘leefstijlcoach’ is afgelopen jaren opgekomen in het licht van de verschuiving van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag naar mens en maatschappij (Polder et al., 2012). In acht jaar tijd is het aantal leefstijlcoaches vertienvoudigd (Kamer van Koophandel, z.d.). In dit licht is ook de Beroepsvereniging voor Leefstijlcoaches Nederland [BLCN] opgekomen. De BLCN is dé beroepsvereniging van en voor leefstijlcoaches in Nederland. Zij behartigen de belangen van de leefstijlcoaches die lid zijn (BLCN, 2016).

Tegenwoordig zijn er veel verschillende opleidingen voor mensen om als leefstijlcoach aan de slag te gaan (BLCN, z.d.a.). Om in aanmerking te komen voor de opleiding tot leefstijlcoach is hbo werk- en denkniveau vereist maar hoeft men geen zorggerelateerde achtergrond te hebben. De leefstijlcoach heeft dan ook vele diverse achtergronden in de praktijk: van

praktijkondersteuners huisarts, diëtisten, fysiotherapeuten en verpleegkundigen tot HR-medewerkers.

De BLCN biedt vier verschillende leefstijlprogramma's aan: CoOL (Coaching Op Leefstijl), de BeweegKuur, SLIMMER en Samen sportief in beweging. De overkoepelende term voor deze leefstijlprogramma's wordt ook wel de Gecombineerde Leefstijl Interventie [GLI] genoemd. Leefstijlcoaching wordt sinds 2019 vergoed vanuit de basisverzekering onder bepaalde voorwaarden (RIVM, z.d.). Zo dien je als leefstijlcoach geaccrediteerd te zijn door de BLCN. De leefstijlprogramma's (die onder de GLI vallen) zijn bedoeld voor mensen met een minimumleeftijd van 18 jaar, een BMI van 25 of hoger en risico op diabetes mellitus 2, hart- en vaatproblematiek, artrose of apneu óf een BMI van 30 of hoger (obesitas) hebben.

De BLCN (2016) beschrijft de leefstijlcoach als iemand die mensen begeleidt naar een duurzame gedragsverandering met als doel dat mensen weer eigen regie krijgen over hun gezondheid en welzijn. Het doel van leefstijlcoaching in het algemeen is dat mensen zich weer goed voelen, en om kunnen gaan met alle uitdagingen en mogelijkheden in het leven. De BLCN bekijkt de cliënt vanuit een integrale benadering die de lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke situatie omvat.

2.1.2 Werkwijze leefstijlcoach: coachen

In deze paragraaf wordt beschreven wat de werkwijze van de leefstijlcoach idealiter volgens de BLCN is en hoe eenzaamheid en het sociale netwerk daarin zijn verweven. Deze werkwijze kan vervolgens vergeleken worden met de werkwijze van de leefstijlcoaches in het UMCG.

Als belangrijkste taak noemt het BLCN (z.d.a.) het coachen: de leefstijlcoach begeleidt iemand bij het maken van eigen keuzes. Daarbij is het van belang dat hij goede, langdurige en laagdrempelige relaties kan ontwikkelen, SMART-doelen opstelt, afspraken maakt en de coachee stimuleert om te werken met zelfregistratie: het reflecteren op eigen gedrag (BLCN, z.d.b.). Een leefstijltraject start volgens de BLCN met een intakegesprek. Hierbij dient de leefstijlcoach te kijken naar de cliënt zijn of haar leefstijl (ontspanning, stress, roken, alcohol, voeding, vitaliteit, beweging, slaap en energielevel). Eenzaamheid en het sociale netwerk lijken hier in eerste instantie niet geïntegreerd. Het kan echter verschillen per leefstijlcoach en per leefstijlprogramma waar de focus op ligt: vaak wordt er gericht op de zogenaamde

BRAVO-factoren (bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning) (Proper et al., 2005). Vervolgens wordt uitgevraagd wat diegene nodig heeft om in dergelijke behoeftes te worden voorzien. Op basis hiervan kunnen gezamenlijk doelen opgesteld worden waar gedurende het leefstijltraject aan gewerkt wordt. Omdat het per leefstijlcoach zo kan verschillen voor welke factoren zij aandacht hebben, wordt er in dit onderzoek expliciet gevraagd naar wat volgens hen belangrijke factoren zijn.

In coaching naar gezond gedrag benoemen Olsen en Nesbitt (2010) als meest effectieve elementen: doelen stellen en motiverende gespreksvoering. Hiervoor zijn verschillende doelgerichte coaching- en trainingsmethodieken te gebruiken die zich op het hier-en-nu richten (BLCN, z.d.), zoals bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering (Rollnick & Miller, 1995; Philippens & Janssen, 2018), het GROW-model (Whitmore, 2009) en positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) (zie Figuur 1). Deze methodieken worden volgens de BLCN (2016) ook gebruikt door de leefstijlcoach.

Binnen de positieve psychologie past de term ‘positieve gezondheid’ van Huber et al. (2011). Aangezien positieve gezondheid vaak onderdeel is van de opleiding tot leefstijlcoach wordt dit begrip verder toegelicht (A plus opleidingen, z.d., Sonneveld, z.d., Instituut CAM z.d.). Huber et al. omschrijven positieve gezondheid als volgt: *“The ability to adapt and self-manage, in light of the physical, emotional and social challenges of life (Huber et al., 2016, p.1)”*. ‘Zelfmanagement’ en ‘eigen regie’ van de mens staan bij positieve gezondheid centraal. Het concept positieve gezondheid is uitgewerkt in 6 pijlers: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks leven. In positieve gezondheid lijkt eenzaamheid en het sociale netwerk wel degelijk aan bod te komen. Meedoen gaat namelijk over sociaal contact hebben met andere mensen, serieus genomen worden, samen iets leuks doen, steun, erbij horen, iets zinvols doen en in de maatschappij geïnteresseerd zijn. Door vragen te stellen over deze pijlers wordt zichtbaar of iemand barrières ondervindt wat betreft het al dan niet sociaal ingebed zijn en kunnen op basis daarvan doelen gesteld worden (Wagemaker, 2018). In het eerste gesprek zou de leefstijlcoach dit dus in kaart moeten brengen (Hoogeboom, 2016). Op deze manier kan de revalidatie of het herstel duurzaam ingebed worden binnen de sociale context van de persoon die begeleiding krijgt. Vanwege deze uitkomsten vanuit de literatuur wordt in dit onderzoek gevraagd aan de leefstijlcoaches of zij bepaalde methoden gebruiken en aandacht hebben voor de pijlers die behoren tot deze methoden.

Figuur 1: Coaching methodieken

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een cliëntgerichte, faciliterende en ondersteunende manier van begeleiden en coachen om gedragsverandering teweeg te brengen (Rollnick & Miller, 1995; Philippens & Janssen, 2018). De deelnemer bepaalt zelf welke onderwerpen in welke volgorde aan bod komen. Autonomie, en wat diegene wil bereiken in zijn leven, staat centraal. Niet het verminderen of verhelpen van de ziekte. Eenzaamheid en sociale relaties kunnen thema's zijn om de cliënt te ondersteunen en motiveren.

Het GROW-model (Whitmore, 2009)

Het GROW-model wordt gebruikt om persoonlijke doelen te formuleren. Deze worden per contactmoment besproken, gereflecteerd en aangepast waar nodig. Stapsgewijs worden de doelen (G), motivatie, realiteit (R), opties (O) en wat wil je? (W) uitgevraagd. Het vergroten van het sociale netwerk en gevoelens van eenzaamheid verminderen kunnen doelen zijn.

Positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)

Positieve psychologie wordt ook als coachinginstrument gebruikt. Hierbij staat het leren van successen uit het verleden centraal. Daarbij wordt gekeken naar wat de voorgaande periode goed is gegaan in relatie tot de opgestelde doelen en hoe deze omgezet kunnen worden naar (andere) leefstijldoelen, acties en gedrag. Er zijn drie belangrijke componenten van welbevinden binnen de positieve psychologie: psychisch welbevinden, emotioneel welbevinden, sociaal welbevinden. Sociaal welbevinden gaat over ervaren van steun vanuit de omgeving, het gevoel van betekenisvol zijn en optimaal functioneren in de maatschappij (Bohlmeijer et al., 2013). Eenzaamheid en sociale relaties vallen hieronder.

2.1.3 De leefstijlcoach in het UMCG

De huidige situatie van de leefstijlcoach binnen het UMCG is nog in ontwikkeling. Als het gaat over het begrip leefstijl, is er een visie in wording. Binnen GLIM wordt ook wel over leefstijlgeneeskunde gesproken. Dit gaat volgens GLIM verder dan de BRAVO-factoren (GLIM, persoonlijke communicatie, 10 februari 2021; Proper et al., 2005).

Binnen het UMCG wordt de GLI niet aangeboden. De GLI wordt alleen aangeboden in de eerste lijn door geregistreerde GLI-aanbieders (zie boven: CoOL, SLIMMER,

BeweegKUUUR). Wel wordt door sommige zorgverleners doorverwezen naar de GLI buiten het ziekenhuis. In het UMCG zelf wordt wel leefstijlcoaching aangeboden: zowel binnen UMCG breed als specifiek binnen GLIM. De leefstijlcoach heeft in principe dezelfde aanpak, dat wil zeggen: motiveren tot gedragsverandering op het terrein van leefstijl, maar de inclusiecriteria zijn anders en de duur van een traject is ook anders vormgegeven dan hoe het is opgezet voor de GLI. Binnen GLIM worden leefstijlcoaches in het UMCG in een poliklinische setting ingezet. Deze leefstijlcoaches zijn niet direct verbonden aan de GLI. Daarnaast worden beweeg- en leefstijladviseurs ingezet binnen UMCG Beatrixoord. Patiënten kunnen terecht bij Beatrixoord voor revalidatie (het Centrum voor Revalidatie (CvR)), chronische pijn (het pijncentrum) en tuberculose (het tuberculosecentrum). Verder wordt leefstijl door verschillende andere zorgverleners binnen het UMCG zoals verpleegkundigen als vast onderdeel besproken. Er is dus behoorlijke diversiteit in leefstijlcoaching in het UMCG.

Met de ondertekening van het Integraal Zorg Akkoord door VWS en diverse koepels in de gezondheidszorg, zoals de NFU (Nederlandse Federatie van UMC's), Ineen, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse GGZ e.a. (BRON!) is er zicht op een eenduidige structuur en betaaltitel voor leefstijl in de curatieve zorg. Het UMCG speelt hier met GLIM op in en gaat vanaf maart 2023 het leefstijlzorgloket daartoe implementeren, en prehabilitatie verder opschalen. Daarom is het belangrijk dat er meer zicht komt op de werkwijze van de leefstijlcoach, en zeker gezien de patiëntpopulatie in Noord-Nederland waar sociale netwerken minder vanzelfsprekend worden (krimp, vergrijzing op het platteland), ook de aandacht voor eenzaamheid. In dit onderzoek worden leefstijlcoaches gevraagd hoe hun werk eruitziet, wat zij aanbieden en wat hun doelen zijn in het kader van (het bespreken van) leefstijl.

De leefstijlbegeleiding bij GLIM bestaat uit 5 fasen: screening, assessment, diagnose, interventie en een follow-up (zie Bijlage A voor een uitgebreide uitleg). GLIM beoogt dat de leefstijl van de patiënt door de leefstijlcoach wordt bekeken in een brede context. Niet alleen positieve gezondheid (Huber), maar ook leefkracht (Menzis) en het Health Capability Model (Prah Ruger), waarin het belang van die bredere context aan bod komt zijn volgens GLIM van belang (zie Figuur 1). In hoeverre de leefstijlcoach in het UMCG hier gebruik van maakt tijdens leefstijlbegeleiding is niet bekend.

2.2 Leefstijlverandering in het kader van de sociale omgeving

Om een goed beeld te krijgen van waarom het van belang is dat de leefstijlcoach aandacht heeft voor het sociale netwerk en eenzaamheid bij leefstijlbegeleiding is het relevant om deze begrippen te duiden vanuit een breed, sociologisch perspectief: de sociale inbedding van het individu. In dit hoofdstuk wordt het belang van, met name de sociale relaties van mensen, beschreven en de invloed daarvan op leefstijlgedrag. In paragraaf 2.3 wordt dieper ingegaan op eenzaamheid.

2.2.1 Een sociologisch perspectief op leefstijl en gezondheid

Om beter te begrijpen waarom een leefstijlcoach aandacht zou moeten hebben voor de eenzaamheid en het sociale netwerk van patiënten wordt een breed sociologisch perspectief geschetst over hoe het sociale netwerk en eenzaamheid van invloed is op de gezondheid en het leefstijlgedrag van mensen.

Een deel van ons gedrag wordt beïnvloed door onze biologische eigenschappen, persoonlijkheid en drijfveren en zijn moeilijk vanuit het hier en nu te beïnvloeden (Bijma & Lak, 2012). Het gedrag van mensen wordt ook deels bepaald door factoren zoals overtuigingen, normen, waarden en attitude. Mogelijk zijn deze factoren makkelijker te beïnvloeden dan biologische eigenschappen, persoonlijkheden en drijfveren. Mensen ontwikkelen zich voortdurend gedurende het leven en kunnen nieuw gedrag en een nieuwe leefstijl aanleren of veranderen.

Leefstijlgedrag is niet alleen afhankelijk van individuele eigenschappen, ook de omgeving is van belang voor het gedrag (Bijma & Lak, 2012; Gee et al., 2015). Hierbij gaat het zowel om de fysieke, economische en sociale omgeving. Volgens Haaren (z.d.) is de sociale omgeving onderdeel van de sociale context van mensen, waarbinnen sociale netwerken bestaan, deze ontstaan doordat individuen met elkaar interacteren. Door die interacties ontstaan groepen waar mensen toebehoren zoals de woon-, werk- of leefomgeving (Yen & Syme, 1999). De personen binnen zo'n netwerk hebben een grote invloed op de gezondheid en het leefstijlgedrag van mensen.

De socioloog Durkheim (1897) en Granovetter (1985) hebben het ook over sociale bindingen. Sociale binding gaat volgens Granovetter (1985) over de interactie tussen twee individuen waarbij een vertrouwensrelatie wordt onderhouden op basis van voorgaande en verwachte interacties. Mensen handelen volgens Granovetter (1985) enerzijds rationeel en egoïstisch, anderzijds wordt de mens gevormd door zijn of haar sociale context. Het goed sociaal ingebed zijn kan volgens Delleman (2006) de gezondheid van mensen bevorderen doordat het beschermend zou werken tegen ziekte en vroegtijdige dood. Als het gaat over coaching tot een gezondheidsbevorderende leefstijl is het volgens Quartz & Sejnowski (2002) van belang om met de sterke behoefte aan sociale inbedding van mensen rekening te houden.

Aangezien leefstijl maatschappelijk en individueel bepaald is, dient de aanpak van de leefstijlcoach zich ook daarop te richten. Leefstijl, zoals bewegen en ontspanning, heeft een grote invloed op de gezondheid en het leefstijlgedrag van mensen gezondheidsgedrag (Gezondheidsraad, 2012). Omdat veel gezondheidsklachten ontstaan door verschillende stressoren en bronnen vanuit de omgeving en door verschillende leefstijlfactoren zoals roken, drinken en weinig bewegen is het van belang om leefstijl in een brede context te bekijken (Gezondheidsraad, 2012).

2.2.1.2 Betekenis gezondheid

Gezondheid is volgens Haaren (z.d.) een situatie waarbij iemand goed onderhouden sociale contacten heeft en zich vertrouwd en veilig voelt bij de mensen en sociale netwerken waar hij of zij bij hoort. Als de omgeving verkeerde invloeden heeft op een persoon dan kan dit ervoor zorgen dat iemand gezondheidsklachten ontwikkelt. Zo kan iemand die ontslagen wordt van werk ervoor zorgen dat diegene uit zijn sociale rol als werknemer wordt gehaald waardoor het zelfbeeld wordt aangetast en klachten kunnen ontstaan (Haaren, z.d.). Volgens House et al. (1988) en Christakis en Fowler (2008) kunnen alle kenmerken en aspecten van sociale relaties zowel positieve effecten (ondersteunend) als negatieve effecten (belemmerend) met zich meebrengen. In dit onderzoek wordt gekeken naar wat voor visie de leefstijlcoaches op gezonde leefstijl hebben en wordt gekeken wat volgens de coaches positieve of negatieve effecten van de sociale omgeving zijn.

2.2.2 De mens als sociaal wezen

Volgens Berkman en Glass (2014) zijn sociale relaties een van de belangrijkste determinanten van gezondheid. Verschillende onderzoekers beweren dat mensen die veel goede sociale relaties hebben gezonder en gelukkiger oud worden dan mensen die geen sociale contacten hebben (Holt-Lunstad et al., 2010; House et al., 1988; Shor et al., 2013; Berkman et al., 2000; Cacioppo & Cacioppo, 2014). Uit onderzoek van Leigh-Hunt et al. (2017) blijkt dat een gebrek of verstoring van die sociale contacten, eenzaamheid en sociaal isolement in de hand werkt, wat weer verband houdt met een slechtere gezondheid. Volgens Berkman en Syme (1979) hebben mensen zonder sociale contacten zelfs een grotere kans om te overlijden dan mensen die veel sociale contacten hebben. In het meest extreme geval kiezen mensen zonder sociale contacten eerder voor zelfmoord dan de mensen die wel sociale contacten hebben (Durkheim, 1897).

Om de gezondheid te bevorderen is het volgens socioloog Robert Weiss (1974) van belang om aandacht te hebben voor de sociale basisbehoeften van mensen. Mensen hebben verschillende soorten sociale basisbehoeften: een hechte en betrouwbare band, sociale integratie, mogelijkheid tot koesterende zorg en begeleid en ondersteund worden en erkenning van eigenwaarde. De behoefte van mensen om erbij te horen is volgens Baumeister en Leary (1995) een fundamentele behoefte van de mens, net zoals eten en drinken (Baumeister en Leary, 1995). Jaremka en Sunami (2018) noemen dit ook wel ‘the need to belong’. Hoe de leefstijlcoach in het UMCG aandacht heeft voor de sociale basisbehoeften van mensen die leefstijlbegeleiding krijgen is niet bekend, daarom is het van belang om dit mee te nemen in de interviews.

2.2.3 Kenmerken sociale relaties

Als leefstijlcoach is het van belang om aandacht te hebben voor verschillende kenmerken van sociale relaties in coaching gesprekken. Aspecten van sociale relaties kunnen onderverdeeld worden in structurele en functionele aspecten (Due et al., 1999). Functionele aspecten zijn de interpersoonlijke ervaringen van de contacten binnen de structuren van sociale contacten. Hieronder valt sociale steun. Structurele aspecten verwijzen naar de verbindingen tussen de sociale contacten, ofwel de eigenschappen van de sociale contacten. Het sociale netwerk is hier onderdeel van. Ook de kwantiteit van sociale contacten, een homogeen en heterogeen netwerk, sterke en zwakke relaties en (het behouden of ontwikkelen van) bestaande en nieuwe

netwerken vallen hieronder. In deze paragraaf wordt alleen dieper ingegaan op sociale steun, gezien dit de belangrijkste factor is voor de gezondheid (Cohen & Wills, 1985).

2.2.3.4 Sociale steun

Parschau et al. (2014), Cohen (1988), Gore (1981) en Lin (1986) benoemen sociale steun als een van de belangrijkste factoren voor de gezondheid van mensen. House et al. (1988) definiëren sociale steun dan ook positief. Volgens andere onderzoekers hebben mensen met geen of minder sociale steun zelfs een hogere kans op sterfte (Berkman et al., 1992; Brummett et al., 2001; Kaplan et al., 1988; Holt-Lunstad et al., 2015). Daarnaast is er zelfs bewijs dat sociale steun van invloed is op de ontwikkeling van kanker (Ell et al., 1992; Hibbard & Pope, 1993) en infectieziekten (Lee & Rotheram-Borus, 2001; Patterson et al., 1996). Via welke processen dit precies verloopt wordt in paragraaf 2.4 beschreven.

Sociale steun wordt door Uchino (2006) omschreven als de functionele aspecten van het sociale leven zoals de familiebanden die mensen hebben en groepen waar mensen bij horen. Ondanks dat sociale steun meer invloed lijkt te hebben op de gezondheid dan de structurele kenmerken van sociale relaties, kunnen structurele kenmerken er wel voor zorgen dat mensen meer sociale steun ervaren. Een groot netwerk en een hogere contactfrequentie kunnen namelijk voor meer diversiteit van sociale contacten zorgen waardoor zij een basis hebben om op terug te vallen en meer steun ervaren (Dykstra, 1990; Cutrona et al., 1986; Cornwell & Waite, 2009). Hoeveel steun iemand ervaart is niet alleen afhankelijk van het netwerk dat men ter beschikking heeft maar ook hoeveel steun het netwerk kan bieden. Afhankelijk van de behoefte aan steun en de mate waarin daaraan voldaan wordt, bepaalt in hoeverre de behoefte aan sociale steun wordt vervuld (Sorkin et al., 2002; Van Sonderen, 2012).

Simmes et al. (2017) verdelen het soort steun wat het sociale netwerk kan bieden in drie soorten. Informele steun is steun waarbij de persoon wordt betrokken in het (ziekte)proces en informatie krijgt over de gezondheid en behandeling waardoor iemand beter kan participeren. Praktische steun is steun waarbij de persoon geholpen wordt om een (ziekte)proces of ingrijpende levensgebeurtenis vol te kunnen houden zoals het maken van een plan ten aanzien van overbelasting. Emotionele ondersteuning is steun waarbij de persoon zelf meer aandacht en ruimte krijgt om zijn/haar emoties en ervaringen te bespreken.

Mensen hebben met name behoefte aan steun tijdens ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals het ontstaan van ziekte of overlijden van een belangrijke persoon voor diegene (Choenarom et al., 2005). Cobb (1976) beschrijft dat sociale steun ervoor zorgt dat mensen op ingrijpende momenten gemotiveerd worden en hulp geboden kunnen krijgen waardoor zij zich makkelijker kunnen aanpassen aan de veranderende situatie. Het is van belang om als leefstijlcoach aandacht te hebben voor de mate van steun tijdens de coaching gesprekken en steun te faciliteren mocht er een gebrek aan zijn. Of en hoe leefstijlcoaches in het UMCG hier aandacht voor hebben is niet bekend en zal worden meegenomen in dit onderzoek om de onderzoeksvraag te beantwoorden. In subparagraaf 2.4.1 worden de mechanismen beschreven die een rol spelen bij de invloed van sociale relaties op de gezondheid. In 2.5 wordt uitgelegd hoe de leefstijlcoach een bijdrage kan leveren aan de gezondheid van mensen.

2.3 Eenzaamheid

In het voorgaande hoofdstuk is het begrip eenzaamheid al een aantal keer voorbijgekomen. Eenzaamheid is dan ook niet los te zien van de sociale contacten die mensen hebben en is een complex verschijnsel (Creecy et al., 1985; Victor et al., 2004). Ook voor de leefstijlcoach is het daarom van belang om hier aandacht voor te hebben. In deze paragraaf wordt beschreven wat eenzaamheid is, welke begrippen daaraan relateren en welke soorten eenzaamheid er zijn. Vervolgens wordt dit gespecificeerd op de situatie van patiënten in het UMCG. Dit heeft als doel belangrijke aandachtspunten voor de leefstijlcoach naar boven te halen.

2.3.1 Eenzaamheid en aanverwante begrippen

Dit onderzoek gaat uit van de volgende definitie van eenzaamheid: “Het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties” (De Jong-Gierveld, 1984, p.54). Er is dan een verschil tussen de daadwerkelijke sociale contacten en de gewenste sociale contacten (Peplau & Perlman, 1982; Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). Wanneer in de literatuur wordt gekeken naar de relatie tussen eenzaamheid en de (on)gezondheid in het algemeen blijkt deze relatie wederkerig van aard (Korporaal et al., 2008). Zo kan iemand die een slechte gezondheid heeft eenzaamheid in de hand werken, en eenzaamheid een ongezonder leven.

Het is van belang onderscheid te maken tussen eenzaamheid en andere concepten, zoals sociale isolatie en sociale uitsluiting. Dit onderscheid is belangrijk omdat het verschillende concepten zijn terwijl ze vaak voor gelijk worden aangenomen. Leefstijlcoaches worden gevraagd naar hoe zij tegen het concept eenzaamheid aankijken en of en hoe zij daar aandacht voor hebben. Er wordt verwacht dat alle drie de concepten in de interviews aan bod komen.

- Eenzaamheid: Bij eenzaamheid gaat het om een negatief, subjectief, onprettig gevoel dat ervaren wordt. Het gaat vooral om de (cognitieve) evaluatie van het sociale isolement. Bij vereenzaming kan men denken aan het verliezen van sociale contacten, het alleen voelen of het missen van (kwalitatief goede) sociale relaties. Deze gevoelens kunnen van invloed zijn op de fysieke gezondheid van mensen (Boermans, 2012).
- Sociale isolatie: Sociale isolatie wordt in de literatuur beschouwd als een objectieve variabele, waarbij het hebben van geen of weinig contacten met anderen centraal staat (Dykstra, 2009; Coumans, 2016). Volgens Boermans (2012) gaat het om objectieve kenmerken van de afwezigheid van sociale relaties. Een voorbeeld hiervan is het alleen zijn. Dit kan zowel een vrijwillige als onvrijwillige keuze zijn. Wanneer het een onvrijwillige keuze is, kan sociale isolatie de gezondheid negatief beïnvloeden (Delleman, 2006). Zo blijkt volgens Hawkley en Cacioppo (2010) bijvoorbeeld dat sociaal isolement en eenzaamheid verband houdt met fysieke inactiviteit.
- Sociale uitsluiting: Coumans en Schmeets (2014) omschrijven sociale uitsluiting als (onvrijwillig) niet mee kunnen doen met sociale activiteiten of het niet behoren tot bepaalde sociale groepen. Dit kan komen doordat iemand niet voldoende financiële middelen heeft of doordat iemand onvoldoende aansluiting bij anderen heeft. Het is dan ook een breder concept dan eenzaamheid.

2.3.2 Het proces van vereenzamen

Om beter begrip te krijgen waar een leefstijlcoach op in zou kunnen spelen is het van belang het proces van vereenzaming te beschrijven. Wanneer iemand zich eenzaam voelt kan men in een negatieve spiraal terechtkomen wat veelal negatieve gevolgen heeft voor welbevinden (Uchino, 2006). Cacioppo et al. (2013) vergelijken eenzaamheid ook wel met een pijnsignaal, zoals honger en dorst, wat vaak als negatief gevoel wordt ervaren. Door het negatieve gevoel hebben eenzame mensen meer motivatie en behoefte om sociale relaties aan te gaan; zich met anderen te verbinden (Qualter et al., 2015). Lukt het niet om deze relaties aan te gaan, dan

ontstaat een gevoel van leegte en ontevredenheid. Er kan dan een negatieve spiraal van zelfregulering ontstaan, waarbij men overmatig de focus legt op sociale signalen, die vervolgens negatief geformuleerd worden in gedachten. Zo kan iemand bijvoorbeeld de gedachte vormen dat hij/zij niet geaccepteerd wordt in een groep, terwijl dat zijn/haar eigen gedachten zijn en niet de werkelijkheid. Dit heeft tot gevolg dat eenzame mensen onrealistische verwachtingen krijgen over hun sociale relaties en nog meer negatieve gedachten vormen over de sociale werkelijkheid en hier mogelijk in blijven hangen (Cacioppo et al., 2015). Als leefstijlcoach is het dus van belang op de gevoelens en gedachten van de persoon die leefstijlbegeleiding krijgt in te spelen.

2.3.3 Oorzaken en risicofactoren eenzaamheid

Om eenzaamheid tegen te gaan is het van belang te weten waardoor iemand eenzaam is. Ook als het gaat om risicofactoren welke eenzaamheid zouden kunnen vergroten. De oorzaken en risicofactoren worden in dezelfde categorieën verdeeld: (Winsemius et al., 2016; De Jong-Gierveld et al., 2018).

1. Individuele oorzaken

Hieronder vallen bijvoorbeeld gezondheidsproblemen en lagere sociale vaardigheden.

2. Veranderingen in het sociale netwerk

Hieronder vallen bijvoorbeeld ontslag van werk, scheiding of verlies van partner.

3. Omgevingsfactoren

Het veranderen van woonplaats: door verhuizing moet je nieuwe sociale contacten opbouwen. Of mensen die vaak gepest worden, mantelzorger worden of werkloos worden of met pensioen gaan.

4. Maatschappelijke oorzaken

Zoals negatieve beeldvorming over ouderen, of stigmatisering van bepaalde ziekten zoals obesitas.

Een aantal voorbeelden van risicofactoren die De Jong-Gierveld et al. (2018) noemen zijn: een lage sociaaleconomische status (SES), ziekte en/of gezondheidsproblemen, de seksuele geaardheid van mensen, mensen met een migratieachtergrond, leeftijd (hoe ouder mensen worden hoe eenzamer) en als laatste persoonskenmerken zoals mensen die een negatief zelfbeeld hebben, onzeker zijn, of gevoelens van sociale angst hebben. Ook mensen die meer verlegen en introvert zijn.

Daarnaast kunnen veranderingen in netwerken zoals mensen die scheiden of weduwe worden voor meer eenzaamheid zorgen (De Jong-Gierveld et al., 2018). Ook in relaties als ouder-kind, broers en zussen en niet-familie relaties kunnen mensen wegvallen, of kunnen mensen gemis aan (kwaliteit) van sociale relaties ervaren. Ook factoren die buiten mensen liggen, op macroniveau kunnen ervoor zorgen dat mensen zich eenzaam voelen. Voorbeelden hiervan zijn de mate van individualisering, normen en waarden, de mogelijkheden tot vervoer en de sociaaleconomische context. In de interviews worden de leefstijlcoaches gevraagd welke factoren zij meenemen in hun perspectief op eenzaamheid.

2.3.4 Eenzaamheid bij patiënten in het UMCG

In dit onderzoek wordt verwacht dat de leefstijlcoaches die worden geïnterviewd te maken hebben met patiënten die mogelijk al een (chronische) ziekte hebben en onder behandeling zijn in het UMCG. Onder chronische ziekten vallen volgens onderzoekers van het RIVM; Gast et al. (2011), mensen met diabetes, hart- en vaatziekten, kanker, luchtwegaandoeningen, beroertes en ernstige vormen van verstandelijk handicaps. Nederlands onderzoek heeft uitgewezen dat mensen met een chronische ziekte eerder kans hebben op eenzaamheid (De Jong-Gierveld, 2016). Dit komt doordat de ziekte een grote invloed heeft op het leven en veel energie vraagt. Mogelijk voelen zij zich niet begrepen door anderen, wat voor verergering van eenzaamheid kan zorgen. Als gevolg van hun ziekte ondervinden zij meer belemmeringen om hun sociale contacten te onderhouden. Mogelijk hebben zij meer moeite met het bezoeken van familie en vrienden, betaald werk, deelname aan sociale (sport)activiteiten en meedoen in de maatschappij. Dit geldt met name voor de chronische ziekten die veelal lichamelijke beperkingen met zich meebrengen. Hieronder vallen met name artritis en beroertes (Penninx et al., 1999). Juist voor chronisch zieke mensen is het volgens Hoogendijk et al. (2016) van belang om betekenisvolle contacten te onderhouden omdat zij kunnen helpen bij het omgaan met de ziekte en gevolgen daarvan. Daarom is belangrijker om hier als leefstijlcoach aandacht voor te hebben en leefstijlcoaches in dit onderzoek te vragen naar of en hoe zij dit integreren in hun werk.

Eenzaamheid meten via Healthy Planet (in UMCG)

Als het gaat om wat bekend is over de werkwijze van de leefstijlcoach in het UMCG wat betreft eenzaamheid, wordt sinds 2022 gebruik gemaakt van de applicatie 'Healthy Planet'. De leefstijlcoaches binnen GLIM worden geacht de applicatie te gebruiken. De patiënt wordt op basis van 9 verschillende domeinen (Voeding, Beweging, Intoxicaties, Mentaal welzijn,

Sociaal netwerk, Kwaliteit van leven, Slaap, Kwetsbaarheid, Aandachtspunten) in kaart gebracht. In combinatie met leefstijlgerelateerde informatie zoals gewicht, cholesterol en bloeddruk wordt deze informatie naast objectieve metingen gelegd waardoor zorgverlener en patiënt feedback krijgt over eigen handelen en inzicht in probleemgebieden (op basis van het rood, geel of groen kleuren van een bepaald domein). Vooraf aan het eerste intakegesprek dient de patiënt (indien nodig samen met de zorgverlener) de vragenlijst in te vullen waarna in het intakegesprek de belangrijkste onderwerpen worden besproken. Het sociaal netwerk is een van de 9 domeinen. In hoeverre er UMCG-breed gebruik van wordt gemaakt en in hoeverre er andere tools worden gebruikt is niet bekend. Zie figuur 2 voor uitleg over de applicatie en hoe eenzaamheid en het sociale netwerk hierin aan bod komen.

Figuur 2: Informatie gebruik Healthy Planet vragenlijst

Healthy Planet is een applicatie die op de computer of telefoon ingevuld kan worden. Healthy Planet biedt inzicht in niet-somatische factoren die de gezondheid beïnvloeden, verdeeld over 9 domeinen (Voeding, Beweging, Intoxicaties, Mentaal welzijn, Sociaal netwerk, Kwaliteit van leven, Slaap, Kwetsbaarheid, Aandachtspunten). Voor elk domein is een set vragen beschikbaar, die is opgenomen in de vragenlijst. Als het gaat om eenzaamheid en het sociale netwerk kan dit geschaard worden onder het domein sociaal netwerk in de vragenlijst van de Healthy Planet. Dit domein is gericht op de persoonlijke tevredenheid over het sociale leven. De applicatie is ontwikkeld door onderzoekers en medewerkers binnen het UMCG. Zij hebben gekozen het domein sociaal netwerk te baseren op een subset van Van Nieuwenhuizen et al. (2017): de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) vragenlijst. Zij hebben deze vragenlijst in het Nederlands vertaald. Omdat de vragenlijst geen informatie geeft over de beschikbaarheid van het sociale netwerk zijn er door de makers van de applicatie nog vragen toegevoegd. Het domein sociaal netwerk is als volgt opgebouwd:

MANSA-vragenlijst (Domein Sociaal netwerk)

- Heeft u iemand die u een goede vriend of vriendin zou kunnen noemen?
- Heeft u de afgelopen week een vriend of vriendin gesproken?
- Hoe tevreden bent u over uw sociale situatie?
- Hoe tevreden bent u met de relatie die u heeft met uw familie?
- Hoe tevreden bent u met uw huidige relatie of met het feit dat u geen relatie heeft?

Nieuw bijgevoegd door de makers van het UMCG:

- Kunt u voor sociale of emotionele problemen terecht bij uw partner, een goede vriend of iemand anders?
- Kunt u voor praktisch problemen terecht bij uw partner, een goede vriend of iemand anders?
- Bent u tevreden met uw sociale leven?

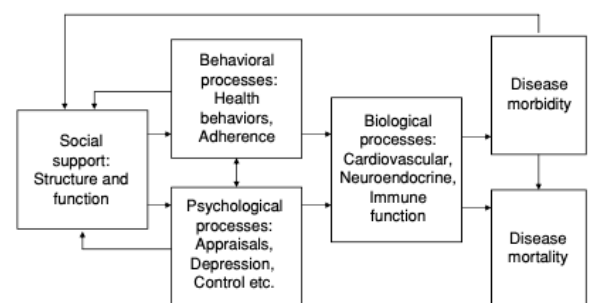
2.4 Eenzaamheid en sociale relaties van invloed op de gezondheid

Om beter begrip te krijgen van waarom en hoe een leefstijlcoach aandacht zou moeten hebben voor eenzaamheid en het sociale netwerk is het van belang een aantal processen te beschrijven over hoe eenzaamheid en het sociale netwerk invloed kunnen hebben op leefstijl, de gezondheid in het algemeen en kwaliteit van leven. Deze processen laten het belang zien van de aandacht van de leefstijlcoach voor eenzaamheid en het sociale netwerk met als doel de effectiviteit van coaching van de leefstijlcoach te optimaliseren. Hierna worden een aantal belangrijke aandachtspunten genoemd voor de leefstijlcoach als het gaat om het sociale netwerk en eenzaamheid. Hierbij worden nog twee belangrijke theorieën beschreven die ook belangrijke factoren voor de leefstijlcoach omvatten: de Self-Determination theory (Deci & Ryan, 2000) en de Self-Management of Wellbeing theory (Steverink, 2019).

2.4.1 Verschillende routes hoe sociale relaties de gezondheid beïnvloeden

Vanuit de literatuur zijn verschillende routes te beschrijven hoe sociale contacten de gezondheid beïnvloeden. Hieronder worden een aantal routes beschreven. Het is van belang vooraf te benoemen dat de routes overlappen en elkaar niet uitsluiten. Volgens Holt-Lunstad et al. (2015) kunnen sociale relaties via twee verschillende routes de gezondheid beïnvloeden: via gedragsprocessen en psychologische processen.

Uchino (2006) houdt een breder model aan en benoemt hier specifiek de sociale steun die voortkomt uit de sociale relaties, en voegt nog biologische processen toe aan het model (zie Figuur 3). De onderstaande routes zijn op dit figuur gebaseerd.



Figuur 3: Broad model high lightning potential pathways linking social support to physical health (Uchino, 2006, p.3.)

1. Via gedragsprocessen

Cacioppo et al. (2002) beschrijven het belang van de invloed van sociale contacten op gezondheid, ziekte en via gedrag en gewoontes. Zo kan sociale steun de gezondheid beïnvloeden door ‘sociale controle’ en ‘sociale normen’ (Lewis en Rook, 1999). Berkman en Glass (2014) en Lewis en Rook (1999) beschrijven dat mensen gezondheidsgedrag of gedragsnormen, vaak onbewust, van elkaar overnemen. Zo kan sociale steun gezondheid bevorderend werken doordat mensen gezond gedrag, zoals wandelen of stoppen met roken kopiëren, waardoor zij een gezonde(re) leefstijl krijgen. Wanneer mensen zich eenzaam voelen en geen steun ervaren, zullen zij deze leegte eerder op willen vullen en bevrediging zoeken. Cacioppo en Hawkey (2003) en Steptoe et al. (2013) noemen als voorbeeld dat mensen die leegte opvullen door meer te gaan eten, alcohol te gaan drinken, meer te roken, veel geld uit te geven en minder te gaan bewegen. Op deze manier kunnen mensen een ongezonde leefstijl ontwikkelen of moeite hebben om een gezonde leefstijl vol te houden (Seeman, 2000).

Direct of indirecte beïnvloeding

Volgens Uchino (2006) en Lewis en Rook (1999) kunnen sociale contacten, eenzaamheid of sociaal isolement en de sociale steun die daaruit voortkomt de gezondheid via indirecte en directe routes beïnvloeden. Mensen kunnen elkaar direct beïnvloeden doordat men elkaar van informatie voorziet over gezond gedrag, of indirect doordat mensen door sociale contacten een betekenisvoller leven ervaren (Dimatteo, 2004).

Als leefstijlcoach is het van belang om mensen bewust te maken van deze processen zodat zij begrijpen hoe hun leefstijlgedrag gevormd wordt en hoe ze hier verandering in zouden kunnen aanbrengen om tot een gezondere leefstijl te komen.

2. Via psychologische processen

Cohen (1988) Gore (1981) en Lin (1986) beschrijven een andere route, die verband houdt met gevoelens van controle en emoties en de stemming van mensen. Zo kan een gebrek aan sociale steun leiden tot depressies en dementie (Barnett & Gotlib, 1988; Bassuk et al., 1999; Santini et al., 2016).

Er worden door verschillende onderzoekers verschillende wegen genoemd hoe eenzaamheid of sociale isolatie, via psychologische processen, van invloed is op de gezondheid:

Invloed op de eigenwaarde

Cacioppo en Hawkley (2003) beschrijven dat wanneer mensen eenzaam zijn, dit ervoor kan zorgen dat de eigenwaarde van een persoon daalt en iemand zich snel terugtrekt. Doordat problemen in het leven van de persoon die zich eenzaam voelt niet meer besproken worden met zijn sociale contacten, kan dit ervoor zorgen dat diegene zich niet meer verbonden voelt waardoor het gevoel van geborgenheid afneemt. Hierdoor neemt juist het stressniveau toe, wat een negatieve invloed heeft op de gezondheid (Cacioppo et al., 2015).

Invloed op self-efficacy

Self-efficacy wordt ook wel omschreven als het geloof in eigen kunnen. Volgens Bandura (1997) is self-efficacy een belangrijke voorwaarde voor het plannen van gedrag. Sociale participatie en de sociale steun die daaruit voort kan komen heeft een positieve invloed op het vertrouwen dat iemand in zichzelf heeft en het geloof in eigen kunnen. Als het gaat om gedragsverandering kan een ondersteunend en betrokken netwerk dus helpend zijn om te werken aan doelen in het leven, zoals bijvoorbeeld gewichtsverlies of het aanpassen van een voedingspatroon (Cacioppo et al., 2002; Bandura, 2001; Gellert et al., 2011). Parschau et al. (2014) deden ook onderzoek naar gedragsverandering. Ze keken naar sociale steun en de invloed op fysieke activiteit en concludeerden dat sociale steun de intentie tot, en uitvoering van fysieke activiteit bevorderde. Als het gaat om chronische aandoeningen kan de self-efficacy door een sociaal netwerk omhooggaan waardoor een patiënt zijn leefstijlgedrag sneller aanpast.

Concluderend kan gesteld worden dat de leefstijlcoach aandacht moet hebben voor de eigenwaarde, gevoelens en emoties van patiënten om gedragsverandering te bevorderen. In de interviews wordt gevraagd naar of en hoe zij hier aandacht voor hebben.

3. Via biologische processen

Berkman et al. (2000), Cohen (1988), House et al. (1988), Seeman (1996) en Uchino (2004) hebben aangetoond dat sociale steun vooral van invloed is op de gezondheid doordat zij biologische processen beïnvloeden.

Sociale steun van invloed op fysiologische processen: stress-buffering hypothese

Volgens Cohen en Wills (1985) kunnen sociale contacten helpen om met stressvolle alledaagse situaties om te gaan. Het ontvangen van sociale steun is dus een belangrijk

copingmechanisme (Cacioppo et al., 2002). Sociale relaties kunnen, doordat zij een belangrijke bron van sociale steun vormen, elkaar beschermen tegen de invloed van stress. Eenzaamheid versterkt volgens Cacioppo et al. (2002) de aanmaak van cortisol, het stresshormoon, wat weer invloed heeft op cognitieve processen in het lichaam. Zo verstoort een hoog cortisol belangrijke processen zoals slaap, wat invloed heeft op de heilzame werking van nachtrust.

Ontregeld immuunsysteem

Cacioppo et al. (2002) en Jaremka en Sunami (2018) stellen dat sociale relaties van invloed zijn op de gezondheid via de ontregeling van het immuunsysteem. In deze onderzoeken kwam naar voren dat mensen die eenzaam waren en een gebrek aan sociale steun ervaarden, een ontregeld immuunsysteem en een verhoogde voedselinname bleken te hebben. Dit kan voor vroegtijdig overlijden zorgen.

Cardiovasculaire aandoeningen

Als het gaat om cardiovasculaire aandoeningen blijkt dat een gebrek aan sociale steun een negatief effect kan hebben op de bloeddruk, de hartslag en het spierweefsel van de bloedvatwand. Langdurige verhoging van het sympathico-adreno-medullairsysteem (SAM) en de hypothalamus-hypofyse-bijnieras (HPA) zorgt voor een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, voor een verminderd afweersysteem en schade aan de hippocampus wat gevolgen heeft voor de cognitie van mensen en kan leiden tot depressies (Cacioppo et al., 2002). Positieve sociale bindingen worden geassocieerd met een afname van de HPA-as-activiteit; door een toename van oxytocine, een peptide die geproduceerd wordt in de hypothalamus (Knox & Uvnäs-Moberg, 2002). Een gevolg hiervan kan zijn dat mensen meer rust ervaren wat uiteindelijk voor een betere gezondheid kan zorgen.

Voorgaande informatie suggereert dat eenzaamheid en een sociaal netwerk en (een gebrek aan) sociale steun invloed hebben op leefstijl, maar ook op belangrijke biologische, psychologische, gedrags- en herstelprocessen. Het is van belang dat de leefstijlcoach kennis en aandacht heeft voor deze processen bij patiënten en het belang hiervan benoemt in coachinggesprekken. Of en hoe de leefstijlcoaches in het UMCG hier aandacht voor hebben wordt in dit onderzoek onderzocht.

2.4.2 Belangrijke aandachtspunten voor de leefstijlcoach

In deze paragraaf worden de belangrijkste aandachtspunten voor de leefstijlcoach genoemd als het gaat om het sociale netwerk en eenzaamheid van patiënten. Eerst worden aandachtspunten vanuit de Self-Determination theory en de Self-Management of Wellbeing theory genoemd. Hierna worden nog een aantal nieuwe en samenvattende aandachtspunten voor de leefstijlcoach genoemd op basis van het theoretisch kader.

2.4.2.1 *Self-Determination theory en motivatie*

Volgens Pietrabissa (2012) speelt motivatie een belangrijke rol in het volhouden van een leefstijlinterventie, dit is dus een belangrijk aandachtspunt voor de leefstijlcoach. Motivatie moet er zijn om mee te doen met een interventie en deze vol te houden. Het is dus erg belangrijk om erachter te komen wat mensen motiveert om actief bezig te gaan met een interventie. Motivatie komt tot stand door de interne en externe factoren van een persoon; de sociale en fysieke omgeving (Golay et al., 2007). In die sociale omgeving interacteren mensen met elkaar, waarbij ze elkaars gedrag en cognitieve en emotionele gemoedstoestand beïnvloeden (Dijkstra, 2018).

Om de motivatie te bevorderen is het van belang om als leefstijlcoach de verbondenheid van een patiënt te bevorderen. Verbondenheid is een van de drie factoren die volgens de Self-Determination theory bruikbaar is om gezondheidsgedrag te beïnvloeden (Niemic et al., 2009). Deci en Ryan (1985; 2000) beschrijven die verbondenheid ook wel als sociale basisbehoefte. Wanneer een leefstijlcoach zich zou focussen op de behoefte aan verbondenheid, zou ook de motivatie van mensen om bepaalde doelen te bereiken, zoals gezond gedrag verhoogd kunnen worden. Deci en Ryan (1985; 2000) maken onderscheid tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Intrinsiek betekent de motivatie van een patiënt die van binnenuit komt, en verwijst naar gedrag dat vrijwillig gedaan wordt. Extrinsieke motivatie verwijst naar gedrag dat meer dwingend teweeg wordt gebracht. Deze druk kan hierbij extern (door omgeving) en intern (schuldgevoel vermijden) zijn. Het effect van de intrinsieke motivatie is vaak langduriger dan de extrinsieke motivatie. Dit heeft ermee te maken dat wanneer de druk van buitenaf wegvalt het gezonde gedrag vaak niet meer standhoudt als iemand niet echt intrinsiek gemotiveerd is.

Het is van belang als leefstijlcoach de intrinsieke motivatie van patiënten te verhogen. Door zich te richten op de behoefte van de patiënt aan verbondenheid, kan dit het

gezondheidsgedrag van patiënten positief beïnvloeden. Zo kan een leefstijlcoach bijvoorbeeld benoemen dat iemand stopt met roken zodat hij in de toekomst meer energie heeft om met zijn kinderen te voetballen. Of en hoe leefstijlcoaches hier aandacht voor hebben wordt in dit onderzoek onderzocht.

2.4.2.2 Self-Management-of-Wellbeing (SMW) theory

In het vorige hoofdstuk is aan bod gekomen dat het van belang is om als leefstijlcoach aandacht te besteden aan het sociale netwerk van patiënten. Verschillende onderzoekers beschrijven dat dit van belang is omdat het sociale netwerk (zoals naasten) een grote invloed kan hebben op het zelfmanagement van patiënten (Gallant et al., 2007; Ramira García et al., 2006). Zij kunnen de patiënt ondersteunen ten aanzien van zelfmanagement en revalidatie, wat een positieve en negatieve invloed kan hebben (Witkamp, 2020). Volgens Witkamp (2020) hebben zorgverleners hier nog te weinig aandacht voor. En dat terwijl steeds meer van patiënten wordt verwacht dat ze hun aandoening ‘zelf managen’. Zelfmanagement wordt ook wel als eigen regie omschreven en omvat het omgaan met de chronische of levensbedreigende aandoening, de lichamelijke, emotionele (psychische) en sociale gevolgen, de symptomen, behandelingen en leefstijlveranderingen die daarbij horen. Volgens Heijmans et al. (2015) is het, ondanks de vele recente onderzoeken, opvallend dat er nog weinig aandacht is voor naasten in relatie tot zelfmanagement.

De invloed kan uitgelegd worden aan de hand van de Self-Management-of-Wellbeing theory van Steverink (2019). Deze theorie stelt dat mensen om welbevinden te ervaren, eerst fysiek en sociaal welbevinden moeten ervaren. Om fysiek welbevinden te verbeteren dient men de behoefte aan comfort (basale fysieke behoeften zoals eten en drinken) en stimulatie (mate van lichamelijke of geestelijke activering) te vervullen. Om sociaal welbevinden te verbeteren dient men de behoefte aan affectie (liefde), gedragsbevestiging (erbij horen) en status (erkend worden in maatschappelijk aanzien) te vervullen. Hierbij is het van belang dat mensen hulpbronnen (zoals naasten of andere belangrijke anderen) hebben, zodat het welbevinden van de ontvanger kan worden bevorderd (Shumaker & Brownell, 1984). Ook moeten ze over de juiste vaardigheden beschikken om deze hulpbronnen in te zetten; dat ze deze zelf kunnen ‘managen’. Een leefstijlcoach wordt volgens de BLCN (2016) geacht zich te richten op het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten, zodat zij kunnen blijven functioneren in hun leefomgeving. Ook de leefstijlcoaches binnen het UMCG zouden zich dus moeten richten op de zelfmanagementvaardigheden van patiënt zodat zij over de juiste

gezondheidsvaardigheden beschikken om tot een gezonde leefstijl te komen. In dit onderzoek worden de leefstijlcoaches, in het kader van het bevorderen van een gezonde leefstijl, gevraagd of zij aandacht hebben voor deze hulpbronnen om zo het welbevinden van patiënten te bevorderen.

2.4.2.3 Aandachtspunten voor de leefstijlcoach

Naast voorgaande twee theorieën, en op basis van voorgaande hoofdstukken, zijn er een aantal belangrijke aandachtspunten voor de leefstijlcoach te benoemen als het gaat om de sociale inbedding van patiënten en hoe de leefstijlcoach hier aandacht voor kan hebben. Ook door Van der Zwet en Van der Maat (2018) noemen aandachtspunten in het kader van eenzaamheid. Ook vanuit het leefstijlprogramma COOL (Philippens & Janssen, 2018), die onder de GLI valt, zijn aandachtspunten te noemen. Zo kan een leefstijlcoach zorgen voor netwerkontwikkeling, steun mobiliseren, de verwachtingen van patiënten over de sociale contacten bijstellen, patiënten leren om met gevoelens van eenzaamheid om te gaan, gezamenlijk doelen opstellen, de sociale vaardigheden vergroten, een ervaringsdeskundige inzetten en het netwerk van de patiënt bij de patiënten begeleiding betrekken. Zie figuur 4 voor de belangrijkste aandachtspunten.

Figuur 4: *Aandachtspunten voor de leefstijlcoach*

Een manier waarop leefstijlcoaches een patiënt kunnen helpen bij de ontwikkeling van een gezondheid bevorderend sociaal netwerk is door netwerkontwikkeling (Van der Zwet & Van de Maat, 2018). Door nieuwe relaties aan te gaan en/of bestaande relaties te verbeteren of te intensiveren kunnen deze relaties de patiënt helpen en ondersteunen in het behouden of verkrijgen van een gezonde leefstijl. Volgens Pinquart en Sörensen (2001) en Shute en Howitt (1990) is de kwaliteit van de sociale relaties belangrijker dan de grootte van het netwerk. Daarnaast is ook een gevarieerd netwerk belangrijk, aangezien andere type relaties weer andere rollen en functies kunnen vervullen voor elkaar (Van Tilburg & De Jong-Gierveld, 2007). In de leefstijlinterventie COOL wordt ook wel gesproken van ‘peer support’: de leefstijlcoach staat naast de patiënt en helpt en ondersteunt wanneer de patiënt hier behoefte aan heeft. Om sociale isolatie te verminderen is volgens Weiss (1974) het ontmoeten van netwerken die dezelfde kenmerken hebben als de persoon die zich sociaal geïsoleerd voelt daarbij van belang (Weiss, 1974). Zo zouden patiënten die allemaal

dezelfde ziekte hebben bij elkaar gebracht kunnen worden om sociale isolatie te verminderen.

Een andere manier is door sociale steun te mobiliseren. Wanneer gekeken wordt naar de relatie tussen het sociale netwerk en de gezondheid kan geconcludeerd worden dat bij leefstijlinterventies zoals de GLI sociale steun kan bijdragen aan het verliezen van gewicht (Greaves et al., 2011). Het is dus van belang sociale steun te bieden vanuit de leefomgeving van de deelnemer (zoals een buddy of familie of vrienden) (Philippens & Janssen, 2018).

Ook kan een leefstijlcoach wanneer patiënten ontevreden zijn, onrealistische wensen hebben of te hoge verwachtingen hebben van de eigen sociale contacten, deze verwachtingen bijstellen (Bouwman & van Tilburg, 2020). De leefstijlcoach kan dit doen door in gesprek te gaan over de standaard die de patiënt hanteert en deze bijstellen indien gewenst. Mocht de hoge standaard gewenst zijn dan kan de leefstijlcoach aan de slag met de patiënt om deze te realiseren.

Een andere, aansluitende manier is door de patiënt te leren met gevoelens van eenzaamheid om te gaan. Eenzaamheid kan bijvoorbeeld teruggedrongen worden door het verminderen van negatieve gedachten, het erkennen van de gevoelens, afleiding of relativisering (Winsemius et al., 2016). Dit kan gedaan worden door bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering te gebruiken. Dit blijkt soms meer effect te hebben dan sociale steun te mobiliseren.

Verder kan het helpend zijn gezamenlijk doelen op te stellen in het kader van de behoefte aan sociaal contact. Mensen die gezamenlijk doelen stellen bereiken vaak meer dan mensen die alleen werken, zeker onder stressvolle of moeilijke omstandigheden zoals patiënten in het UMCG die een (chronische) ziekte hebben. Sociale relaties maken het mensen mogelijk om samen te werken. Het kan helpen om als patiënt samen met anderen te werken aan leefstijl. De leefstijlcoach zelf kan hierbij helpen, maar kan ook andere belangrijke anderen van de patiënt hierbij betrekken.

Volgens Winsemius et al. (2016) blijkt het vergroten van sociale vaardigheden ook helpend te zijn. Wanneer patiënten zelf niet over voldoende sociale vaardigheden beschikken om

contacten te leggen of te onderhouden dienen zij hierin ondersteund te worden (Bouwman & van Tilburg, 2020). De leefstijlcoach kan patiënten hierin ondersteunen of anderszins doorverwijzen naar mogelijke trainingen in de buurt van de patiënt.

Daarnaast blijkt vanuit de GGZ het inzetten van een ervaringsdeskundige (zoals iemand die dezelfde ziekte zoals een beroerte heeft gehad) ondersteunend te zijn aan de behandeling bij mensen die eenzaam of kwetsbaar zijn (Van der Kooij & Keuzenkamp, 2018). Een voorbeeld binnen het UMCG is het inzetten van mensen binnen de afdeling Oncologie, die eerder kanker hebben gehad, zodat zij anderen kunnen ondersteunen wanneer de diagnose net is vastgesteld.

Als laatste blijkt het betrekken van de sociale contacten van patiënten van belang (GGZ Standaarden, 2015). Betrekken van familie en andere belangrijke anderen kan betekenen dat zij een bemiddelende functie in het contact met hulp- of zorgverleners hebben. Ook kunnen zij worden ingeschakeld bij de leefstijlanamnese en het opstellen van een leefstijlplan. Verder kunnen zij wanneer een patiënt met het leefstijlplan aan de slag gaat helpen bij het uitvoeren de opgestelde doelen door samen gezond te eten of over iemands leefstijl te praten. Als laatste kunnen zij ook ondersteuning bieden tijdens het leefstijltraject en de patiënt motiveren om te werken aan zijn leefstijl. Ook kan het betrekken van het netwerk ervoor zorgen dat wanneer een hulpverlenings- of begeleidingstraject is afgelopen de cliënt of patiënt nog steeds in een ondersteunende omgeving is (Steyaert & Kwekkeboom, 2012). Dit kan helpend zijn ten aanzien van een duurzame gedragsverandering.

2.5 Slotparagraaf theoretisch kader

In dit hoofdstuk is de basis gevormd voor de onderzoeksvraag die onderzocht gaat worden en de vragen die gesteld zullen worden in de interviews. Er is beschreven hoe het werk van de leefstijlcoach er in het algemeen en specifiek binnen het UMCG uitziet en hoe het sociale netwerk en eenzaamheid daar onderdeel van zijn. In het algemeen blijkt er aandacht te zijn voor het sociale netwerk en eenzaamheid, met name in kader van positieve gezondheid. Hoe leefstijlcoaches in het UMCG hier aandacht voor hebben is niet bekend en wordt onderzocht. Vanuit de sociologische literatuur blijkt het van belang om als leefstijlcoach aandacht te

hebben voor het sociale netwerk en eenzaamheid. Bij patiënten in het UMCG blijkt deze aandacht des te meer van belang gezien het feit dat patiënten met een chronische ziekte meer kans hebben op eenzaamheid. Verder blijkt dat sociale relaties de gezondheid zowel direct als ook indirect beïnvloeden. Zo kan eenzaamheid en het sociale netwerk, en met name de sociale steun die daaruit wel of niet uit voortkomt, via biologische, psychologische en gedragsprocessen invloed uitoefenen op de gezondheid. Vanuit de Self-Determination theory en de Self-Management of Wellbeing theory kan gesteld worden dat het van belang is om aandacht te hebben voor de intrinsieke motivatie van mensen, verbondenheid, naasten en zelfmanagementvaardigheden van patiënten. Dit met als doel gezondheidsgedrag te beïnvloeden en voor een gezonde leefstijl van patiënten te zorgen.

3. Methoden van dataverzameling

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen (zie hoofdstuk 1) is fieldresearch (interviews) gedaan. Het doel van dit hoofdstuk is het toelichten van de onderzoeksmethode die daarbij gebruikt is. Op deze manier wordt de betrouwbaarheid van het onderzoek gewaarborgd en worden de stappen in de dataverzameling zichtbaar. Ten eerste wordt de onderzoeksmethode beschreven. Vervolgens wordt uitleg gegeven over de werving en selectie van de leefstijlcoaches. Hierna wordt beschreven om welke reden voor interviews is gekozen, hoe het interviewschema is opgebouwd en hoe de gegevens uit de interviews zijn geanalyseerd. Vervolgens wordt de betrouwbaarheid en validiteit beschreven en als laatste de ethische principes die tijdens het onderzoek in acht zijn genomen.

3.1 Onderzoeksmethode

3.1.1 Kwalitatief onderzoek

De vraagstelling is onderzocht door kwalitatief onderzoek te doen. Het onderzoek is van exploratieve aard: de onderzoeksvraag kent een verkennend karakter. Nog niet eerder werd binnen het UMCG onderzocht hoe leefstijlcoaches aandacht hebben voor eenzaamheid en het sociale netwerk in de begeleiding die zij geven aan patiënten die een leefstijltraject volgen. Dit onderzoek is uitgevoerd door interviews af te nemen bij leefstijlcoaches binnen het UMCG (zie paragraaf 3.3 voor een omschrijving van deze methode). De leefstijlcoaches zijn gevraagd naar hun (werk)ervaringen, gedachten en meningen. Volgens Hennink et al. (2020) is een kwalitatieve benadering hier toepasselijk voor. Een kwalitatieve benadering levert niet-numerieke gegevens op, waarbij een diepgaand inzicht verkregen wordt in hoe mensen het eigen handelen interpreteren (Roose & Meuleman, 2014). ‘Verstehen’ staat hierin centraal: het begrijpen van de diepere betekenis van het gedrag en de gedachten van de participant (Hennink et al., 2020; Roose & Meuleman, 2014). Het doel is dan ook om de situaties die de participanten beschrijven en de betekenis die zij daaraan geven te leren begrijpen. Om een goed beeld te krijgen van de werkwijze van leefstijlcoaches is het van belang de context waarin de situaties worden beschreven tot in detail te onderzoeken.

3.1.2 Halfopen, halfgesloten meetproces

In onderzoek wordt vaak onderscheid gemaakt tussen open en gesloten meetprocessen (Roose & Meuleman, 2014). Kwantitatief onderzoek zoals een survey-onderzoek, is een meer gesloten meetproces omdat de concepten vooraf zijn bepaald en respondenten kunnen kiezen uit een beperkt aantal antwoordopties. Dit verloopt dan ook duidelijk via de afgebakende fasen van onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek werkt men meer open, waarbij onderzoekers wisselen tussen de verschillende onderzoeksfasen (Hennink et al., 2020, p.316). Dit wordt ook wel een iteratief proces genoemd. Zo mag men bijvoorbeeld tijdens het analyseren van de interviews teruggaan naar de onderzoeksvraag, om te kijken of de onderzoeksvraag nog steeds in lijn is met de gegevens die zijn verzameld. De onderzoeksfasen zijn dus in wisselwerking met elkaar en flexibel. Het iteratieve proces is vooral een cyclisch proces in plaats van lineair. Het gaat om het verfijnen en verbeteren van het vastleggen van de gegevens die relevant zijn voor de onderzoeksvraag.

Hennink et al. (2020, p.4) beschrijven de volgende onderzoeksfasen in kwalitatief onderzoek: de ontwerpcyclus, de dataverzamelingscyclus en de analytische cyclus. De ontwerpfase bestaat uit vier taken: het ontwerpen van de probleemstelling, uitvoeren van literatuuronderzoek (en het ontwikkelen van een theorie), een conceptueel raamwerk ontwikkelen en de onderzoeksmethoden kiezen. De dataverzamelingscyclus bestaat uit het ontwikkelen van het onderzoeksinstrument, het werven van participanten, het verzamelen van de data en maken van gevolgtrekkingen op basis van de opgedane kennis. De analytische cyclus bestaat uit data-analyse, het ontwikkelen van codes, beschrijvingen en vergelijking van de codes, het categoriseren van een theorie en het ontwikkelen van een theorie.

De mate van openheid varieert nogal in kwalitatief onderzoek (Roose & Meuleman, 2014). Het ene onderzoek heeft bijvoorbeeld een meer open karakter waarbij concepten en theorieën vooraf niet vastliggen. Er wordt dan geheel open geïnterviewd. Bij een minder open onderzoek zijn concepten vooraf wel deels vastgelegd en kunnen als handvat dienen voor de leidraad van een interview. In dit onderzoek is een halfopen halfgesloten meetproces gehanteerd: voorafgaand aan de dataverzameling zijn concepten en theorieën al deels onderzocht en ontwikkeld. Deze zijn dan ook gebruikt bij het opzetten van de interviewvragen. Na afloop van de interviews is nogmaals teruggegaan naar de eerste fasen van het onderzoek en zijn aanpassingen gemaakt waar nodig.

3.1.3 'Emic' en 'etic' benadering

Tijdens de dataverzameling en het beoordelen van data kan vanuit verschillende perspectieven naar de data gekeken worden. Roose & Meuleman (2014) beschrijven een 'emic' en een 'etic' benadering.

Het 'emic' perspectief houdt verband met het eerder besproken begrip 'verstehen' (Hennink et al., 2020, p.18). Bij het 'emic' perspectief van onderzoek staat het reconstrueren van het insider perspectief van de doelgroep centraal. Er wordt ook wel gesproken van het *interpretatieve paradigma*: dit aspect omvat het bestuderen van subjectieve betekenissen die mensen geven aan hun ervaringen. Dit paradigma houdt rekening met de mate van 'subjectiviteit' in de perspectieven en ervaringen van de doelgroep: er is niet één perspectief op de werkelijkheid. Het wordt ook wel het eerste persoonsperspectief genoemd. In dit onderzoek staan de meningen en ervaringen van leefstijlcoaches op en over hun werkwijze, wat betreft eenzaamheid en het sociale netwerk, centraal. Dit perspectief helpt dus om de werkwijze van leefstijlcoaches te begrijpen. De beschrijvingen van de onderzoeker houden rekening met de betekenis van de sociale acties binnen de context van de doelgroep. De onderzoeker maakt gebruik van de context-specifieke begrippen en categorieën die de insiders (leefstijlcoaches) hanteren. De onderzoeker ontwikkelt vanuit het 'emic' perspectief nieuwe concepten op basis van de meningen en ideeën van de leefstijlcoaches.

Bij een 'etic' perspectief wordt gerefereerd naar het outsiders perspectief; een meer derde persoonsperspectief, vanuit de onderzoeker (Hennink et al., 2020). Ondanks dat bij het 'emic' en 'etic' perspectief een objectieve houding van belang is, worden de analyses bij een 'etic' benadering vanuit een meer objectief perspectief bekeken. De beschrijvingen van de onderzoeker maken vaker gebruik van neutrale begrippen en theorieën, die los staan van de context. De onderzoeker hanteert meer haar eigen begrippen of theorie. Zo koppelt de onderzoeker bepaalde factoren die van belang zijn voor het onderzoek aan de beschrijvingen die de leefstijlcoaches geven in de interviews. De concepten worden los van de context bekeken waardoor het perspectief van de leefstijlcoach vervaagt. Er wordt ook wel gesproken van het *positivistische paradigma*: dit paradigma houdt geen rekening met de contextuele factoren die de mensen in het onderzoek beïnvloeden. In dit onderzoek wordt meer vanuit een 'emic' perspectief onderzoek gedaan.

3.1.4 Reflexiviteit en positionaliteit

Met name in kwalitatief onderzoek is het van belang om als onderzoeker bewust te zijn van de mate waarin de sociale wereld van de onderzoeker zelf evenals die van participanten, invloed heeft op het onderzoeksproces (Hennink et al., 2020, p.19). Dit beïnvloedt namelijk de kwaliteit van het onderzoek. Deze invloed van de sociale wereld speelt met name een rol tijdens het verzamelen en interpreteren van de data. Om te voorkomen dat de verwachtingen en bestaande ideeën het onderzoek zo min mogelijk beïnvloeden, is het van belang om als onderzoeker bewust te reflecteren op de mate van invloed op het onderzoeksproces: ook wel *reflexiviteit*. Dit is nodig om een valide en legitiem onderzoek te construeren.

Hennink et al. (2020) maken onderscheid tussen persoonlijke reflexiviteit en interpersoonlijke reflexiviteit. Persoonlijke reflexiviteit houdt in dat de onderzoeker nadenkt over hoe de aannames of achtergrond de resultaten hebben kunnen beïnvloeden. Zo is geprobeerd door de onderzoeker zonder aannames te redeneren over hoe de werkwijze van een leefstijlcoach hoort te zijn, het interview met de participanten open in te gaan en daarbij geen suggestieve vragen te stellen. Interpersoonlijke reflexiviteit houdt in dat de interviewsetting en de dynamiek tussen de onderzoeker en participant de resultaten kunnen beïnvloeden. Hier is rekening mee gehouden door de leefstijlcoaches op hun gemak te stellen en eerst rustig kennis te maken, voordat er dieper ingegaan werd op de belangrijke thema's van onderzoek.

Ook de *positionaliteit* is van belang om als onderzoeker bewust van te zijn. Overwegingen ten aanzien van de onderzoeker en de participant en de (machts-)relaties tussen hen zijn hierbij van belang (Hennink et al., 2020, p.98).

3.2 Werving leefstijlcoaches

Waar kwantitatief onderzoek tot doel heeft sociale problemen te meten en uitspraken te doen op populatieniveau, richt kwalitatief onderzoek zich op het verkrijgen van gedetailleerde informatie over een specifieke doelgroep. Het is gebruikelijk bij kwalitatief onderzoek dat deelnemers door middel van *doelgerichte werving* geselecteerd worden (Hennink et al., 2020, p.92): De participanten die over voldoende informatie beschikken in relatie tot de onderzoeksvraag worden door de onderzoeker uitgekozen als onderdeel van de steekproef. Deze werving sluit aan bij het interpretatieve paradigma zoals hiervoor beschreven. Deze

doelgerichte steekproef kan zorgen voor verdiepende kennis evenals verschillende perspectieven van de participanten.

In dit onderzoek zijn participanten verworven via de *gatekeepers methode* (Hennink et al., 2020, p.99). Deze methode maakt gebruik van zogenaamde gatekeepers, namelijk personen die een prominente rol hebben binnen de organisatie waarin het onderzoek wordt uitgevoerd. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de contacten die de onderzoeker vanuit het formele netwerk binnen het UMCG had: via het netwerk van de stagebegeleidster. Zij is werkzaam binnen GLIM. Aangezien zij en collega's van de onderzoeker bij GLIM connecties hebben met leefstijlcoaches binnen het UMCG, heeft zij de onderzoeker met hen in contact gebracht. Vervolgens heeft de onderzoeker een aantal van deze leefstijlcoaches benaderd voor het onderzoek (zie subparagraaf 3.2.3). Ten aanzien van *positionaliteit* hebben Hennink et al. (2020, p.99) kritiek op de gatekeepers methode wat betreft het werven van de participanten. Zij hebben kritiek omdat de eigen belangen van de gatekeepers de selectie van de participanten beïnvloedt. In dit onderzoek is er weloverwogen een keuze gemaakt om gebruik te maken van deze methode. Bij de werving van de participanten is een bepaalde mate van homogeniteit van belang: de personen hebben dezelfde specifieke kenmerken. Hierdoor kunnen algemene uitspraken gedaan worden over de doelgroep. Voor dit onderzoek is het van belang dat alle participanten leefstijlcoach zijn en ervaringen hebben als leefstijlcoach binnen het UMCG.

Een andere methode die gebruikt is bij de werving van participanten, is de *sneeuwbal steekproef* (Hennink et al., 2020, p.104). Deze steekproef maakt gebruik van een deelnemer die al participeert aan het onderzoek. Eén persoon is via deze methode verworven. De onderzoeker krijgt via deze persoon een nieuwe deelnemer voor het onderzoek. De nieuwe deelnemer voldeed aan de juiste, specifieke kenmerken voor deelname aan het onderzoek.

De grootte van de steekproef verschilt vaak veel tussen kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Voor kwalitatief onderzoek wordt vaak een kleine steekproef gebruikt om de informatie te verkrijgen (Hennink et al., 2020, p108). De focus ligt bij kwalitatief onderzoek meer op de rijkheid in plaats van, zoals bij kwantitatief onderzoek, op het aantal deelnemers. Bij kwantitatief onderzoek worden vaak grotere steekproeven gebruikt. Er wordt informatie achterhaald over een bepaalde populatie waarbij numerieke gegevens centraal staan. Bij kwalitatief onderzoek zijn meningen belangrijker. Bij kwalitatief onderzoek speelt *saturatie*

een grote rol in het bepalen van de steekproef. Een kleine steekproef bij kwalitatief onderzoek is vaak voldoende omdat op een gegeven moment verzadiging op zal treden tijdens de gegevensverzameling. Tijdens nieuwe interviews gaan zich herhalingen voordoen uit eerdere interviews en wordt er weinig tot geen nieuwe informatie meer verkregen. De gegevens worden tijdens de dataverzameling beoordeeld waarbij wordt gekeken of er al verzadiging is bereikt of dat er nog meer gegevens nodig zijn. Waar men bij kwantitatief onderzoek kan generaliseren naar een grotere populatie, is dit niet het geval én niet het doel van kwalitatief onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek staat de subjectiviteit van de participanten meer centraal staat en wordt de werkelijkheid door de participanten geconstrueerd.

In dit onderzoek is gestreefd naar tien participanten om het punt van saturatie te bereiken. Aangezien het pas laat duidelijk was voor de onderzoeker dat er maar drie leefstijlcoaches werkzaam waren binnen GLIM is ervoor gekozen om in ieder geval deze drie te interviewen. Aangezien drie participanten niet voldoende is, is ervoor gekozen om de leefstijlcoaches binnen het UMCG breed te interviewen. Vervolgens heeft de onderzoeker geïnformeerd bij team GLM hoeveel leefstijlcoaches er werkzaam zijn binnen het UMCG. Dit aantal bleek bij hen niet bekend. Dit heeft te maken met het feit dat de leefstijlcoach zijn functie en taken nog in ontwikkeling zijn binnen het UMCG. Ook is de rol van de leefstijlcoach binnen GLIM nog in ontwikkeling; het is niet bekend hoe dit zich verder zal gaan ontwikkelen.

Verder heeft de onderzoeker via een collega binnen team GLIM nog een aantal namen van leefstijlcoaches verkregen. Er zijn twee namen verkregen van: een leefstijlcoach werkzaam binnen een ander project binnen het UMCG en een verpleegkundig consulente binnen de afdeling Neurologie, die leefstijl als vast onderdeel bespreekt. Vervolgens is contact opgenomen met de manager van het Beatrixoord² in het UMCG, aangezien hij coördinator is van de beweeg- en leefstijladviseurs op deze locatie. Via hem zijn vier namen verkregen. Deze vier participanten zijn allen beweeg- en leefstijladviseur. Twee hiervan hebben daadwerkelijk deelgenomen aan het onderzoek, van de andere twee is geen reactie verkregen. Gezien de tijdsdruk en de vakantieperiode is gevraagd aan de collega binnen GLIM waarvan de namen verkregen zijn, of zij ook zelf wilde deelnemen aan het onderzoek. Zij heeft de opleiding tot leefstijlcoach gedaan maar is nog niet werkzaam als leefstijlcoach. Daarnaast is nog één persoon via de sneeuwbal methode verkregen zoals hiervoor beschreven. Uiteindelijk

² Patiënten kunnen terecht bij Beatrixoord voor revalidatie (het Centrum voor Revalidatie (CvR)), chronische pijn (het pijncentrum) en tuberculose (het tuberculosecentrum). Hier worden ook leefstijlcoaches ingezet.

zijn er negen interviews afgenomen. In hoofdstuk vier worden de specifieke kenmerken van de participanten weergegeven (zie Tabel 1).

3.3 Interviews

3.3.1 Diepte-interviews

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van diepte-interviews (Hennink et al., 2020). Deze methode van dataverzameling is een 1 op 1 methode waarbij de interviewer en deelnemer met elkaar in gesprek zijn en waarin interactie centraal staat (Hennink et al., 2020; Roose & Meuleman, 2014). Met deze methode kan informatie, en kunnen ervaringen en meningen van leefstijlcoaches achterhaald worden (Roose & Meuleman, 2014). De kracht van diepte-interviews is het verkennen van de leefwereld van individuen en hoe zij hun omgeving en handelingen kaderen en begrijpen (Roose & Meuleman, 2014). Deze methode sluit aan bij het eerder besproken ‘emic’ perspectief en het interpretatieve paradigma: er wordt gefocust op de meningen en ervaringen van de leefstijlcoaches. Diepte-interviews hebben een verkennend karakter waarbij flexibiliteit een van de grootste voordelen is. De structuur van het interview ligt niet volledig vast, maar wordt gestuurd door de participanten en de onderzoeker (Roose & Meuleman, 2014). De onderzoeker probeert de handelingen en opvattingen van leefstijlcoaches te interpreteren en hun visie op de realiteit te achterhalen (Roose & Meuleman, 2014). Het doel in dit onderzoek is om een goed beeld te krijgen van de ervaringen van de leefstijlcoaches en hun werkwijze en manier van omgang met eenzaamheid bij patiënten en hun sociaal netwerk.

3.3.2 Semigestructureerde interviews

Interviews verschillen qua structuur en de mate waarin thema's van tevoren vastliggen (Roose & Meuleman, 2014). Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews: hierbij ligt een deel van de interviewvragen vast (Hennink et al., 2020, p.116). Hier is voor gekozen omdat dit past bij een explorerend onderzoek. Er worden een aantal thema's opgesomd die de onderzoeker wil behandelen tijdens het diepte-interview. De onderzoeker heeft vooraf een interviewschema opgesteld met vragen bijbehorend bij de thema's, maar ook was er ruimte voor andere vragen. Het interview dient als leidraad voor de onderzoeker. Het is belangrijk dat er vrijheid voor de onderzoeker is om door te vragen op de antwoorden van de geïnterviewde.

Voordat de daadwerkelijke gegevensverzameling van start ging is eerst een pilot-interview gedaan (Roose & Meuleman, 2014). Op deze manier kan getest worden of het interviewschema een goede structuur heeft, of de thema's passend zijn, of de vragen helder zijn en of de onderzoeksvraag op deze manier beantwoord kan worden (Hennink et al., 2020, p.125). Het pilot-interview is gedaan met een persoon binnen het UMCG die de opleiding tot leefstijlcoach heeft gedaan, maar zelf niet werkzaam is als leefstijlcoach. Ze beschikte over genoeg kennis om het pilot-interview te doen. Daarnaast was zij een geschikte kandidaat omdat zij eerder studenten begeleidde bij het afnemen van pilot-interviews.

Het pilot-interview is online afgenomen. Van tevoren is afgesproken welke rol de geïnterviewde aan ging nemen en wat het pilot-interview tot doel had. Vervolgens is na afloop van het interview besproken hoe het interview ging en is om feedback gevraagd. De feedback was over het algemeen dat er goed aangehaakt werd op het verhaal dat de geïnterviewde vertelde. Ook ervaaarde zij dat er naar haar geluisterd werd en dat de interviewer oprecht geïnteresseerd was. Waar nog verbeteringen in getroffen konden worden volgens haar en de onderzoeker was dat de intro concreter kon. Dit verliep nu wat stroef. Daarnaast kon het doel van het onderzoek duidelijker naar voren worden gebracht. De onderzoeker heeft uit dit pilot-interview meegenomen dat er beter doorggevraagd kan worden en dat de focus niet moet liggen op het behandelen van alle onderwerpen maar meer op meebewegen met de geïnterviewde zijn verhaal.

De onderzoeker heeft alle participanten voorgelegd de interviews face-to-face af te nemen. Daarbij is er ook voorgesteld om het interview online af te nemen, mocht er een participant zijn die hier de voorkeur aangaf. Wanneer het interview fysiek werd afgenomen, is de mogelijkheid geboden dit binnen het UMCG af te nemen in een kamer of bij de participant zelf op de afdeling. Bij de online interviews is gebruik gemaakt van Microsoftprogramma Teams. De verwachte interview tijd was 45 minuten tot een uur.

3.3.3 Opzet interviews

Het semigestructureerde interviewschema is gebaseerd op het boek van Hennink et al. (2020): '*Qualitative Research Methods*', en op het theoretisch kader. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van het trechtermodel, waarbij steeds meer naar de kern wordt toegewerkt (Hennink et al., 2020, p.119). Zie voor het interviewschema bijlage D.

De structuur van de vragenlijst is als volgt opgebouwd:

- Introductie

Eerst werd door de onderzoeker een korte introductie gehouden waarin de duur, de inhoud en het doel van het interview is besproken. Vervolgens is gevraagd of de participant akkoord ging met de audio-opname van het interview en zijn de ethische kwesties zoals anonimiteit (door te benoemen dat namen niet genoemd worden), betrouwbaarheid en vrijwilligheid genoemd. Zie 3.6 voor de ethische principes. Vervolgens is besproken dat de interviews worden getranscribeerd en de transcripten in het computerprogramma Atlas.ti worden gezet. Zie 3.4 voor een uitgebreide uitleg over de dataverwerking. Vervolgens is genoemd dat de data op een veilige plek opgeslagen wordt binnen de Rijksuniversiteit Groningen en alleen beschikbaar is voor de onderzoeker en haar begeleiders. Vervolgens is genoemd dat de opname en het transcript na afloop van het onderzoek worden verwijderd. Voor het interview begon is gevraagd of er nog vragen waren.

- Inleiding

Het interview is gestart met een paar inleidende vragen over de functie, achtergrond en werkzaamheden binnen de organisatie van de participant. Dit is van belang omdat leefstijlcoaches veelal verschillende achtergronden hebben en in verschillende afdelingen werkzaam zijn. Ook in verband met de context van het onderzoek. Deze introductie dient om een vertrouwensband op te bouwen met de participant. Ook wel *rapport* genoemd door Hennink et al. (2020, p.128). Het is volgens hen belangrijk de tijd te nemen om een participant te leren kennen en hem op zijn gemak te stellen voordat er wordt begonnen met het interview. Vervolgens is een openingsvraag gesteld om het interview op gang te brengen en het onderwerp te introduceren. Dit was een vraag waardoor diegene warm wordt gedraaid voor het onderwerp. In dit onderzoek: *'hoe ziet uw werk als leefstijlcoach eruit?'*

- Kern

Hierna is met open vragen dieper ingegaan op wat de participant belangrijke thema's vindt in zijn of haar coachinggesprekken. Er is gebruik gemaakt van sleutelvragen. Dit zijn leidende vragen waar vervolgens op doorgevraagd kan worden door de onderzoeker (Hennink et al., 2020, p.124). Om door te vragen zijn *probes* opgesteld: er wordt doorgevraagd op de antwoorden die de participanten geven waardoor verdiepende informatie achterhaald kan worden. Voorbeeld hiervan zijn: 'waarom', 'wanneer' en 'kunt u een voorbeeld geven van?'. Het was de bedoeling dat de onderwerpen automatisch in verloop van het gesprek aan bod kwamen. Was dit niet het geval, introduceerde de onderzoeker het onderwerp zelf. Ook tijdens het interview is rekening gehouden met het behouden van rapport, door een open houding aan te nemen, de geïnterviewde de ruimte te geven haar verhaal te doen, oogcontact

te maken, te glimlachen en te knikken. Hierdoor voelden de participanten zich mogelijk meer op hun gemak en durfden zij hun mening eerder te uiten (Hennink et al., 2020, p.129).

Het eerste belangrijke onderwerp ging over het sociale netwerk. De sleutelvraag die hierbij hoort is *‘Kunt u iets vertellen over de rol van het sociale netwerk bij leefstijlbegeleiding?’*. Deze vraag werd gesteld om een indruk te krijgen van de mening van de participant wat betreft zijn kijk op de rol van het sociale netwerk bij zijn coachinggesprekken. Daarbij was ook aandacht voor in hoeverre de leefstijlcoach het sociale netwerk betreft bij de begeleiding en wat hij daarvan vindt als het gaat om effectiviteit van de leefstijlgesprekken en duurzame gedragsverandering die dit tot doel heeft. Er wordt naar het sociale netwerk gevraagd aangezien het vanuit de literatuur bekend is dat het sociale netwerk een positief effect kan hebben op het leefstijlprogramma. Ook als het om eenzaamheid gaat speelt het sociale netwerk daar een grote rol in. Hier wordt naar gevraagd omdat dit helpend kan zijn in de toekomstige werkwijze van de leefstijlcoach binnen GLIM en hun aandacht voor eenzaamheid en het sociale netwerk bij patiënten.

Het volgende, aansluitende, belangrijke onderwerp ging over eenzaamheid. Mocht dit niet al aan bod zijn gekomen bij de vragen hiervoor werd de volgende vraag gesteld: *‘Kunt u eens iets vertellen over de rol van eventuele eenzaamheid tijdens uw coachinggesprekken?’*. Aangezien eenzaamheid en het sociale netwerk aan elkaar verbonden zijn als in dat eenzaamheid een bepaalde vorm of tekort aan sociaal netwerk kan veronderstellen, is in het interview ook geprobeerd deze verbinding te leggen. In het interviewschema zijn deze twee uit elkaar gehaald, maar tijdens het interview liepen deze vaak in elkaar over. Vervolgens werd het volgende onderwerp naar voren gebracht als dit nog niet aan de orde was gekomen. Dit ging over de aanpak van eenzaamheid of een gebrek aan sociaal netwerk.

Het doel van voorgaande vragen en onderwerpen was om te achterhalen hoe de leefstijlcoach zélf tegen het sociale netwerk, eenzaamheid en de aanpak en rol daarvan in coachinggesprekken aan kijkt. Ook welk belang de leefstijlcoach eraan hecht, of en hoe iemand het ter sprake brengt en of iemand daar verder nog andere ideeën over heeft als het gaat om leefstijlcoaching. Deze informatie kan zinvol zijn voor de toekomstige leefstijlcoach die wordt ingezet binnen het UMCG.

- Afsluiting

Als afsluiting is gebruik gemaakt van een sluitingsvraag. Dit is van belang omdat het interview anders te abrupt stopt (Hennink et al. 2020, p.120). Eerst werd door de onderzoeker gevraagd of de participant nog behoeften of belangrijke punten had om te noemen als het gaat om het integreren van aandacht voor eenzaamheid en het sociale netwerk. Op deze manier werd de deelnemer in staat gesteld om zijn of haar ideeën en meningen te delen. Vervolgens werd het gesprek door de onderzoeker kort samengevat en is een belangrijk positief punt benoemd over de participant om het gesprek soepel ten einde te laten verlopen. Vervolgens is de participant bedankt voor zijn deelname waarna het interview werd afgesloten.

Uiteindelijk duurde het kortste interview 35 minuten. Deze participant had aangegeven een half uur tijd te hebben voor het interview. Hier is rekening mee gehouden. De andere interviews duurden 45 minuten tot 75 minuten. Daarnaast is in overleg met de participant een audio-opname gemaakt. Van deze opname is een transcript gemaakt waar de onderzoeker haar resultaten, door middel van coderen, uit heeft gehaald (zie volgende paragraaf 3.4).

3.4 Dataverwerking en data-analyse

De interviews zijn aan de hand van een thematische analyse geanalyseerd (Braun & Clarke, 2012). Bij deze methode analyseert de onderzoeker de interviewtranscripten nauwkeurig en bepaalt systematisch overkoepelende thema's of patronen (Hennink et al., 2020). Om kwalitatieve data te analyseren kunnen inductieve en deductieve processen worden gebruikt. Bij inductief onderzoek laat je thema's bepalen door de gevonden data en probeer je een nieuwe theorie te creëren. Bij deductief onderzoek worden begrippen voorafgaand aan het onderzoek geoperationaliseerd waarbij je op literatuur gebaseerde theoretische verwachtingen probeert te verfijnen. De vragen die opgesteld zijn in het interview worden dan deels vanuit een duidelijk, concreet theoretisch kader benaderd (Hennink et al., 2020). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van inductieve en deductieve processen. Deels zijn voorafgaand aan de gegevensverzameling thema's en codes ontstaan en deels naderhand.

Het doel van de thematische analyse is om patronen naar boven te krijgen. Aan de hand van die patronen kan de onderzoeksvraag beantwoord worden. Braun & Clarke (2012) verdelen de thematische analyse in zes stappen: (1) Vertrouwd raken met de data, (2) Initiële codes genereren (3) Zoeken naar thema's (4) Mogelijke thema's bekijken (5) Thema's definiëren en benoemen (6) Produceren van het eindrapport. Deze fasen kunnen gelijktijdig of cyclisch

plaatsvinden. Deze analyse is vooral beschrijvend van aard. De visie en werkwijze van de leefstijlcoach staan hierin centraal. Omdat het vanuit de literatuur bekend is dat het sociale netwerk van belang is bij eenzaamheid, is tijdens de analyse gekeken of en hoe de leefstijlcoach hier aandacht voor heeft. Tijdens het analyseren stonden de volgende analytische taken centraal (Hennink et al., 2020, p.239): data zoeken, beschrijven, vergelijken, categoriseren, en conceptualiseren.

Hieronder volgt een beschrijving van het verloop van de analyse en worden de analytische stappen verder toegelicht (Braun & Clarke, 2012):

1. Vertrouwd raken met de data

In de eerste stap is het van belang de data te verkennen. Dit betekent in dit onderzoek dat de audio teruggeluisterd en getranscribeerd is: het interview werd uitgetypt. Vervolgens zijn de transcripten uitgeprint en volledig doorgelezen waarbij aantekeningen zijn gemaakt. Er werd met de onderzoeksvraag in het achterhoofd alvast nagedacht over codes.

2. Initiële codes genereren

Vervolgens zijn de transcripten met bijbehorende aantekeningen voorzien van codes met behulp van het programma Atlas.ti (Verhoeven, 2020). Dit is een hulpprogramma waarmee de onderzoeker kwalitatieve gegevens op een systematische wijze kan analyseren. De transcripten worden als documenten in het programma geladen waarna je tekstfragmenten selecteert en codes toe kan kennen. Vervolgens kunnen de codes gegroepeerd worden in thema's. Door Atlas.ti te gebruiken wordt verantwoording en inzage van de verwerking van de data gegeven, met als doel het ontwikkelen van theorie.

De code zijn toegekend door relevante teksten of zinnen in het kader van de onderzoeksvraag te selecteren. Zo is bijvoorbeeld gezegd door een participant: "Je probeert echt geen woorden, geen wijzend vingertje, maar juist alle openheid, van waar wil je naartoe zelf en wat zie je zelf als gezondheid?" Dit is samengevat onder de code 'professionele houding leefstijlcoach'. Deze code heeft tot doel om het geselecteerde deel van het transcript naar een hoger, abstract en meer begrijpelijk niveau te tillen. Het is van belang dat alles wat relevant kan zijn, wordt gecodeerd en dat er een link blijft bestaan tussen de code en datgene wat de participant heeft gezegd. Tijdens de analyse is gekeken of er deductieve thema's bruikbaar waren vanuit de theorie. Was dit niet het geval, zijn nieuwe inductieve codes achterhaald vanuit de transcripten. Op deze manier zijn de transcripten omgevormd tot begrijpelijke resultaten.

De transcripten zijn individueel, meermaals doorgenomen om te controleren of er goed gecodeerd is, of codes nog aangepast, opgesplitst of juist samengevoegd moesten worden. Hier komt het iteratieve proces weer naar voren (Hennink et al., 2020, p.316). Dit sluit aan bij het inductieve proces van het maken van de codes waarbij tijdens het doorlezen van de transcripten steeds meer een bepaalde theorievorming tot stand komt. Dit versterkt de nauwkeurigheid en validiteit van het onderzoek.

3. Zoeken naar thema's

In deze stap werden de thema's geformuleerd op basis van de codes. Een thema is breder dan een code, en geeft betekenis aan de beschrijvende analyses (Braun & Clarke, 2006). De codes zijn steeds bekeken in het kader van de onderzoeksvraag en zijn met elkaar vergeleken om een zo'n grondig mogelijke codering aan te brengen. Op deze manier wordt de link gelegd tussen het beschrijven de data en het geven van verklaringen (Hennink et al., 2020). De codes zijn vervolgens gegroepeerd en gecategoriseerd, waarna deze codes een gezamenlijke naam kregen. Sommige codes waren op zichzelf al een thema, en sommige codes waren niet meer relevant. Het is van belang dat de thema's een relatie hebben met elkaar en op deze manier een duidelijk verhaal vertellen. Naast samenhang moeten thema's ook te onderscheiden zijn van elkaar. Voor de thema's zie het codeboek in bijlage E.

4. Mogelijke thema's bekijken

Vervolgens is in stap vier van belang dat de thema's beoordeeld worden en een goede weergave zijn van de gecodeerde data. Er wordt gekeken naar de inhoudelijke betekenis van de thema's waarbij teruggegaan wordt naar de data en wordt beoordeeld of de thema's de data goed weergeven en een antwoord kunnen geven op de onderzoeksvraag. De data zijn daarom nogmaals doorgenomen om te kijken of er nog thema's missen, of een thema mogelijk niet passend was bij de bijbehorende codes, of dat er nog andere aanpassingen gemaakt moesten worden. Hier komt het iteratieve proces weer naar voren: hetzelfde patroon wordt steeds herhaald (Hennink et al., 2020). Er wordt steeds heen en weer bewogen tussen de thema's en het transcript.

5. Thema's definiëren en benoemen

Wanneer de thema's zijn gemaakt is het van belang dat ieder thema een definitieve naam krijgt. Elk thema moet een duidelijke focus en doel hebben zodat het thema helpt de data te begrijpen en een verhaal vormt. Na het categoriseren worden de thema's aan elkaar gelinkt en ontstaan de concepten waarmee de onderzoeksvraag beantwoord kan worden. Door per thema in een paar zinnen te beschrijven wat het thema tot doel heeft wordt duidelijk hoe het thema gebruikt kan worden in relatie tot de onderzoeksvraag (Hennink et al., 2020).

6. Producteren van het eindrapport

Ten slotte is het resultaat weergegeven in een rapport (Braun & Clarke, 2006). Op basis van de analyse wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Het is daarbij van belang dat de thema's hierin leidend zijn, en op de juiste volgorde het verhaal vertellen. Ook moeten ze logisch op elkaar aansluiten en een rode draad in het verhaal vormen zodat het duidelijk is voor de lezer wat bedoeld wordt. Hierbij is het van belang dat er samenhang is. In de conclusie wordt de onderzoeksvraag pas beantwoord.

3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

In kwalitatief onderzoek is het van belang om naar betrouwbaarheid en validiteit te kijken. Shenton (2004) neemt deze twee begrippen samen in zijn methode en omschrijft dit als *trustworthiness*. Om hieraan te voldoen is het van belang de volgende criteria bij langs te gaan: 'credibility', 'transferability', 'dependability' en 'confirmability'. Deze criteria vullen de methode van Hennink et al. (2020) aan. Hieronder wordt beschreven hoe dit in dit onderzoek is toegepast.

Credibility

Het eerste criteria is credibility en verwijst naar geloofwaardigheid. Bij geloofwaardigheid gaat het erom dat de bevindingen overeenkomen met het werkelijke perspectief van de participanten. Dit wordt ook wel de interne validiteit genoemd. Het gaat hierbij vooral om de eerlijkheid van de participant, dat de participant ook daadwerkelijk vertelt wat hij of zij gelooft, denkt en vindt. De geloofwaardigheid is vergroot door 'rapport', een vertrouwensrelatie, op te bouwen waardoor de participant zich veilig voelde om zijn verhaal te doen. Er is benadrukt dat de participanten een eigen keuze hebben om mee te doen aan het onderzoek, en dat zij het onderzoek mogen beëindigen wanneer zij dit nodig achten. Verder wordt benoemd dat alle antwoorden helpend zijn, dat wil zeggen dat er geen goed of foute antwoorden zijn. Daarnaast heeft de onderzoeker alle verzamelde data verantwoord en gedocumenteerd. Om de betrouwbaarheid te vergroten kan ter toetsing een 'member check' gedaan worden, waarbij de transcripten en codes door een collega worden doorgenomen en de transcripten van de interviews verstuurd worden naar de participanten. Vanwege tijdsnood zijn de transcripten niet meer verstuurd naar de participanten. Als laatste is bijgedragen aan de geloofwaardigheid door 'thick descriptions' te maken van de bevindingen. 'Thick descriptions' zijn gedetailleerde beschrijvingen van de feitelijke situaties (m.b.v. codes en

thema's) die onderzocht zijn om verslag te doen van de bevindingen. Hierdoor is inzichtelijk gemaakt hoe de interviews zijn omgevormd tot heldere resultaten (zie hoofdstuk 4). Op deze manier kunnen personen die niet deelnamen aan het onderzoek inzicht krijgen in de bevindingen, interpretaties en resultaten die daaruit voortgekomen zijn.

Transferability

Het tweede criteria is transferability en verwijst naar overdraagbaarheid. Overdraagbaarheid kan vergeleken worden met externe validiteit in kwantitatief onderzoek (Shenton, 2004). Externe validiteit gaat over de mate waarin bevindingen op andere, bredere contexten of populaties kunnen worden toegepast. Aangezien het in kwalitatief onderzoek vaak om een klein aantal personen, in een specifieke context gaat, is het moeilijk om conclusies te trekken en toe te passen op andere situaties of populaties. In kwalitatief onderzoek moet de lezer zelf bepalen in hoeverre de resultaten overdraagbaar zijn naar andere contexten. In dit onderzoek kan zo'n context een ander ziekenhuis zijn waar leefstijlcoaches werkzaam zijn. Om hieraan bij te dragen heeft de onderzoeker alles wat onderzocht is helder omschreven en inzicht proberen te geven in de context waarin het plaatsvindt, inclusief voorbeelden. Hierbij is het volgende inzichtelijk gemaakt: het aantal deelnemers, de karakteristieken van de deelnemers, de methode die gebruikt is voor het onderzoek, het aantal en duur van de gegevensverzameling en de tijdsduur van de gegevensverzameling. Op deze manier werd het onderzoek meer betrouwbaar en meer valide. Het onderzoek is daardoor eerder bruikbaar en kan eerder herhaald worden.

Dependability

Het derde criteria is dependability en verwijst naar de betrouwbaarheid. Betrouwbaarheid gaat over in hoeverre dezelfde resultaten uit het onderzoek zullen komen wanneer het onderzoek in precies dezelfde context wordt herhaald. Volgens Shenton (2004) is hiermee overlap tussen de betrouwbaarheid en overdraagbaarheid van kwalitatief onderzoek. Aangezien de context in kwalitatief onderzoek steeds verandert is het lastig om precies dezelfde uitkomsten te krijgen. Daarom is het des te meer van belang om inzicht te geven in de onderzoeksmethoden, het onderzoeksontwerp en het ontwikkelen van de resultaten. Om de betrouwbaarheid te verhogen is het van belang de lezers van het onderzoeksrapport hier inzicht in te geven. Dit heeft de onderzoeker gedaan door zo gedetailleerd mogelijk te beschrijven hoe onderzoek is gedaan. De onderzoeksopzet en methoden van dataverzameling, evenals het codeerschema

zijn helder beschreven (zie Bijlage E). Wat betreft het interviewschema is de betrouwbaarheid vergroot door eerst een pilot-interview te doen (Roose & Meuleman, 2014).

Confirmability

Het vierde criteria is confirmability en verwijst naar bevestigbaarheid. Bevestigbaarheid, of ook wel objectiviteit in kwantitatief onderzoek houdt in dat de onderzoeker de resultaten zo onafhankelijk mogelijk beoordeelt. De onderzoeker is bij kwalitatief onderzoek zelf het meetinstrument. Hierbij is het van belang dat er objectief onderzoek gedaan wordt: de onderzoeker laat zijn menselijke percepties en meningen het onderzoek zo min mogelijk beïnvloeden. Op deze manier weerspiegelen de resultaten het perspectief van de participant zo goed mogelijk. Een belangrijk criterium voor bevestigbaarheid is het verminderen van de vooringenomenheid van de onderzoeker. Om dit te verminderen heeft de onderzoeker ervoor gezorgd zich tijdens het onderzoek bewust te zijn van haar voorkeuren en deze niet het onderzoek te laten bepalen. Ook wel ‘reflexiviteit’ genoemd (zie subparagraaf 3.1.4).

3.6 Ethische principes

Om wetenschappelijk verantwoord onderzoek te doen dient de onderzoeker rekening te houden met een aantal ethische principes. Dit is van belang aangezien het bij kwalitatief onderzoek om de meningen en gevoelens van de participanten gaat. In dit onderzoek is hier rekening mee gehouden in de verschillende fasen van kwalitatief onderzoek: het onderzoeksontwerp, dataverzameling en de analytische fase (Hennink et al., 2020, p.74-85).

Bij het ontwikkelen van het onderzoeksontwerp en werven van participanten is rekening gehouden met de ethische principes. Hier is rekening mee gehouden door het vragen van toestemming aan de participanten en door de participanten voldoende te informeren over het onderzoek (Hennink et al., 2020, p.71). De leefstijlcoaches zijn benaderd via de e-mail. Hun e-mailadres is verkregen via collega's uit het team GLIM. In de mail zijn ze geïnformeerd over het onderzoek middels een informatiebrief (zie Bijlage C), waar een aantal voorwaarden werden gesteld en de participanten op de hoogte werden gebracht van alle aspecten en rechten wat betreft deelname aan het onderzoek (Hennink et al., 2020, p.84). In het informed consent-formulier heb ik uitleg gegeven over het doel, structuur en duur van het interview. Vervolgens heb ik gevraagd om toestemming voor het audio-opnemen van het interview en het gebruiken van de data voor de onderzoeksresultaten. Ook werd hen verteld dat de data op een veilige

plek opgeslagen werd binnen de Rijksuniversiteit Groningen en alleen beschikbaar is voor de onderzoeker en haar begeleiders. Hierna zijn de participanten op de hoogte gebracht van het uitschrijven van de interviews: het transcriberen en het verwijderen van het transcript en de opname nadat het afstudeeronderzoek is ingeleverd. Daarnaast heb ik de participanten op de hoogte gebracht van de vrijwilligheid van deelname aan het onderzoek. De participanten hadden het recht om te stoppen met het onderzoek wanneer zij dit nodig achtten. Ook heb ik mijn gegevens in dit formulier gedeeld zodat ze mij ook konden benaderen mochten er vragen zijn. Vervolgens zijn de participanten gevraagd het toestemmingsformulier dat zij ook via de e-mail hebben ontvangen te ondertekenen en terug te sturen (zie Bijlage D voor het toestemmingsformulier). Zij gaven hiermee toestemming voor deelname aan het onderzoek. Ook voorafgaand aan het onderzoek is het informed consent doorgenomen en is toestemming gevraagd voor de audio-opname van het interview.

Bij het verzamelen van de data is rekening gehouden met de anonimiteit en vertrouwelijkheid van de verzamelde gegevens. Anonimiteit houdt in dat persoonlijke informatie op geen enkele manier herleidbaar is tot de persoon. Zo worden namen en adressen niet genoemd in het onderzoek. Vertrouwelijkheid betekent dat de transcripten en audio-opnames alleen beschikbaar zijn en blijven voor de onderzoekers en de participanten, en de interne stagebegeleider vanuit de Rijksuniversiteit Groningen. De vertrouwelijkheid is gewaarborgd door de identiteit van de participanten onherkenbaar te maken en de informatie veilig op te slaan op een beschermd deel van de Y-schijf van de universiteit, waar alleen de onderzoeker (student) en begeleider (docent) toegang tot hebben. Participanten hebben hier toestemming voor gegeven in het informed consent. Ook deze formulieren werden op de Y-schijf opgeslagen en na afloop vernietigd. Na afronding van de scriptie worden de audio-opnamen en transcripten vernietigd. Daarnaast mocht de onderzoeker de participanten ‘geen kwaad doen’. Daarbij was het van belang dat de onderzoeker de participanten zoals ieder ander behandelde, hun meningen en emoties respecteerde, empathie toonde en suggestieve vragen zoveel mogelijk vermeed.

Tijdens het analyseren is rekening gehouden met de ethische principes door op een eerlijke manier te documenteren. Daarnaast werd de anonimiteit gewaarborgd doordat de resultaten niet te herleiden waren naar de persoon. Hier werd ook rekening mee gehouden bij het selecteren van citaten tijdens het schrijven van de resultaten. De onderzoeker nam voor alle participanten te vragen of zij de transcripten en resultaten opgestuurd wilden hebben voordat

het onderzoek openbaar zou worden gemaakt, met als doel de participanten een kans te geven achter deze weergave te staan van het interview. Uiteindelijk zijn er geen interviews opgestuurd.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Deze worden beschreven aan de hand van de deelvragen (zie subparagraaf 1.10.2) om uiteindelijk in de conclusie antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag: *‘Hoe integreren leefstijlcoaches aandacht voor eenzaamheid en het sociale netwerk in de begeleiding die zij geven aan patiënten die een leefstijltraject volgen binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen?’* Allereerst volgt een beschrijving van de participanten en hun achtergrond. Vervolgens wordt beschreven wat de visie van leefstijlcoaches is op gezonde leefstijl en of en hoe eenzaamheid en sociaal netwerk daar onderdeel van zijn. Vervolgens wordt omschreven wat de aanpak van leefstijlcoaches is in het kader van eenzaamheid en het sociaal netwerk.

4.1 Achtergrond leefstijlcoaches

In dit onderzoek zijn negen participanten geïnterviewd. De geïnterviewden hebben verschillende achtergronden en zijn allen werkzaam op een afdeling binnen het UMCG. Deze participanten worden allen als ‘leefstijlcoach’ beschouwd. Hieronder wordt het volgende verstaan: iemand die werkzaam is in het UMCG en in gesprek gaat met patiënten ofwel cliënten waarbij leefstijl een vast onderdeel is van de gesprekken, of ten minste de opleiding tot leefstijlcoach heeft gevolgd en de focus in hun werk op leefstijl ligt. Voor een aantal geldt dat zij momenteel niet (meer) werkzaam zijn op de afdeling waar zij leefstijl met patiënten bespraken. Voor hen wordt de functie genoemd die relevant is in het kader van mijn onderzoek. Zij zijn of waren werkzaam op de volgende afdelingen/projecten: GLIM (waaronder afdelingen Groningen Transplantatie Centrum, Plastische Chirurgie, Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie), Neurologie, Oncologie, Beatrixoord (Arbeidsrevalidatie), Universitair Sport Medisch Centrum, Sportgeneeskunde, LOFIT³, Team Healthy Ageing Strategie, UMCG Leefstijlwijzer⁴ en het FINGER-NL project⁵. De participanten hadden verschillende opleidingen in het kader van het werk van de leefstijlcoach: Leefstijl academie van Bruckhaus, A+ opleiding, HBO Sport Gezondheid en Management, Master Healthy Ageing, Post Hbo bij AVleg Academie voor Leefstijl en

³ LOFIT is een Leefstijlloket Om leefstijl geneeskunde in de behandeling te integreren van patiënten in het ziekenhuis: Een nieuw zorgpad met verwijsopties naar leefstijl initiatieven in de regio.

⁴ De Leefstijlwijzer is onderdeel van GLIM: Een informatiepunt voor leefstijladviezen.

⁵ De FINGER-NL studie is een interventie waarin onderzoek wordt gedaan naar het effect van een combinatie van leefstijlaanpassingen op het denkvermogen van ouderen.

Gezondheid, Master Beweging en Gezondheid. Hieronder volgt een beschrijving van de participanten met daarin de belangrijkste kenmerken. Zie Tabel 1.

Tabel 1.

Karakteristieken participanten

| Naam | Leeftijd | M/V | Functie |
|------|-------------------|-----|-------------------------------------|
| P1 | 50-60 | V | Leefstijlcoach en leefstijlmakelaar |
| P2 | 50-60 | V | Leefstijlcoach |
| P3 | 30-40 (schatting) | M | Beweeg- en leefstijladviseur |
| P4 | 60-70 (schatting) | V | Verpleegkundig specialist |
| P5 | 60-70 | V | Coördinator/werkzaam bij GLIM |
| P6 | 30-40 | V | Leefstijlcoach |
| P7 | 40-50 (schatting) | V | Verpleegkundig consulent |
| P8 | 40-50 | M | Beweeg- en leefstijladviseur |
| P9 | 40-50 | V | Leefstijlcoach |

4.2 Visie op gezonde leefstijl

Om een goed beeld te schetsen van hoe leefstijlcoaches aandacht hebben voor eenzaamheid en het sociale netwerk bij patiënten is het van belang hun kijk op gezonde leefstijl weer te geven. Daarom wordt eerst beschreven welke visie de leefstijlcoaches hebben op gezonde leefstijl. Hierna wordt duidelijk wat zij met leefstijlcoaching willen bereiken en of, en zo ja, hoe eenzaamheid en het sociale netwerk daar onderdeel van zijn. Vervolgens wordt beschreven welke betekenis zij geven aan eenzaamheid en wat volgens hen oorzaken en risicofactoren zijn. Als laatst wordt de taakopvatting die de leefstijlcoaches hebben als het gaat om eenzaamheid en het sociale netwerk beschreven.

4.2.1 De BRAVO-leefstijlfactoren en meer

In antwoord op de vraag waar de leefstijlcoaches aandacht voor hebben als het om gezonde leefstijl gaat, blijkt dat ze veel verschillende leefstijlfactoren belangrijk vinden. In eerste instantie werden door alle participanten ten minste de zogenaamde ‘BRAVO-factoren’ genoemd. BRAVO staat voor Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding, Ontspanning. Sommigen gebruiken het als basis in gesprekken. Hun visie op gezonde leefstijl richt zich niet alleen op

deze factoren; dit is volgens hun niet allesomvattend als het om leefstijl gaat. Zo zegt een participant (P8):

“Het is niet alleen maar de BRAVO-factoren hè? Dus niet meer alleen bewegen, roken, voeding, alcohol, maar het is veel breder dan dat, financiën, stress, eenzaamheid.”

En een andere participant: *“Omdat het verder gaat dan alleen maar de BRAVO-factoren. Die holistische blik.”*(P9) P2 deelt deze visie, zo zegt ze over haar doelgroep waarbij afvallen het hoofddoel is van het leefstijltraject: *“(..) maar leefstijl is natuurlijk veel breder.”* De participanten zijn allen ook van mening dat je leefstijl echt *“zo breed mogelijk moet bekijken, bevragen en bespreken met patiënten.”*(P8)

Participant 1 zegt over de aspecten eenzaamheid en het sociale netwerk, dat deze ook bij een gezonde leefstijl horen. P8 zegt zelfs op de vraag hoe belangrijk hij eenzaamheid en het sociale netwerk vindt: *“Ik denk dat hij zeker een letter verdient in een afkorting op gebied van leefstijl vragenlijsten zeer zeker. Dus bij BRAVO hoort de E van eenzaamheid ook zeker bij ja.”* Eenzaamheid heeft volgens hem *“in de toekomst een vaste plek nodig binnen een leefstijlbehandelplan, gezondheid/leefstijl programma.”* Toch zegt hij op de vraag hoe dit onderwerp zich tot andere onderwerpen qua belangrijkheid verhoudt: *“Ja eigenlijk allemaal even belangrijk.”* In subparagraaf 4.2.2 wordt dieper ingegaan op eenzaamheid en het sociale netwerk.

P8, P2 en P1 geven aan dat eenzaamheid niet altijd bij de standaard factoren horen die aan bod komen. Zo zegt P8 toch ondanks dat hij eenzaamheid bij de BRAVO-factoren vindt horen: *“Je hebt zoveel factoren wat je binnen een uur dan in kaart moest brengen dat je eigenlijk al keuzes ging maken. Dat was een onderdeel wat niet heel snel aan bod kwam.”* P8, P5, P3, P9, P1, P7 en P2 zeggen hierover dat het heel erg van de *“patiënt afhankelijk”*(P8) en *“persoonsgebonden”*(P3) is welke factoren naar voren komen.

Over alle leefstijlfactoren die er zijn, zeggen zeven van de negen participanten dat deze heel erg met elkaar samenhangen en elkaar niet uitsluiten. Zo zegt een participant over de leefstijlfactoren: *“Alles heeft uiteindelijk invloed op elkaar.”*(P9) Een andere participant zegt over de leefstijlfactoren: *“Als er eentje uit balans is dan heeft dat invloed op allemaal eigenlijk.”*(P3) Een ander zegt ook: *“Dat heeft allemaal met elkaar te maken en staat in verbinding met elkaar.”*(P8)

P8, P2 en P1 zeggen dan ook dat het veel factoren zijn om uit te vragen in een gesprek, maar dat dat ook niet per se allemaal uitgevraagd móet worden. Zo zegt P1: *“Je kan niet aan alles tegelijk aandacht geven. (...) Je hoeft het misschien niet allemaal te bespreken maar je moet er wel aandacht voor hebben en je moet t misschien afvinken.”* P5 zegt ook: *“Ik denk dat je niet van tevoren kunt zeggen daar moet je aandacht voor hebben.”* (...) *“Als je gedurende een aantal eerste gesprekken opmerkt van he, er zit op dit onderwerp toch een belemmering, probeer je daarnaartoe te gaan.”*

Samenvattend kan op basis van de interviews worden gesteld dat de participanten een brede, gemeenschappelijke visie op leefstijl hebben, waarbij leefstijl ten minste over de BRAVO-factoren gaat. Ook eenzaamheid en het sociale netwerk vinden zij daarbij horen, maar komen niet elk gesprek aan bod. Het is mogelijk van tevoren niet vast te leggen welke factoren aan bod komen én patiëntafhankelijk of er aandacht wordt besteed aan het sociale netwerk en eenzaamheid.

4.2.2 Doel leefstijlcoaching

De participanten zijn gevraagd wat zij hopen dat leefstijlcoaching de patiënten oplevert. Uit de interviews blijkt dat de doelen verschillen van elkaar, mogelijk omdat de participanten op verschillende afdelingen en met verschillende doelgroepen werken.

Een paar participanten, bij wie het hoofddoel van het leefstijltraject afvallen is, hopen dat patiënten afvallen en fitter worden (P1, P2, P9). Bij dit traject is afvallen dan ook een voorwaarde voor patiënten om een operatie in te gaan en om complicaties te voorkomen. Deze participanten zeggen dat afvallen wel het hoofddoel is, maar dat zij het fitter worden in het algemeen belangrijker vinden voor de gezondheid van de patiënten.

Participant 3 heeft een andere doelgroep op de afdeling arbeidsrevalidatie. Het hoofddoel is dus zo snel mogelijk weer aan het werk te gaan. Hij hoopt niet alleen dat ze weer aan het werk kunnen, maar ook dat mensen een gezonde leefstijl blijvend vol kunnen houden.

Volgens alle participanten lijkt het belangrijkste te zijn dat ze aansluiten bij datgene wat de patiënt belangrijk vindt. Een participant laat de cliënt bijvoorbeeld zelf de doelen opstellen. Zij verwoordt het ‘aansluiten’ helder: *“Dat is hetgeen wat ik als leefstijlcoach eigenlijk altijd hoop en wil, dat ze dichterbij het behalen van hun persoonlijke doelen komen.”*(P6)

Een andere participant (P7) die ook geen vaststaande leefstijlgesprekken en doelen heeft met haar patiënten, hoopt dat zij een *“zaadje plant”* en een *“duwtje in de rug”* kan geven. Het doel dat deze leefstijlcoach zegt na te streven is *“dat mensen zelfinzicht krijgen in hun eigen gedrag en daarin zelf keuzes kunnen maken”* en *“ik vind het mooi om uiteindelijk iets te zien van een soort van ‘oh ja’ blik. (...) van he ik ga dat toch wel anders doen.”*(P7)

Participant 1 zegt nog over het doel van leefstijlcoaching dat ze *“al die verschillende lijntjes”*, waarmee ze de verschillende leefstijlfactoren (BRAVO-factoren) bedoelt, met elkaar probeert te verbinden.

Samenvattend kan worden gesteld dat het overstijgende doel van de participanten lijkt dat ze willen dat de patiënten inzicht krijgen in hun eigen gedrag, *“zich fijner gaan voelen”*(P6) en *“gezond zijn.”*(P8)

4.2.3 Visie op eenzaamheid en het sociale netwerk

4.2.3.1 Betekenis eenzaamheid

Om erachter te komen of, en zo ja hoe, leefstijlcoaches aandacht voor eenzaamheid hebben is het van belang te weten welke betekenis zij geven aan eenzaamheid en hoe het sociale netwerk daaraan verbonden is.

Alle participanten benoemen in hun antwoorden niet alleen het aantal contacten dat iemand heeft maar ook of iemand zijn sociale contacten mist. Participant 1 zegt op de vraag wat zij onder eenzaamheid verstaat: *“Als je voldoening, en dus zingeving ervaart, dat je je dan niet eenzaam hoeft te voelen.”* Zij noemt ook nog een voorbeeld: *“Als je geïsoleerd leeft en daaronder lijdt, dat er dan sprake is van eenzaamheid.”* Participant 2 zegt nog over eenzame mensen: *“Je weet dat die mensen kwetsbaar zijn en zich sneller terugtrekken.”*

Participant 2, 3, 5 en 7 noemen nog dat weinig begrip vanuit de (directe) omgeving belangrijk is als het om eenzaamheid gaat. Participant 3 zegt hierover:

“Sommige mensen hebben wel veel contacten maar voelen niet de vrijheid om het in die contacten over hun emoties te hebben. Dus het is niet per se niemand zien, maar ook je niet kunnen uiten of je ei kwijt kunnen.” Participant 7 benoemt ook kwetsbaarheid: *“Omdat je wel sociale contacten hebt, maar moeite hebt om jezelf kwetsbaar op te stellen.”*

Als het over eenzaamheid gaat zeggen twee participanten dat eenzaamheid wat ongrijpbaar is. Het is niet iets “*zwart wits zoals bewegen*”(P1) en moeilijk “*vast te pakken*”(P8). Participant 1 zegt ook over “*eenzaamheid, het meedoen in de samenleving, die sociale contacten. Alles kan er mee samenvallen.*”

Hieruit kan worden geconcludeerd dat participanten eenzaamheid beschouwen als het aantal contacten dat iemand heeft en het gevoel dat iemand daarbij ervaart, een gebrek aan je kwetsbaar op kunnen stellen en het missen van begrip en steun vanuit de omgeving. Toch lijkt eenzaamheid voor leefstijlcoaches ook wat ongrijpbaar.

4.2.3.2 Eenzaamheid, het sociale netwerk en de invloed op gezonde leefstijl

Uit voorgaande is gebleken dat alle participanten het sociale netwerk en eenzaamheid belangrijk vinden als het om gedragsverandering rondom gezonde leefstijl gaat. Zij noemen verschillende argumenten waarom zij dit belangrijk vinden. Deze argumenten kunnen onderverdeeld worden in een directe en indirecte invloed op de gezondheid. Dit wordt hieronder verder toegelicht.

4.2.3.2.1 Directe invloed van eenzaamheid op gezondheid

Zes van de negen participanten benoemen dat het sociale netwerk en eenzaamheid van belang zijn waarbij zij een directe invloed van eenzaamheid op de gezondheid van patiënten omschrijven. Een directe invloed is de invloed die uitgeoefend kan worden op psychische of fysiologische processen. Op de vraag wat de invloed is van eenzaamheid en het sociale netwerk op mensen, zegt P3 dat het “*heel veel kan doen met je algemene gezondheid.*” Er is niet doorgevraagd naar hoe dit precies verloopt. Wel noemt hij “*stress.*” Ook legt hij nog het volgende uit over eenzaamheid: “*Dat het slechter is dan alle leefstijlfactoren an sich.*” En “*nog slechter is dan roken zeg maar, eenzaam voelen. Dat het nog slechter is dan slechte voeding.*” De participanten vinden eenzaamheid dus een belangrijke factor omdat deze van invloed is op de gezondheid van patiënten.

Vijf van de negen participanten zeggen dat een sociaal netwerk van belang is omdat het een gevoel geeft van ‘erbij horen’. Zo zegt een participant op de vraag wat die sociale contacten met mensen doen:

“Het gevoel krijgen het niet alleen te hoeven doen. (..) En bij een groep horen, hè? Geeft ook steun waar mensen weer energie van krijgen. Dat werkt alleen maar positief.”(P2)

En een andere participant over wat sociale contacten met mensen doen: *“Dat hij deelneemt aan de maatschappij. Dat hij niet in zijn eentje op de bank zit de hele dag en verder niemand naar hem omkijkt. Dus het doet iets met eenzaamheid. Als je sociaal contact hebt, kun je ook een deel van jezelf bespreken en het kan afleiding bieden. We zijn sociale dieren.”(P7)*

In het kader van erbij horen, werd zingeving vaak genoemd als belangrijke factor voor eenzaamheid en de gezondheid. Zingeving werd omschreven als: *“Dingen die je voldoening geven, waar je plezier uit haalt. Heb je het gevoel dat je dingen doet die van waarde zijn. Dat is denk ik ook voor een gezonde leefstijl heel belangrijk.”(P1)* Volgens participant 1 mag er meer aandacht aan besteed worden in gesprekken. Ze noemt een mooi voorbeeld van de manier waarop zingeving positief van invloed kan zijn op iemand: *“Hij ging een op gegeven moment vrijwilligerswerk doen binnen de instelling waar hij zat, hij ging het eten rondbrengen voor de ouderen op de afdeling. Dat gaf hem structuur, beweging en had meer het idee dat ie iets deed wat er ook toe deed.”*

4.2.3.2.2 Indirecte invloed van eenzaamheid op gezondheid

Daarnaast noemen alle participanten dat het sociale netwerk en eenzaamheid van belang zijn waarbij ze een indirecte invloed omschrijven. Een indirecte invloed is de invloed die uitgeoefend kan worden via gedrag, leefstijl.

Zeven van de negen participanten noemen dat eenzaamheid en sociale isolatie ten grondslag kan liggen aan een ongezonde leefstijl. Participant 8 zegt over het belang van eenzaamheid: *“Dat kan inderdaad ook ten grondslag liggen aan, niet uit huis gaan, alleen maar binnen zitten, ongezond eten, televisiekijken, aan een sedentaire leefstijl.”* En op de vraag waarom eenzaamheid en het sociale netwerk belangrijk zijn voor gedragsverandering: *“Eenzaamheid en sociaal netwerk dat is superbelangrijk voor een leefstijl, stress, gezondheid programma.”* Een andere participant zegt over de rol van eenzaamheid: *“Eenzaamheid kan een ontzettende onderliggende factor zijn waardoor mensen worden gehinderd in het aanpakken van leefstijl.”(P5)* Participant 1 over het sociale netwerk en eenzaamheid: *“Die zijn misschien wel een voorwaarde voor een gezonde leefstijl.”* Zij noemt daarbij een voorbeeld van hoe eenzaamheid invloed had op de leefstijl van een patiënt: *“Dan had ie de hele dag goed op zijn*

voeding gelet (...) en dan 's avonds zat ie op de bank en dan voelde die zich alleen en dan ging hij een zak chips opentrekken en snoepen."

Bij het vol kunnen houden van gedragsverandering benoemen alle participanten dat het van belang is om sociaal draagvlak te hebben. Participant 8 beschrijft het sociale draagvlak als volgt: *"Wil je iets bereiken, dan moet iemand dat in zijn normale leven kunnen vasthouden."* Een andere participant zegt: *"Er moet een sociaal draagvlak zijn dus als je het over de thuissituatie hebt, over voeding: er moet iemand meedoen als het over gezonde voeding gaat. Het kan niet zo zijn dat alleen hij broccoli eet en de ander bv pizza."* En *"Als jij weinig mensen ziet is het lastig om het langere tijd vol te houden, een stok achter de deur."*(P3)

Zeven van de negen participanten noemen bij dat sociaal draagvlak dat sociale steun of *"een zorgend netwerk"*(P4) van belang is om een ingezette verandering vol te houden. Participant 2 en 3 denken dat iedereen mensen nodig heeft om te reflecteren en verder te komen: *"Dat mensen die in kunnen zetten, kunnen sparren met iemand of steun vinden bij familie of vrienden."*(P3) Volgens participant 2 kan steun ook motiverend werken: *"Als ze afspreken met iemand dan, dan is de motivatie groter om te gaan."*(P2)

Participant 4, 7 en 8 benoemen 'sociale druk' waarbij een gebrek aan steun tijdens het volhouden van een gezonde leefstijl naar voren komt. Zo noemt een participant een voorbeeld van een man en vrouw, waarvan de vrouw gestopt was met roken. De vrouw gaf het volgende aan: *"Maar het vervelende vind ik dat de mensen op dat feestje allemaal tegen mij zeggen: 'doe niet zo ongezellig' of 'ik ben benieuwd hoe lang je het gaat volhouden, hahaha.'" (P7)* Ze zegt hierover: *"Dat was helemaal niet steunend."*(P7) En een andere participant: *"Ook al regelmatig meegemaakt dat, dan probeer je op gebied van voeding of zo iemand daarin te helpen en dan zeggen ze van nou, ik ga niet op verjaardag, of bij mijn familie kan ik dat niet zo doen, want dan word ik uitgelachen."*(P8) Een gebrek aan sociale steun werkt dus averechts volgens de participanten.

Vier van de negen participanten noemen specifiek de partner die een grote invloed kan hebben op iemands gezonde leefstijl. Zo zegt een participant: *"Ik denk dat als je in een situatie zit waarbij je partner o.i.d. totaal niet geïnteresseerd is dat het dubbel zo moeilijk is om het probleem aan te pakken."*(P5)

Een sociaal netwerk hebben en een sociaal draagvlak kan volgens de participanten ook weer doorwerken in het aanpakken van iemands gezonde leefstijl of gedragsverandering. Ook in het aanpakken van eenzaamheid speelt dit volgens hen een rol. P1, P6 en P9 en P7 benoemen hierbij dat *“onder de mensen komen”* (P9) helpend kan zijn. En een andere participant: *“In een clubje kunnen bewegen bij de buurtsportcoach en zo in contact komen met andere mensen.”* (P1) En *“Mensen toch iets kunnen bieden waardoor ze weer meer met anderen in contact komen, weer meer perspectief krijgen, meer buiten komen.”* (P1)

Het kan volgens participanten ook helpen om gezamenlijk aan doelen te werken waardoor ze hun gezonde leefstijl dus mogelijk beter volhouden. P8, P5 en P6 zeggen over de vorm van leefstijlcoaching als het om eenzaamheid gaat dat het heel erg helpend kan zijn om het traject in groepsverband te doen. Zo zegt een participant over de groepstrajecten en de individuele trajecten die ze geeft: *“Ik merk ook wel echt het verschil, want ik ben dus nu twee maanden bezig met mijn eerste groep nou en dat groepsgevoel heeft zich dus al zo goed ontwikkeld, hoe ik vandaag iedereen zag in vergelijking, bijvoorbeeld met mijn GLI-groep die twee keer na iedere maand samenkomen.”* (P6) In contact komen en gezamenlijk aan doelen werken kan dus helpend zijn bij eenzaamheid en het volhouden van een gedragsverandering.

Uit bovenstaande bevindingen kan worden afgeleid dat de participanten het sociale netwerk en eenzaamheid van belang vinden voor de gezondheid in het algemeen en het aanpakken van gedragsverandering rondom gezonde leefstijl. In hun opvattingen over de rol van eenzaamheid en het sociale netwerk is een onderscheid te maken tussen een ‘directe’ en een ‘indirecte’ invloed van eenzaamheid en het sociale netwerk op de leefstijl en gezondheid van mensen. Een sociaal netwerk, sociaal draagvlak en sociale steun kan volgens participanten enerzijds een positieve werking hebben op iemands gezondheid en gezonde leefstijl, maar kan ook een negatieve invloed hebben. Daarnaast kan eenzaamheid volgens participanten ook een ongezonde leefstijl in de hand werken en andersom.

4.2.3.3 Oorzaken en risicofactoren eenzaamheid

Alle participanten benoemen dat eenzaamheid met veel samenhangt en vele oorzaken kent. Als het over eenzaamheid gaat benoemen participanten vaak dat er *“nog meer”* speelt, of *“iets achter zit.”* Deze oorzaken en samenhangende factoren worden hieronder beschreven.

4.2.3.3.1 Samenhang eenzaamheid: gebrek en gemis sociale contacten en steun

Uit voorgaande is al gebleken dat steun vanuit de omgeving, een sociaal draagvlak en het aantal contacten van belang zijn bij eenzaamheid. Een gebrek, een gemis of het afbrokkelen van die sociale contacten kunnen volgens alle participanten dan ook eenzaamheid veroorzaken. Zo noemt een participant dat mensen eenzaam kunnen worden doordat ze geen steun ervaren: *“Je kunt natuurlijk ook bijzonder eenzaam zijn als er weinig begrip vanuit je omgeving of steun is.”*(P2) Een andere participant noemt het verliezen van sociale contacten en het missen van een sociaal vangnet: *“Of iemand is al wat ouder en heeft geen familie meer. En wel een steuntje in de rug nodig.”*(P3)

4.2.3.3.2 Samenhang eenzaamheid: werk en financiën

P1, P3, P2 en P7 zeggen dat financiële problemen een grote rol spelen: *“Door die financiële problemen, dat mensen steeds meer geïsoleerd blijven en raken” en “een heel groot deel van de cognitieve capaciteit van mensen in beslag neemt.”*(P1)

Een andere participant (P3) zegt ook: *“Dat stress en financiële problematiek oorzaak zijn of ten grondslag liggen aan verdere problemen in gezondheid. Dat is een wisselwerking. En dat financiële problemen stress tot gevolg heeft en stress slecht slapen en slecht slapen slecht eten.”* En zegt op de vraag hoe eenzaamheid daar een rol in speelt: *“Die zit daar denk ik ook heel erg in verweven.”*

Participant 7 en 9 benoemen ook het wegvallen van sociale contacten, via werk. P9 noemt een voorbeeld van een patiënt waarbij contacten wegvielen: *“Ze was altijd wel aan het werk geweest en toen was ze onder de mensen en deed ze ertoe. Maar op een gegeven moment lukte het werk niet meer en kwam thuis te zitten.”*(P9) Ook zegt ze over haar doelgroep en eenzaamheid: *“Andere dames hebben allemaal een baan en zijn aan het re-integreren. Daar is het geen onderwerp van gesprek.”*

Participant 4, 7 en 9 noemen de groep met een lagere sociaaleconomische status (SES), wat een risicofactor kan zijn. Zo zegt P7: *“Nou, wat mij wel opvalt is met name de categorie van de lage SES. Dat er vaak een heel minimaal steunsysteem zit.”* Als het om eenzaamheid gaat noemt P9 ook: *“..mensen met lage SES en weinig financiële middelen. Daar zou ik wel meer aandacht voor willen, mensen die weinig kennis en gezondheidsvaardigheden hebben.”*

4.2.3.3.3 Samenhang eenzaamheid: trauma en een laag zelfbeeld

Naast werk en financiën worden ook verschillende persoonlijkheidsproblematieken genoemd. Zo geeft P2 een voorbeeld van een man waarbij meer dingen speelden, dan alleen overgewicht en eenzaamheid: *“Psychosomatische stress had hij wel. (...) Ja, daar zit wel veel trauma en verdriet onder bij die man.”*

Participant 4 en 5 noemen beide problemen in de jeugd. P4 werkt op een afdeling waarbij veel verslavingsproblematiek is. Volgens haar hangt eenzaamheid hier ook mee samen. P5 noemt nog een voorbeeld van iemand die het niet lukte om af te vallen: *“En dat had te maken met problemen die ze in haar jeugd had ervaren en haar zelfbeeld. (...) maar daar lag de eenzaamheid die zij ervaarde aan ten grondslag.”* P4 geeft aan dat ze niet goed weet waardoor iemand eenzaam is. Ze zegt op de vraag waarom patiënten eenzaam zijn: *“Ja ik kan daar niet over oordelen want ik weet niet wat voor jeugd iemand heeft gehad of gepest is.”*

P7 legt nog een verband tussen eenzaamheid en stemmingsproblematiek. Ze zegt op de vraag of eenzaamheid en stemmingsproblemen ook aan elkaar gerelateerd is: *“Ja, ik vind het wel bij elkaar passen, maar het is niet absoluut. Want iemand met een stemmingsprobleem hoeft niet eenzaam te zijn en iemand die eenzaam is, kan zich daar ook prima bij voelen.”*

Ook kan het volgens P1, P2 en P3 zo zijn dat de een meer moeite heeft met het aangaan van sociale contacten dan de ander of *“heel veel energie kost om de sociale contacten te onderhouden.”*(P3) Ook kan volgens hen het stigma over iemands gewicht een rol spelen. Zo zegt een participant over een man die overgewicht had: *“Hij voelt zich minderwaardig doordat hij ja toch een forse man was en ja voelt zich daar niet prettig bij, minder dan de rest, waardoor die moeilijker vindt om relaties aan te gaan.”*(P2)

4.2.3.3.4 Samenhang eenzaamheid: ziekte

Ook ziekte en iemands ziekte(proces) kunnen volgens P2, P5, P3, P7, P9 en P2 voor eenzaamheid zorgen. Een participant noemt een voorbeeld van iemand die ziek was: *“Dat die gewoon fysiek ook minder kan. En daardoor zich minder voelt. (...) Wat voor ziekte maakt eigenlijk misschien niet uit (...) dat je misschien wel door je ziekte juist eenzamer wordt.”*(P2)

Participant 2 en 3 zeggen dat het moeilijk is om telkens over je ziekte te praten, dat het per persoon verschilt hoe mensen daarmee omgaan, en dat ziekte ook stigmatiserend kan zijn en

eenzaamheid daardoor kan veroorzaken. P2 zegt over hoe ziekte een rol speelt: *“En als je je daar niet prettig over voelt bijvoorbeeld. Ja dan ga je terugtrekken ja. Je wil niet altijd bij een ander benoemen hoe je je voelt, dan voel je je soms ook bezwaard. Als je het altijd over je ziekte hebt, hè?”* En participant 3: *“Ze moeten ook telkens uitleggen waarom ze zich minder voelen.”* Het is volgens P2 en P3 *“heel verschillend hoe mensen met hun ziekte omgaan.”*(P2)

Zoals eerder aangegeven speelt (on)begrip en het missen van steun vanuit de omgeving bij eenzaamheid een rol. Participant 5 en 7 benoemen dit specifiek van belang bij ziekte. Zo zegt een participant over een patiënt die een beroerte had gehad: *“Er is frustratie en onbegrip en ik denk dat dat ook wel eenzaam maakt.”*(P7) Ook noemt zij nog als voorbeeld om het netwerk beter begrip te laten krijgen van de ziekte, door een groepsmail naar het sociale netwerk te sturen: *“Leg uit wat je klachten zijn in die mail.”* Een andere participant noemt een voorbeeld van een patiënte die een dwarslezie had en in een rolstoel zat. Het ging volgens haar bij deze patiënt heel erg om: *“Ik wil ertoe doen, Ik wil meedoen. Ik wil een sociale kring opbouwen, ik ben bang dat ik te veel ben in mijn sociale netwerk, want iedereen heeft een gezin en kinderen heeft het druk, en dan kom ik aan in de rolstoel. Wie zit er nu nog op mij te wachten.”*(P9)

Eén participant benadrukte dat ziekte niet dé oorzaak van eenzaamheid hoeft te zijn. Zo zegt zij: *“Je hebt natuurlijk ook een heleboel gewoon, eenzame mensen. En of ze nou wel of niet een beroerte hebben gehad, dan was het er al voordat ze de beroerte hadden.”*(P7)

Samenvattend kan worden gesteld dat eenzaamheid volgens de participanten in ieder geval samenhangt met het wegvallen van sociale contacten, werk en financiën, trauma, een laag zelfbeeld en ziekte. De precieze oorzaak van eenzaamheid is volgens hen afhankelijk van de persoon.

4.2.3.4 De taakopvatting van de leefstijlcoach in eenzaamheid en uitvragen van het sociale netwerk

Om erachter te komen hoe de participanten aandacht hebben voor eenzaamheid en het sociale netwerk is gevraagd of zij het als hun taak als leefstijlcoach zien om dit op te pakken.

Alle participanten geven aan dat de leefstijlcoach er aandacht voor moet hebben en het onderwerp hoort *“aan te raken”* (...) *dat leefstijlcoaches hier sensitief voor moeten zijn.”*(P9) Volgens participant 8 wordt de kracht van de leefstijlcoach om op eenzaamheid in te spelen, niet optimaal benut. Hij zegt hierover: *“Dat is denk ik iets waar nog heel veel te winnen valt.”*

Op de vraag hoe de participanten hun rol zien geven P5, P1, P9, P7 en P2 allen vergelijkbare punten aan. Participant 5 geeft hun visie hierop het beste weer:

“Je moet op tijd kunnen signaleren. Zo van, dit probleem zit zo diep verankerd dat je doorverwijst via de huisarts naar de psycholoog of psychiater. Daar moet je als leefstijlcoach wel scherp op zijn, maar je bent geen psycholoog.”

Alle participanten vinden het belangrijk *“dat je onder de radar blijft.”*(P3) Ze zien hun rol dan ook als *“een soort bemiddelaar.”*(P9). En een andere participant: *“Ik ben wel degene die dus ook contact houdt tussen de patiënt en de verwijzer en het regio-initiatief.”*(P8)

Participant 4 geeft aan het gebied goed *“gecoverd te hebben”* betreft het oppakken van eenzaamheid. Zij werkt multidisciplinair en omschrijft hun aanpak wat betreft eenzaamheid als volgt: *“Er wordt op verschillende momenten naar gevraagd, zowel door ons als door maatschappelijke werk. En we hebben iedere week overleg dus dan wordt iedereen besproken. Er is veel overleg en de lijnen zijn kort dus dan worden er ook concrete plannen gemaakt, dus patiënten vallen niet tussen wal en schip bij ons. Dan zeggen we ook: wie houdt contact en wanneer en hoe doen we dat?”*(P4)

Op de vraag wat het UMCG voor rol in eenzaamheid heeft, zeggen vijf van de negen dat zij een belangrijke speler is. Participant 7, die haar patiënten op de polikliniek ziet, geeft aan over de rol van het UMCG in eenzaamheid: *“Dat je in ieder geval wel op de poli's de gesprekken hebt en dat je dan in elk geval kunt doorverwijzen.”* Ze heeft het hier over de rol van artsen, leefstijlcoaches en verpleegkundigen met de opleiding tot leefstijlcoach, zoals zijzelf.

Participant 8 benoemt het draaideur systeem van patiënten die, wanneer zij niet goed geholpen worden, gaandeweg weer terugkomen in een UMC in de loop der tijd: *“En dat moeten we zien te voorkomen en juist follow up programma's creëren waarbij we mee kunnen denken, in de thuissituatie.”* Participant 5 zegt ook dat je na het leefstijltraject van GLIM *“een soort verlenging moet maken. (..) en daarbij dieper in kan gaan op het probleem eenzaamheid.”* Een andere participant zegt dat een leefstijltraject binnen een UMC bij een leefstijlcoach niet altijd kan blijven doorlopen. Ze zegt hierover: *“Het moet op een gegeven moment eindig zijn. Ik denk dat dat ook goed is.”*(P7)

Vijf van de acht participanten geven aan dat er meer aandacht mag zijn voor eenzaamheid in coachinggesprekken. Zo zegt een participant over eenzaamheid: *“Ik vind ook wel dat het snel wat onderbelicht blijft.”*(P1) En een andere participant: *“Ik denk dat eenzaamheid ook wel*

een mooi thema kan zijn waar alle leefstijlcoaches worden uitgenodigd om daar wat meer kennis over op te doen. Ik denk wel dat het nodig is in ieder geval.”(P3)

Toch lijken de participanten te twijfelen over wat exact hun taak is in eenzaamheid. Een participant geeft aan dat het begrip ‘leefstijlcoach’ nog in ontwikkeling is, en een breed begrip is. Een echt duidelijke afbakening lijkt er dan ook niet te zijn. Hij zegt hierover: *“Het woordje leefstijl adviseur of leefstijlcoach is natuurlijk al een heel breed begrip en die definitie. Ja, wat is wel onze stoel en wat niet? (...) Dat blijft gewoon bij elk gesprek weer een onderwerp waarbij je stil moet staan als leefstijlcoach, en leefstijladviseur.”(P8)*

Uit bovenstaande bevindingen kan worden afgeleid dat de participanten vinden dat zij ten minste een signalerende taak hebben in patiënten die eenzaam zijn. Enerzijds zien de leefstijlcoaches het als hun taak om ‘iets’ met eenzaamheid te doen en willen ze er ook daadwerkelijk meer aandacht voor hebben. Anderzijds weten ze niet precies hoe en blijft hun concrete taak hierin wat onduidelijk.

4.3 Aanpak gezonde leefstijl

Om een goed beeld te schetsen van hoe leefstijlcoaches aandacht hebben voor eenzaamheid en het sociale netwerk is het van belang de aanpak van de leefstijlcoaches op gezonde leefstijl weer te geven. De aanpak van eenzaamheid en (het uitvragen van) het sociale netwerk komt hierin af en toe al naar voren. De concrete aanpak hiervan wordt in paragraaf 4.4 beschreven.

4.3.1 Inrichting maatschappelijke context

Volgens vier van de negen participanten zouden op macroniveau meer veranderingen getroffen moeten worden in het kader van de aanpak van gezonde leefstijl. Zo heeft de coronapandemie volgens twee participanten (P2 en P1) een grote rol gespeeld in gezonde leefstijl en eenzaamheid. Twee andere participanten (P7 en P8) zeggen dat er meer aandacht nodig is voor de fysieke en de sociale leefomgeving. Volgens P8 is er met name een *“back up nodig vanuit de overheid.”* De maatschappij moet volgens hem anders ingericht worden en veranderen. Hij en P7 zeggen *“dat het UMCG een rol heeft om de maatschappij gezonder te maken”(P7)* en dat *“met zijn allen gewoon moeten uitstralen. Dus we gaan ons restaurant daarop inrichten, we gaan onze looppaden daarop inrichten, we gaan bewegen, stimuleren. Ik noem maar wat, hè? (...) Dat wij hier promotors zijn van een gezondheid en leefstijl.”(P8)*

Uit de interviews kan geconcludeerd worden dat er volgens de participanten meer aandacht moet komen voor eenzaamheid binnen de samenleving en een gezonde fysieke en sociale (leef)omgeving, om gezonde leefstijl en eenzaamheid aan te pakken.

4.3.2 Intrinsieke motivatie van belang

Acht van de negen mensen geven aan dat intrinsieke motivatie een belangrijk punt is in hun coachinggesprekken. Ze vinden het belangrijk om de motivatie voorafgaand aan het traject al te bevragen omdat zij denken dat, voor gedragsverandering, mensen wel open moeten staan. Ook moeten ze gemotiveerd en gedisciplineerd zijn. Participant 7 gaat graag het gesprek hierover aan met haar patiënten. Ze zegt daarover: *“Het hangt er een beetje vanaf of iemand ervoor open staat of helemaal niet.”* Ook P1, P2 en P9 polsen voorafgaand het traject de motivatie. Als iemand er niet voor openstaat dan is het *“trekken aan een dood paard”*, zegt P7. Motivatie is belangrijk volgens haar *“want dan is de kans van slagen veel groter dan wanneer hij iets opgelegd krijgt.”*

Samenvattend kan worden gesteld dat de participanten intrinsieke motivatie een voorwaarde vinden voor gedragsverandering.

4.3.3 Mensen bewust maken

Zes van de negen participanten geven aan dat ze *“kennisoverdracht”* (P9) belangrijk vinden. Het gaat dan over dat leefstijl van invloed kan zijn op gezondheid en hoe patiënten daar mee omgaan. Hier proberen ze de patiënten bewust van te maken.

Een van de participanten werkt op een afdeling met veel verslavingsproblematiek. Zij vindt het belangrijk haar kennis te verspreiden over leefstijl gerelateerde chronische ziekten. Ze heeft het over *“de combi van roken en drinken, wat de kans verhoogt op het krijgen van een tumor in het hoofdhalsgebied.”* *“Soms willen mensen het dan niet horen”*, zegt ze. *“Dan houdt het op.”* Hiermee bedoelt ze haar taak om gedragsverandering te creëren bij de patiënt.

Een andere participant zegt over het bewust maken vaak tegen haar patiënten: *“Het gaat om uw gezondheid. Dat dik ik dan aan. Het besef van je eigen kwetsbaarheid en dat dat ook zomaar anders kan worden.”* Dit heeft volgende deze participant als doel: *“Dat mensen zelf gaan nadenken over hoe ze met hun gezondheid omgaan.”* (P7)

Ook een andere participant zegt: “(..) *dat je mensen zelf ook wel bewust kunt maken van dingen.*”(P1) Met die dingen bedoelt ze bijvoorbeeld: “*Dat je al die factoren met elkaar kunt verbinden.*”(P1) Hiermee bedoelt ze de leefstijlfactoren die voor die patiënt van belang zijn.

Participant 7 geeft nog een ander voorbeeld van het bewust maken van mensen als het gaat om eenzaamheid. Ze zegt daarover: “*Ik kan daar niet zo veel aan doen, maar iemand daar wel bewust van maken door een gesprek die kant op te sturen, van goh, zijn er mensen waar je mee praat?*”

Hieruit kan worden geconcludeerd dat de participanten bewustwording willen creëren bij patiënten over dat leefstijl en gezondheid aan elkaar gerelateerd zijn, én dat eenzaamheid daar onderdeel van kan zijn.

4.3.3 Professionele houding leefstijlcoach

Als het gaat om de aanpak van gezonde leefstijl bij patiënten is het volgens de participanten van belang dat de leefstijlcoach een professionele houding aanneemt. Wat zij onder deze houding verstaan wordt hieronder beschreven.

Alle participanten zeggen dat ze een open houding aannemen. Een participant zegt hierover: “*De houding van de leefstijlcoach bepalend is, de manier waarop ik mij verhoud en hoe ik vragen stel en doorga op een onderwerp is bepalend hoe diegene het gesprek ervaart.*”(P5) En “*Ik denk dat je open moet staan voor wat er als onderliggende factor kan zijn.*”(P5)

Participant 7 en 9 zeggen beide dat de patiënt centraal moet staan en ze op hun intuïtie afgaan. Zo zegt P9: “*(..) echt onderbuikgevoel, empathische en holistische blik daarin en kijken wat wil diegene.*” P7 noemt “*mijn eigen sociale voelsprietten*”, die ze gebruikt in gesprekken.

P5, P7, P8 en P6 zeggen dat je niet moet adviseren, maar een “coachende houding” aan hoort te nemen. Als volgt een aantal voorbeelden van hoe de leefstijlcoaches hun hun houding omschrijven: “*Dus ik moet nog steeds niet gaan adviseren, want dat is natuurlijk geen leefstijlcoaching*”(P6), “*Dat je je heel erg gaat verplaatsen in de patiënt*”(P5), “*Niet op dringen dat ze iets moeten*”(P5), “*Niet in te vullen voor een ander*”(P7), “*We zijn niet opleggend maar ondersteunend*”(P7), “*Geen wijzend vingertje.*”(P8) Essentieel voor een coachende houding is volgens participanten een inlevende, ondersteunende houding die aansluit op de patiënt.

P4, P8, P3 en P7 noemen nog als andere belangrijke competenties: “Uitleggen”(P4), “Helpen en sturen en begeleiden”(P8), “Een luisterend oor zijn”(P3) en “Complimenteren.” (P7|P4)

Samenvattend kan worden gesteld dat participanten een professionele houding van belang achten voor een succesvolle leefstijl-aanpak. Daarmee bedoelen zij een open, empathische, coachende houding, waarbij niets wordt opgelegd maar juist aangesloten wordt op de patiënt.

4.3.4 Patiënt de regie

Alle participanten vertellen dat zij juist de regie bij de patiënt zelf neerleggen, waardoor de patiënten zelf gaan nadenken over welke doelen zij willen bereiken of waar ze aan willen werken. Zo zegt een participant hoe ze het eerste gesprek met een patiënt aanpakt:

“Vertel, waar zouden we mee aan de slag kunnen? En dat we er samen een plan van maken, en dat benadrukken ook. Wat zijn voor jou aandachtspunten en wat zijn voor jou doelen en wat is voor jou haalbaar?”(P9)

Een participant over het eerste gesprek: *“Je vraagt aan de mensen hoe het gaat.”(P7)* Of P1: *“Ja je begint natuurlijk wel met waar loop je zelf tegen aan.”* P5 zegt over hoe zo’n eerste gesprek verloopt: *“Je merkt dat het best makkelijk gaat om iemand iets te laten vertellen.”*

Alle participanten zeggen ook dat ze *“mensen zélf hun doelen laten formuleren”*(P5). P9, P7 en P8 sluiten ook aan op de patiënt en stellen de doelen in samenspraak op, maar leggen de regie bij de patiënt. Zo zegt een participant het opstellen van doelen: *“Het is altijd een beetje in samenspraak met de patiënt.”(P7)* En een andere participant: *“Dat is natuurlijk wel zo met leefstijlcoaching, ik laat hun bepalen.”(P6)* Participant 9 vraagt vaak aan het einde van het gesprek: *“Als je nu terugkijkt op het gesprek, wat vind je dan dat voor jou belangrijk is om mee aan de slag te gaan. En dan is het echt van diegene.”*

Participant 7 en 8 willen de patiënten zelfinzicht geven in de eigen doelen: *“Dat we voor de patiënt zelf inzicht brengen in wat hij of zij echt prioriteit vindt.”* Het gaat hier dan om inzicht in wat de patiënt belangrijk vindt in zijn eigen gezondheid. P7 zegt hier over: *“Ik denk dat het daar mee begint. Dat de patiënt zelf ontdekt wat hij wil bereiken.”*

Uit bovenstaande bevindingen kan worden afgeleid dat de participanten het belangrijk vinden dat de patiënt de regie heeft in de gesprekken.

4.3.5 Vertrouwensband met de patiënt

Daarnaast geven zes van de negen participanten aan dat de band met de patiënt heel erg van belang is om mensen goed te kunnen ondersteunen bij eventuele leefstijlveranderingen. Zij geven aan dat er vertrouwen nodig is voor mensen om hun verhaal te delen. Om belangrijke, of gevoelige onderwerpen zoals eenzaamheid in gesprekken naar voren te laten komen is een vertrouwensband tussen een patiënt en leefstijlcoach van belang. P3 zegt hierover:

“Het vertrouwen is zo belangrijk met je patiënt, dat is belangrijker dan wat je aanbiedt.”

P9, P2 en P5 zeggen dat het vertrouwen nodig heeft om eenzaamheid naar boven te laten komen. Zo zegt P5: *“Een relatie die je aangaat met de cliënt moet je ook opbouwen. (...) Als je een klik hebt dan gaat het ook wat makkelijker.”* Ze bedoelt hiermee dat een band met je patiënt een gesprek soepeler laat verlopen en patiënten eerder hun gevoelens durven te delen.

P7 ziet haar patiënten maar twee à drie keer in een paar maand. Ze zegt dat het ook afhankelijk is van de persoon of iemand iets wil delen over eenzaamheid. Zo zegt ze: *“Het hangt ook van de persoon af natuurlijk waar je mee praat in hoeverre ze dat willen delen. Met iemand die ze maar twee keer gaan zien, om dan iets van je eigen kwetsbaarheid te laten zien. De een vind dat niet fijn, terwijl een ander het juist heel prettig vindt als het iemand is die ze daarna niet meer hoeven te zien. Dat is natuurlijk een beetje het gevoel wat je moet hebben met de hulpverlener.”* Ook participant 4 en 8 vinden het afhankelijk van de persoon.

Ook P8 beaamt dat gevoel: *“Dat zijn wel dingen waar je op den duur ook een beetje je gut feeling in hebt natuurlijk, als leefstijl adviseur als begeleider, als coach. Gaandeweg het gesprek komt het wel en dan voel je het aan of zie je het aan die persoon.”*

Samenvattend kan worden gesteld dat een vertrouwensband tussen de leefstijlcoach en de patiënt volgens de participanten van belang is om eenzaamheid naar boven te laten komen in gesprekken. De leefstijlcoach moet hiervoor geduld hebben en alert zijn tijdens gesprekken.

4.3.8 Gebruik vragenlijsten en Healthy Planet

Om te weten hoe leefstijlcoaches een gezonde leefstijl met hun patiënten bespreken is gevraagd welke methodieken zij gebruiken en in hoeverre eenzaamheid en het sociale netwerk daarin naar voren komen. Het blijkt dat de participanten allen verschillende

vragenlijsten gebruiken om de problematiek van patiënten in kaart te brengen. Acht van de negen participanten gebruiken hier vragenlijsten voor. Patiënten krijgen deze meestal vooraf aan het gesprek toegestuurd om in te vullen, waarin verschillende levensdomeinen aan bod komen. Bij vijf van de negen participanten wordt leefstijl meegenomen in de vragenlijsten. Hoe deze vragenlijsten er precies uit zien en wat precies de overlap is, is niet bekend. Wel is bekend dat deze per participant en doelgroep patiënten erg verschillen.

Zo gaan de vragenlijsten bij participant 7 veelal over de problemen na een beroerte. De vragenlijsten zijn gericht op *'onzichtbare gevolgen'*, zoals veranderingen in emoties en denken. Zij noemt onderwerpen als: *"Sociale vermoeidheid/deelname, stemmings- en cognitieve problemen en participatie."* (P7) Hierin komt het sociale netwerk en eenzaamheid wel naar voren, ook al wordt dat volgens haar niet expliciet genoemd. Vragen over leefstijl zoals voeding, bewegen en roken komen niet aan bod. Wel heeft ze daar zelf aandacht voor in gesprekken.

Participant 8 gebruikt ook vragenlijsten die gaan over leefstijl (zoals bewegen en voeding). Hij zegt over vragenlijsten in het algemeen dat hij ze niet valide genoeg vindt om leefstijl in kaart te brengen. Zo zegt hij: *"Het zijn vaak afgebakende vragenlijsten op één onderdeel, dus bij wijze van beweging, stress. Het is allemaal los van elkaar. Zo zie ik leefstijl totaal niet."* Over het sociale netwerk in die vragenlijsten zegt hij dat het *"minimaal aan bod kwam."*

Door drie participanten (P9, P1, P2) waarbij leefstijl wordt meegenomen in vragenlijsten wordt de zogenaamde Healthy Planet vragenlijst gebruikt (zie p. 27). Zij zijn of waren alle drie werkzaam bij GLIM. Deze vragenlijst wordt UMCG-breed ingezet. Alle participanten zijn bekend met de Healthy Planet vragenlijst. De Healthy Planet horen patiënten van tevoren in vullen en zijn aanleiding en basis voor het gesprek. Hierbij wordt gewerkt met een stoplicht, groen, geel, oranje of rood. Is het rood dan kan er iets gedaan worden op dat leefstijlgebied. Eenzaamheid en het sociale netwerk zit hier ook in verweven.

Participant 2 over de Healthy Planet: *"Maar wij hebben afgesproken om Healthy Planet te gaan gebruiken binnen het ziekenhuis."* Ze zegt hierover: *"Het is nog wel zoeken of dat voldoende werkt, dat merk ik op de nierfalen poli ook wel. (..) als iemand aangeeft van ik beweeg voldoende en iemand eet gezond, dan kan het groen zijn, terwijl iemand dan een BMI van 40 heeft."* Over de stoplicht methode zegt ze: *"Rood voelt negatief hè? Het is zo'n*

stempel van oh, daar moet je mee aan de slag terwijl je eigenlijk meer moet kijken van wat vindt iemand belangrijk?”

Een participant (P1) over de Healthy Planet: *“Healthy Planet is eigenlijk wel heel breed”* en *“het is toch een wat een meer medisch model.”* Volgens haar mist hier zingeving in, wat ze erg belangrijk vindt. Een andere participant gebruikt nog geen Healthy Planet maar kent die wel. Zij zegt daarover: *“Ik zou het wel leuk vinden om te gebruiken op basis van die kleuren omdat je daar dan ook gericht op kunt vragen en kijken of je daar samen mee verder kunt.”*(P7)

Concluderend kan worden gesteld dat participanten positief zijn over vragenlijsten. Ze kunnen hen helpen om kennis te verkrijgen over de patiënt. De participanten zijn niet genoeg overtuigd van de mate waarin leefstijl in de vragenlijsten naar voren komen en of dit op de juiste manier gepresenteerd wordt. De ervaringen over de Healthy Planet zijn wisselend.

4.3.9 Positieve gezondheid

Naast deze vragenlijsten wordt door zes van de negen mensen positieve gezondheid genoemd om in te zetten of als handvat te gebruiken in gesprekken.

Eén van de negen gebruikt actief de applicatie ‘Mijn Positieve gezondheid’, en zegt hierover: *“Nou wij vragen dan het spinnenweb uit. (..) die hebben vragen al standaard klaar staan, een monitor van 0 t/m 10. Dat zijn volgens mij 30 vragen ofzo (...) Die vul je vaak samen in.”*

De andere vijf zijn erg positief tegenover positieve gezondheid. Vier hiervan zetten het nog niet daadwerkelijk in. Wel zouden ze het er nog wel meer in willen verweven. Zo zegt een participant: *“Positieve gezondheid, dat vind ik eigenlijk een leukere tool. Maar goed, daar werken wij nog niet mee in het ziekenhuis.”*(P2) Ze vindt het een leukere tool dan de Healthy Planet. P1, P5 en P2 noemen dat ze dit vooral meer in willen zetten vanwege *“zingeving.”*

Ook noemen zij dat eenzaamheid en het sociale netwerk hierin verweven zit. Ook P8 zegt dat het sociale netwerk en eenzaamheid *“ruimschoots aan bod komt.”* Op de vraag waar dat dan precies aan bod komt zegt hij: *“Mentaal welbevinden. Oh ja, meedoen. (...) En het staat inderdaad als onderdeel sociale contacten, serieus genomen worden en samen leuke dingen doen, steun van anderen, erbij horen, zinvolle dingen doen en interesse in de maatschappij.”*

Positieve gezondheid is volgens P9, P3 en P8 niet echt een meetinstrument. *“Het is meer een gespreksinstrument.”* (P3) P9 gebruikt de Healthy Planet en positieve gezondheid vaak samen, en brengt het in het gesprek *“als een samenvatting naar voren”*, over het algemene beeld van iemands leefstijl.

P8 is binnen zijn afdeling bezig om *“met name het gedachtegoed van positieve gezondheid echt binnen het centrum breed zeg maar uit te rollen.”* En patiënten *“vanaf begin af aan, het stukje positieve gezondheid mee gaan geven.”* Wel vindt hij positieve gezondheid *“nog in ontwikkeling.”* En zegt: *“Dat is een heel mooi begin, alleen heb je daar heel veel dingetjes nog wat nog beter kan denk ik en wat heel persoonlijk is.”* Zo noemt hij: *“Er is niet duidelijk te zien van dit is gezondheid.”*

Uit de interviews kan geconcludeerd worden dat de participanten allen de tools gebruiken waar zij zelf de meeste meerwaarde in zien. Wel zijn ze allemaal positief over de ‘tool’ van het spinnenweb, met name ook vanwege ‘zingeving’ en het sociale aspect. Deze tool zouden ze meer in gesprekken willen toepassen in de aanpak rondom gezonde leefstijl.

4.3.10 Motiverende gespreksvoering

Naast bovengenoemde vragenlijsten en methodieken, viel op dat meerdere participanten motiverende gespreksvoering noemden (MI) als gesprekstechniek in coaching-gesprekken (zie Figuur 1, p. 18). Zes van de negen participanten ervaren MI als helpend bij gedragsverandering en bewustwording. Zo zegt P5 waarom het belangrijk is dit toe te passen: *“Het is echt belangrijk dat degene het zelf benoemt en dat het dan geïnternaliseerd wordt de verandering die men eigenlijk graag wil. (...) dat is bewezen dat het dan pas echt doordringt tot iemand.”* P4 en P5 zeggen ook dat het belangrijk is mensen *“positief te bekrachtigen”* (P5)

Geconcludeerd kan worden dat participanten de gesprekstechniek MI helpend vinden ten aanzien van het aanpakken van een gezonde leefstijl.

4.4 De aanpak van het sociale netwerk en eenzaamheid door de leefstijlcoach

Als het gaat over de aanpak van het sociale netwerk en eenzaamheid is het van belang te weten hoe participanten hier concreet aandacht voor hebben en waar zij tegenaan lopen. Dit wordt hieronder verder toegelicht.

4.4.1 Sociale aspect uitvragen

Als het gaat om de aanpak van leefstijlcoaches is het van belang te weten of zij ook aandacht hebben voor het sociale aspect in hun coachinggesprekken. Uit alle interviews blijkt dat het sociale netwerk uitgevraagd wordt. P1 vindt het *“erbij horen”* dat je het sociale netwerk ter sprake brengt. Alle participanten vragen uit hoe de sociale omgeving eruitziet, of iemand genoeg steun heeft, of iemand daar iets in wil veranderen. Zo zegt een participant:

“Hoe zijn sociale contacten eruitzien, wat diegene daarvan vindt. Wie voor diegene belangrijk is, of ze tevreden zijn met het netwerk of ze daarin iets missen.”(P9)

En een andere participant: *“Je brengt sowieso veel dingen in kaart, dus ook de familiesituatie, de context waar iemand in leeft en woont. En dan komt het al vrij snel wel voorbij.”*(P8)

En een andere participant over hoe en wanneer het sociale netwerk aan bod komt: *“Als je het hebt over doelen op gebied van voeding, bewegen of slaap, om te kijken van hoe staat je omgeving daarin, heb je sociale steun, wie kan je daarbij inschakelen?”*(P1) En participant 4 over wanneer ze naar het netwerk vraagt: *“Als de patiënt alleen komt, dat ik ernaar vraag. En een andere participant: “Bij de dag invulling.”*(P7)

Op de vraag hoe de participanten een gebrekkig netwerk bij een patiënt opmerken, zeggen P1, P7, P2, P6, P9, P4 en P8 dat patiënten dat zelf aangeven: *“Mensen zeggen het wel dat ze alleen zijn of dat ze niet zoveel mensen in hun omgeving hebben.”* Of participant 6 over hoe een patiënt het aangeeft: *“Ja, ik beweeg liever samen.”*

Uit bovenstaande bevindingen kan worden afgeleid dat het sociale netwerk bij de participanten altijd aan bod komt in gesprekken met patiënten. Als patiënten hier iets in willen veranderen brengen patiënten dit meestal zelf naar voren.

4.4.2 Eenzaamheid bespreekbaar maken

Ook is het van belang te weten of en hoe eenzaamheid aan bod komt en hoe de participanten dit vinden om bespreekbaar te maken. Drie participanten geven aan dat eenzaamheid niet bij elk coachinggesprek ter sprake komt. Zo zegt een participant over eenzaamheid: *“Dat dat niet heel snel aan bod kwam.”*(P3) Een andere participant geeft aan dat het afhankelijk is van wat voor traject je met de patiënt aangaat: *“Als het een simpele controle is dan bespreek je dat*

niet. Maar als het een moeilijke patiënt is met moeilijke oncologie en veel gevolgen van de behandeling en komt alleen, ja dan maak ik daar wel een opmerking over.”(P4)

Participant 9 zegt over hoe eenzaamheid in haar gesprekken aan bod komt: *“Het is niet zo vaak dat patiënten daar zelf over beginnen.”* P1, P6 en P9 vinden het wel lastig als mensen het zelf niet benoemen. Zo zegt een participant over hoe eenzaamheid aan bod komt tijdens gesprekken: *“..maar dan moet iemand het wel aangeven.”(P6)* En participant 9: *“Maar als diegene er zelf niet over begint, vind ik het wel een lastige.”*

Op de vraag hoe de participanten het vinden om eenzaamheid bespreekbaar te maken of als onderwerp aan te kaarten, geven vijf van de negen participanten aan het niet lastig te vinden. Zo zegt P9: *“Ik durf zelf kwetsbaar te zijn, dus ik durf dat ook te vragen.”* Een andere participant geeft aan het niet lastig vindt om bespreekbaar te maken, maar wel een moeilijk onderwerp te vinden. Ze zegt op de vraag of ze het moeilijk vindt om eenzaamheid te bespreken: *“Wel om oplossingen te vinden, om iemand te kunnen helpen. Dat is zo individueel bepaald.”(P5)* Participant 2 zegt ook over een gebrek aan steun vanuit het netwerk: *“Als dat er niet is, dan vind ik het wel lastig om er een oplossing voor te vinden.”*

P3, P5, P8 P2 en P1 geven aan dat er mogelijk ook schaamte of stigma heerst bij patiënten die eenzaam zijn. *“Misschien is er bij eenzaamheid ook wel een stuk schaamte, dus dat mensen het ook niet altijd durven te benoemen of te laten zien en ook niet in mensen aan hun omgeving.”(P1)*. En een andere participant over een gesprek met een patiënt: *“Ja je wil niet altijd bij een ander benoemen hoe je je voelt he, dan voel je je soms ook bezwaard.”(P2)*

Samenvattend kan worden gesteld dat eenzaamheid volgens de participanten niet altijd aan bod komt in coachinggesprekken. Als patiënten het niet zelf aangeven vinden de participanten het lastig om over te beginnen. Als het onderwerp wel vanuit de patiënt zelf naar voren komt in het gesprek, vinden participanten het niet lastig om het te bespreken, maar wel om daar oplossingen voor te vinden.

4.4.3 Gezamenlijk op afspraak komen

Verder is gevraagd naar of de participanten de patiënten ook gezamenlijk op afspraak laten komen. Deze vraag is voorgelegd omdat het mogelijk bevorderend kan werken ten aanzien van het oppakken van een gezonde leefstijl.

Uit de interviews blijkt dat vijf participanten de mogelijkheid bieden om gezamenlijk op afspraak te komen. Een participant geeft aan dat zij de patiënt voordat zij voor een intake komt, een brief toesturen met daarin de mededeling dat zij iemand mee mogen nemen. Op de vraag waarom dat zo is zegt ze: *“Omdat het zo ’n rollercoaster is voor die mensen, in zo ’n ziekenhuis en ze hebben kanker en dan zitten ze bij ons, mijn ervaring is dat ik de patiënt veel dingen vraag maar ook veel uitleg en of ze het hebben gehoord en begrepen. Daarom is het handig dat er iemand bij is want twee horen meer dan 1. En soms neemt degene die mee is het op of maakt aantekeningen, want als ze dan thuis zijn kunnen ze de informatie op een rijtje zetten.”*(P4)

Bij een andere participant (op een andere afdeling) is het erg vrijblijvend of patiënten gezamenlijk op afspraak komen. Zo gaf ze een voorbeeld: *“Deze dame in kwestie had het zelf gevraagd, dus zei van nou, mag mijn partner er online bij zijn?”*(P6) en *“Bij de fysieke metingen mag het niet, maar bij de persoonlijke en online meetings is die van harte welkom.”*(P6)

Participant 7 vraagt de patiënt *“in ieder geval om iemand mee te nemen die dichtbij staat. Een dochter of een zus. (...) En als ze alleen zijn en er spelen wel klachten, dan komen ze nog een keer, en dan zeg ik: neem dan iemand mee die dichtbij u staat.”* Juist vanwege de cognitieve klachten die bij haar patiënten spelen, en dezelfde redenen zoals P4 aangeeft, is het volgens haar goed om samen op afspraak te komen. Ook kan ze via een ander soms beter polsen of iemand zich wel eens alleen voelt, omdat de patiënt hier zelf soms niet altijd open over is.

Een andere participant geeft aan dat gezamenlijk op afspraak bij hun weinig gebeurt. Maar zegt hierover vervolgens: *“Nee, soms zou dat wel mooi zijn.”*(P3)

Geconcludeerd kan worden dat de participanten het gezamenlijk op afspraak komen als meerwaarde zien om de patiënt te ondersteunen in gesprekken én om een goed beeld te krijgen van de patiënt met betrekking tot eenzaamheid.

4.4.4 Te weinig tijd in gesprekken

Als het gaat over duurzame gedragsverandering en eenzaamheid geven vijf participanten aan dat de tijd per gesprek en de duur van het traject bepalend is of eenzaamheid naar voren komt in gesprekken. Een participant zegt het volgende als het over duurzame gedragsverandering gaat: *“Daarvoor moet je mensen eigenlijk wel een jaar of twee intensief voor begeleiden. En*

dat kan niet in mijn spreekuur.”(P7) Zij ziet haar patiënten gemiddeld drie keer per 2 maand per traject. Aan de andere kant zegt zij ook: *“Je kunt in korte tijd best rake vragen stellen.”*

Om echte diepgang te krijgen in gesprekken, is volgens hen vaak meer tijd nodig. Zo zegt P2: *“Maar de echte diepgang die die ja, die komt dan eigenlijk pas later.”* En een andere participant: *“Maar je moet geduld hebben om daar te komen in de gesprekken.”*(P5)

Bij P2 haar patiënten was afvallen vaak het doel. Zij zegt hierover: *“Dan is 3 maanden eigenlijk te kort hè? (...) echt de diepgang die komt dan eigenlijk pas later en dan ben je ook alweer aan het afronden.”* Hiermee doelt ze op achterliggende factoren zoals eenzaamheid.

Participant 8 zegt over de duur van zijn trajecten en zijn leefstijlgesprekken die hij heeft op de afdeling revalidatie: *“Het is gewoon een begin. Een uur is eigenlijk in de zorgwereld al heel veel, dus dat moet je wel beseffen. Dat zou bij wijze van voor sommige patiënten wel jaren één keer in de week een uur moeten zijn. Dus dat is ook weer de vraag van hoe kunnen we dat het beste vormgeven en heb je daar als adviseur tijd voor in je programma of project?”*

Uit bovenstaande bevindingen kan worden afgeleid dat de participanten de trajecten voor gedragsverandering en het aanpakken van eenzaamheid te kort vinden. Wel kan er binnen de tijd die ze hebben een goede stap worden gezet richting gedragsverandering en het aanpakken van eenzaamheid.

4.4.5 Laagdrempelig aanbod

Vijf van de negen participanten geven aan dat het zorgaanbod waar patiënten die eenzaam zijn bij terecht kunnen, laagdrempelig én in de buurt van de patiënt hoort te zijn. Om de drempel te verlagen zodat mensen hulp durven vragen en om ervoor te zorgen dat de zorg op de juiste plek komt.

Er kan onderscheid gemaakt worden in hoe deze zorg er uit moet zien wanneer mensen al patiënt zijn binnen het ziekenhuis, en wanneer mensen nog geen patiënt zijn. Over wanneer mensen nog niet patiënt zijn zegt een participant over hoe deze zorg eruit moet komen te zien: *“Dat dat niets of bijna niets kost, dat zou voor mensen met financiële problemen en mensen die eenzaam zijn een eerste stap zijn.”*(P1) En mensen minder in *“de klinische setting”* helpen. P1, P5 en P7 noemen bij de patiënt in de buurt. Zo zegt een participant: *“Als hij*

mogelijkheden ziet om hulp in omgeving te zoeken.”(P5) En een andere participant: “Ik denk dat je dat bij de patiënt in de buurt moet laten zodat het heel laagdrempelig is.”

P5 noemt dat het lastig kan zijn om de doelgroep eenzamen te bereiken, mogelijk doordat er een stigma heerst op gevoelens van eenzaamheid. Ze zegt over het bereiken van deze groep: *“Zet er een coach neer die hetzelfde dialect spreekt. Dat kan drempelverlagend werken.”*

Samenvattend kan worden gesteld dat de participanten een laagdrempelig aanbod, in de buurt van de patiënt van belang vinden om de doelgroep eenzame mensen te bereiken en te helpen.

4.4.6 Samenwerking andere zorgverleners

Als het om eenzaamheid gaat zeggen de participanten dat andere zorgverleners naast henzelf, zoals een huisarts, POH-GGZ, maatschappelijk werk of psycholoog, daar ook een rol in spelen. Deze rollen worden hieronder beschreven.

Alle participanten zeggen dat je als leefstijlcoach ook een rol hebt om door te verwijzen naar andere zorgverleners als het om eenzaamheid gaat. Zo zegt P9 over haar rol hierin: *“Dat je goed in kaart hebt waar je iemand eventueel kan doorverwijzen.”* Zij zeggen dat wanneer er sprake is van eenzaamheid, of als eenzaamheid *“erg diep verankerd”*(P5) zit, als het gaat over *“complexe problematiek”*(P2), of *“als iemand aangeeft echt niet lekker in zijn of haar vel te zitten”*(P6), dat je dan beter kunt doorverwijzen.

Vijf van de negen vinden het soms lastig om door te verwijzen. Twee van de vijf omdat ze niet zeker weten of de patiënten dan op de juiste plek terecht komen. Zo zegt een participant wanneer het GLIM-traject bij hen ophoudt: *“Dat vind ik altijd wel lastig want dan geef je ineens iemand uit handen.”*(P9) En een andere participant: *“Dan hoop je dat ze in de eerste lijn op een goede plek zitten waar ze goede begeleiding krijgen.”*(P2). Drie van de vijf vinden het lastig omdat ze niet alle wegen weten waar ze naartoe kunnen verwijzen. Zo kan de routing volgens hen beter worden. Zo zegt een participant over de doorverwijsmogelijkheden: *“..dat je dan nog niet zo goed de wegen weet waar je de mensen naar kunt verwijzen, daarin zouden we nog wel wat meer geschoold kunnen worden. (...) Moet iemand dan weer naar maatschappelijk werk of verwijs je iemand naar de gemeente he welke wegen zijn er dat weet ik gewoon nog niet zo goed.”*(P1) Deze participanten noemen nog een aantal voorbeelden. Zo zegt een participant over het verbeteren van de routing binnen en buiten het UMCG: *“Je hebt in Groningen WIJ teams en daar verschillende professionals, maar als je daar al een mooie*

brug kunt vormen naar het sociale domein.”(P9) Een andere participant noemt een voorbeeld vanuit het ziekenhuis in Nij Smellinge, in Drachten: *“Daar hebben ze in kaart gebracht van wat er allemaal in de buurt is en waar mensen op verschillende plakken heen kunnen.”*(P3)

Volgens de leefstijlcoaches die multidisciplinair werken, kan deze manier van werken een waardevolle aanvulling zijn. Een multidisciplinair team kan bijvoorbeeld bestaan uit een leefstijlcoach, maatschappelijk werker en fysiotherapeut en/of diëtist. Dit verschilt per leefstijltraject. Wel is bekend dat de rollen duidelijk anders verdeeld zijn in vergelijking met de leefstijlcoaches die monodisciplinair werken. Degene die alleen werken verwijzen eerder door naar de eerste lijn. P9 en P4 gaven aan het multidisciplinair werken als kracht te ervaren. Zo zegt P9 over hierover: *“Dan hadden we een soort overleg met fysio en diëtist vooraf en na afloop. Dat vond ik wel heel waardevol.”* En over de rol van andere zorgverleners: *“Een andere blik is altijd wel waardevol natuurlijk.”* Op deze manier kom je sneller achter oorzaken of oplossingen om een patiënt verder te helpen zegt hij.

Zeven van de negen participanten noemen de huisarts als optie om door te verwijzen. De huisarts kan volgens hen de meest centrale rol spelen en zou een goede optie kunnen zijn om door te verwijzen of als opstap om de mensen verder te helpen in het kader van eenzaamheid. P7 zegt hierover:

“Ik probeer wel bij de huisarts bekend te maken dat het speelt. (...) Omdat de huisarts ook vaak meer weet wat er in de buurt te halen is aan sociale activiteiten, die heeft denk ik meer contact met wijkteams en maatschappelijk werk en burgerinitiatieven.”

De psycholoog, maatschappelijk werker of andere zorgverleners kunnen via de huisarts of de POH-GGZ gevonden worden. Toch worden deze hieronder apart genoemd.

Zes van de negen participanten geven aan dat de maatschappelijk werker een rol kan spelen in eenzaamheid. P4 werkt multidisciplinair en bij haar komt eenzaamheid uitgebreid bij maatschappelijk werk aan bod zegt ze. Vijf geven aan dat doorverwijzen naar maatschappelijk werk een goede stap kan zijn. P7 zegt over maatschappelijk werk: *“Die weten heel veel van wat er in de regio speelt. (...) Dat ze even voor de patiënt gaan kijken, wat kunnen we voor u doen in uw omgeving.”* Maatschappelijk werk kan de patiënten dus verder helpen in de patiënt zijn omgeving.

Vijf van de negen zeggen dat *“soms een psycholoog”*(P2) een optie kan zijn om iemand naar door te verwijzen. P8 zegt verder over waar eenzaamheid: *“Dat is vaker dat dat denk ik bij de psycholoog ter sprake komt dan bij mij.”* P3 zegt in lijn met P8 over eenzaamheid: *“Bij de monodisciplinaire trajecten waarbij ik in de lead ben daar vraag ik het uit, maar bij de intensievere trajecten waar het multidisciplinair is daar pakt de psycholoog het op.”* De psycholoog vervult volgens hen dus een belangrijke taak in het oppakken van eenzaamheid bij patiënten.

Vier van de negen participanten noemen de POH-GGZ: *“Dan zou ik persoonlijk adviseren om eens in contact te gaan met de POH-GGZ. (...) omdat die dan op dat moment wel vaak de beste routes weet wat passend is.”*(P6) P4 zegt ook over initiatieven die er in de buurt zijn: *“(.) dat weet dan meestal de POH van de huisarts wel. Dat weet ik allemaal niet.”* Twee hiervan zeggen daarover dat de POH voor sommige mensen een laagdrempeligere optie is. Zo zegt P6: *“De praktijkondersteuner vinden mensen toch wat minder eng klinken dan bijvoorbeeld de psycholoog.”* Ook P3 zijn opmerking sluit hierop aan: *“De psycholoog is ook soms wat aan het graven bij iemand he wat ook heel onprettig kan zijn.”*

Een andere participant zegt dat de rol van het UMCG in eenzaamheid een samenwerking moet worden: *“Het moet een samenwerking zijn tussen de behandelend arts, de huisarts de leefstijlcoach, de assistent heeft een rol. UMCG is gewend iedereen heeft zijn eigen specialisme, maar dit onderwerp is overkoepelend en dat is lastig in een UMC om die omslag te maken en heeft tijd nodig.”* En *“budget.”*(P5)

Uit bovenstaande bevindingen kan worden afgeleid dat de participanten niet altijd over genoeg kennis beschikken over de doorverwijsmogelijkheden en routing richting regio-initiatieven, naar het sociale domein. Sommige leefstijlcoaches weten niet goed waar ze heen kunnen verwijzen. Het hangt er volgens de participanten van af of het een mono- of multidisciplinair traject is naar wie wordt doorverwezen. Een goede samenwerking met andere zorgverleners vinden zij belangrijk.

5. Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag. Eerst worden de belangrijkste bevindingen beschreven waarbij de resultaten gekoppeld worden aan de theorie. Er wordt gekeken of deze resultaten wel of niet overeenkomen met de theorie. Hierna volgt een conclusie waarbij de onderzoeksvraag wordt beantwoord. Vervolgens worden de sterktes en zwaktes van het onderzoek beschreven waarbij gereflecteerd en gediscussieerd wordt over het onderzoek. Hierna worden aanbevelingen gedaan voor zowel de praktijk (UMCG/GLIM) als voor vervolgonderzoek.

5.1 De beantwoording van de onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van hoe leefstijlcoaches in het UMCG aandacht hebben voor het sociale netwerk en eenzaamheid. Dit leidde tot de volgende onderzoeksvraag:

‘Hoe integreren leefstijlcoaches aandacht voor eenzaamheid en het sociale netwerk in de begeleiding die zij geven aan patiënten die een leefstijltraject volgen binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen?’

Deze onderzoeksvraag is beantwoord door het doen van kwalitatief onderzoek waarbij 10 leefstijlcoaches zijn geïnterviewd. De onderzoeksvraag is onderverdeeld in de volgende drie deelvragen:

- Wat zegt de literatuur over de invloed van het sociale netwerk en eenzaamheid op gezondheid van mensen?
- Wat is de visie van leefstijlcoaches op gezonde leefstijl en speelt eenzaamheid en het sociale netwerk daarin een rol, en zo ja, welke?
- Welke aanpak hanteren de leefstijlcoaches bij deze visie op gezonde leefstijl, en speelt eenzaamheid en het sociale netwerk daarin een rol, en zo ja, welke?

Eerst worden de deelvragen afzonderlijk van elkaar beantwoord, waarna vervolgens een conclusie wordt gegeven op de hoofdvraag.

De eerste deelvraag is: ‘Wat zegt de literatuur over de invloed van het sociale netwerk en eenzaamheid op gezondheid van mensen?’ Deze is beantwoord door middel van

literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 2). Hieruit is gebleken dat eenzaamheid en het sociale netwerk een grote (direct en indirecte) invloed heeft op de gezondheid en de mate waarin iemand zich gezond voelt. Hieruit blijkt het belang van aandacht van de leefstijlcoach voor eenzaamheid en het sociale netwerk bij patiënten in het UMCG. De volgende deelvragen worden beantwoord en gekoppeld aan de literatuur.

Visie op gezonde leefstijl

De tweede deelvraag is: ‘Wat is de visie van leefstijlcoaches op gezonde leefstijl en spelen eenzaamheid en het sociale netwerk daarin een rol, en zo ja, welke?’ Deze is beantwoord door middel van het verzamelen van kwalitatieve resultaten bij 9 leefstijlcoaches in het UMCG. Uit de interviews is gebleken dat de leefstijlcoaches een brede, gemeenschappelijke visie hebben op gezonde leefstijl. Een gezonde leefstijl gaat volgens hen in ieder geval over de BRAVO leefstijl factoren (Bewegen, Roken, Alcohol, Voeding, Ontspanning). Uit de interviews blijkt echter dat de meeste leefstijlcoaches naast de BRAVO-factoren óók andere factoren meenemen in hun visie op gezonde leefstijl. Namelijk, dat er volgens hen aandacht moet zijn voor zowel een gezonde leefstijl als ook voor eenzaamheid. Niet alleen binnen leefstijlcoaching, maar ook binnen de gehele samenleving. Zij benoemen zowel de fysieke en sociale (leef)omgeving. Ook wordt genoemd dat mensen worden beïnvloed door de fysieke en sociale, contextuele factoren, waardoor het ze moeilijker wordt gemaakt om gedragingen rondom een gezonde leefstijl vol te houden of gedragsverandering teweeg te brengen. De visie van de leefstijlcoaches is dus breder dan de BRAVO-factoren.

De algehele visie van de leefstijlcoaches lijkt aan te sluiten op de visie van De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving [RVS]. De RVS (2020) pleitte in 2020 al voor meer aandacht voor de (sociale) contextuele factoren en de samenleving als geheel. De RVS pleit in hun essay dat er een bredere blik nodig is om gezondheidsverschillen terug te brengen. De focus op een individuele benadering van het huidige, nationale beleid zorgt er volgens hen voor dat mensen met een lagere sociaaleconomische status qua gezondheid achterblijven. De visie van de leefstijlcoaches focust niet alleen op de fysieke en biologische factoren van mensen, maar ook op de sociale factoren, zoals het sociale netwerk van patiënten. De leefstijlcoaches hopen met hun leefstijlcoaching niet alleen te bereiken dat de patiënt bijvoorbeeld afvalt, maar ook dat deze inzicht krijgt in zijn gedrag en dat zijn algehele welzijn verbetert. Ook hopen zij dat patiënten weer zingeving ervaren, en het gevoel krijgen ertoe te doen. Het lijkt het erop dat het denken van de meerderheid van de leefstijlcoaches aansluit bij

de omslag over het denken over ziekte en gezondheid naar gezondheid en gedrag naar mens en maatschappij welke Polder et al. (2012) omschrijven. Gezond zijn lukt alleen wanneer ziekte en zorg, gezondheid en gedrag worden benaderd vanuit mens en maatschappij. Het is volgens hen van belang daarbij rekening te houden met de sociale en fysieke omgeving waarin mensen leven. De visie van de leefstijlcoaches sluit hierbij aan omdat zij ook meebewegen richting een visie die de sociale contextuele factoren omvat: een visie richting mens en maatschappij.

Het sociale netwerk en eenzaamheid

Het lijkt er dus op dat de leefstijlcoaches naast het sociale netwerk ook eenzaamheid meenemen in hun visie op gezonde leefstijl. Zo wordt door een leefstijlcoach genoemd dat de E van eenzaamheid ook bij de BRAVO-factoren hoort. Leefstijlcoaches beschouwen eenzaamheid als: het aantal contacten dat iemand heeft en het gevoel dat iemand daarbij ervaart, een gebrek aan je kwetsbaar op kunnen stellen en het missen van begrip en steun vanuit de omgeving. De definitie van eenzaamheid gaat volgens Weiss (1973) over het wel of niet vervullen van de behoefte aan sociaal contact. Dit is een van de termen die in de literatuur in paragraaf 2.3 werd omschreven (zie p. 23). Deze definitie wordt door meerdere leefstijlcoaches op deze manier omschreven. Echter, de leefstijlcoaches noemen ook nog verschillende andere punten, die wel allemaal met eenzaamheid te maken hebben, maar een breder kader schetsen van eenzaamheid dan Weiss. Eenzaamheid wordt dus wel meegenomen in de visie van de leefstijlcoaches maar blijkt nog wat ongrijpbaar volgens de leefstijlcoaches.

Het is dus volgens de leefstijlcoaches van belang om aandacht te hebben voor eenzaamheid en het sociale netwerk van patiënten omdat deze volgens hen invloed kunnen hebben op de gezondheid: zowel op de gezondheid in het algemeen als op gedragsverandering rondom gezonde leefstijl. In hun opvattingen over de rol van eenzaamheid en het sociale netwerk is een onderscheid te maken tussen een 'directe' en een 'indirecte' invloed van eenzaamheid en het sociale netwerk op de gezondheid en leefstijl van mensen. In subparagraaf 2.4.1 worden deze routes hoe sociale relaties de gezondheid beïnvloeden beschreven (zie p. 29). Volgens de leefstijlcoaches kan het sociale netwerk enerzijds een positieve invloed hebben op de gezondheid van patiënten doordat zij een sociaal draagvlak hebben en sociale steun ervaren. Anderzijds noemen zij een negatieve invloed wanneer mensen een gebrek hebben aan sociaal draagvlak. Eenzaamheid kan volgens participanten een ongezonde leefstijl dan ook in de hand werken, en andersom. Dit is in lijn met hoe Korporaal et al. (2008) de relatie tussen

eenzaamheid en de (on)gezondheid beschrijven. Deze is volgens hen ook wederkerig van aard. Dit zagen we ook in de literatuur terug die in hoofdstuk 2 is beschreven (zie p. 24). Eenzaamheid hangt volgens de leefstijlcoaches vaak samen met het wegvallen van sociale contacten, werk en financiën, trauma, een laag zelfbeeld en ziekte. Wat precies de oorzaak is van eenzaamheid is volgens hen verschillend per persoon.

Ziekte en eenzaamheid

Ten aanzien van ziekte en eenzaamheid is nog een belangrijke bevinding naar voren gekomen uit de interviews. Leefstijlcoaches geven aan dat mensen die ziek zijn een verhoogde kans hebben op eenzaamheid en een verminderd welzijn. Dit sluit aan bij de risicofactoren die De Jong-Gierveld et al. (2018) beschrijven. In 2.3.3. werd dit al als risicofactor omschreven (zie p. 25). Eenzaamheid heeft volgens hen een directe invloed op de gezondheid van mensen. Zij geven aan dat het sociale netwerk van mensen die ziek zijn sneller afbrokkelt en dat men minder sociale steun ervaart. Hierdoor worden mensen dus sneller eenzaam wat een negatieve invloed heeft op het welzijn. Dit heeft tot gevolg dat zij meer moeite hebben met het oppakken van leefstijladviezen doordat zij geen sociaal vangnet hebben dat hen daarbij kan helpen en ondersteunen. Juist voor mensen die ziek zijn is het van nog groter belang om ondersteuning te hebben van het sociale netwerk, dan voor mensen die niet ziek zijn. Het is dan ook belangrijk om als leefstijlcoach het sociale netwerk van patiënten te organiseren mocht dit niet het geval zijn. Deze visie sluit aan bij hoe Hoogendijk et al. (2016) denken over chronisch zieke mensen en eenzaamheid. Volgens hen is het juist voor chronisch zieken van belang om betekenisvolle contacten te onderhouden. In subparagraaf 2.3.4 werd dit al beschreven (zie p. 26).

De taakopvatting van de leefstijlcoach

Als het gaat om wat de leefstijlcoaches als hun taakopvatting betreffende eenzaamheid zien, blijkt dat zij zelf de concrete rol niet heel goed kunnen omschrijven. Enerzijds zien de leefstijlcoaches het als hun taak om 'iets' met eenzaamheid te doen en willen ze er ook daadwerkelijk meer aandacht voor hebben. Ze geven aan dat ze een signalerende functie hebben betreffende eventuele eenzaamheid. Uit de interviews met de leefstijlcoaches blijken zij deze rol nog wat ongrijpbaar te vinden. Een aantal leefstijlcoaches geeft aan dat een psycholoog of psychiater hier een grote taak in heeft. Dit is een opmerkelijke bevinding gezien het feit dat een psycholoog meer interne problemen probeert aan te pakken bij individuen. Eenzaamheid is juist meer een sociaal probleem waarbij de sociale context van

het individu een grote rol speelt. Eenzaamheid is in die zin wel een (deels) intern probleem doordat je eenzaam voelen een interne emotie is. Eenzaamheid kan dan ook deels opgelost worden door bijvoorbeeld een psycholoog. Echter, is het gevoel van eenzaamheid een reactie op externe factoren, en de oorsprong van het probleem dus meer sociologisch van aard. Een leefstijlcoach in het UMCG zou dan juist wel de aangewezen persoon zijn om eenzaamheid met de patiënt op te pakken. GLIM beoogt met het inzetten van leefstijlcoaches dan ook de groep eenzame mensen op te vangen.

De aanpak van de leefstijlcoach

De derde deelvraag is: ‘Welke aanpak hanteren de leefstijlcoaches bij deze visie op gezonde leefstijl, en hoe is het sociale netwerk en eenzaamheid daarin verweven?’ Deze is ook beantwoord door interviews af te nemen bij leefstijlcoaches in het UMCG. Wanneer het gaat om de aanpak van de leefstijlcoaches is er een aantal factoren die zij belangrijk achten. Als het gaat om gedragsverandering noemen zij als voorwaarde een intrinsieke motivatie van patiënten om te werken aan gezonde leefstijl. De leefstijlcoaches vinden het daarnaast belangrijk om bewustwording te creëren bij patiënten dat leefstijl en gezondheid aan elkaar gerelateerd zijn, en dat eenzaamheid daar onderdeel van kan zijn. Ook vinden zij een professionele houding van belang voor een succesvolle leefstijl-aanpak. Daarmee bedoelen zij een open, empathische, coachende houding, waarbij niets opgelegd wordt maar juist aangesloten wordt op de patiënt. Daarbij vinden zij het belangrijk dat de patiënt de regie heeft in de gesprekken. Ook vinden zij een vertrouwensband tussen de leefstijlcoach en de patiënt van belang. Deze houding van de leefstijlcoach sluit aan bij het beroepsprofiel van de leefstijlcoach zoals de BLCN (2016) omschrijft (zie p. 16).

De leefstijlcoaches benoemen dat wanneer het mogelijk gaat om patiënten die eenzaam zijn of een gebrekkig netwerk hebben, dat ze voor deze patiënten meer geduld en alertheid moeten hebben in coachinggesprekken. Met name om eenzaamheid als gespreksonderwerp naar voren te laten komen. Hoe er met eenzaamheid omgegaan moet worden specifiek door leefstijlcoaches is in de literatuur niet bekend. In de literatuur gaat het meer over hulp- en zorgverleners in het algemeen. Ook de leefstijlcoaches zelf lijken hierin nog zoekende. In het profiel van de leefstijlcoach van de BLCN (2016) komt het sociale aspect wel aan bod in de definitie en visie van ‘positieve gezondheid’, maar verder wordt niet uitgewerkt hoe leefstijlcoaches voor eenzaamheid precies aandacht zouden moeten hebben. Ook in

opleidingen wordt aandacht besteed aan positieve gezondheid, maar hoe leefstijlcoaches concreet aandacht voor die sociale aspecten zouden moeten hebben is niet bekend.

De visie van de leefstijlcoaches lijkt aan te sluiten op de opkomst van de term leefstijlgeneseskunde in 2018 (Van Erk et al., 2019) en de nieuwe definitie van gezondheid van Huber et al. (2011): positieve gezondheid (zie p. 8). De aanpak van de leefstijlcoaches als het gaat om eenzaamheid lijkt hier alleen nog niet op aan te sluiten. Mogelijk bieden beide benaderingen niet voldoende, concrete houvast om in de praktijk toe te passen. De leefstijlcoaches geven aan allen wel gebruik te maken van vragenlijsten die volgens hen als hulpmiddel worden ingezet en helpend zijn om patiëntinformatie te verkrijgen. Het gaat dan onder meer over aspecten zoals de achtergrond, sociale situatie, voeding, beweging en mentale aspecten. Sommige leefstijlcoaches zijn niet voldoende overtuigd van de mate waarin, en de wijze waarop, leefstijl daarin naar voren komt. De wijze waarop het gepresenteerd wordt is volgens hen niet allesomvattend om dit concreet te gebruiken in gesprekken en de leefstijl van de patiënt in zijn totaliteit in kaart te brengen. Er zijn geen algemene, specifieke tools die de leefstijlcoaches inzetten. Mogelijk dat dat komt doordat de leefstijlcoaches in het UMCG op verschillende afdelingen werken met verschillende doelgroepen. Wel zijn alle leefstijlcoaches positief over positieve gezondheid, met name ook vanwege ‘zingeving’ en het sociale aspect. Deze tool ‘positieve gezondheid’ zouden ze meer in gesprekken willen toepassen in de aanpak rondom gezonde leefstijl. Als het gaat om de aanpak van de leefstijlcoach voor eenzaamheid, is mogelijk een andere, bredere benadering nodig die zich meer richt op de gehele samenleving in plaats van op het individu.

Aandacht voor het sociale netwerk en eenzaamheid

Als het gaat om de aanpak van de leefstijlcoaches en het sociale netwerk in coachinggesprekken, komt dit netwerk altijd aan bod in gesprekken met patiënten doordat ze vragen stellen over hoe hun sociale netwerk eruitziet. Daarentegen blijkt eenzaamheid niet altijd aan bod te komen. Wanneer patiënten zelf niet aangeven dat ze eenzaam zijn, geven de leefstijlcoaches aan er niet zelf over te beginnen. Als het onderwerp wel vanuit de patiënt zelf naar voren komt in een coachinggesprek, vinden leefstijlcoaches het niet lastig om bespreekbaar te maken, maar wel om daar oplossingen voor te vinden. Wel noemen leefstijlcoaches een aantal punten die overeenkomen met de aandachtspunten voor de leefstijlcoach zoals beschreven in paragraaf 2.4.2. (zie p. 34). Zo geven leefstijlcoaches aan wel aandacht te hebben voor het sociale netwerk, zoals netwerkontwikkeling en vragen zij

patiënten of zij steun hebben vanuit het netwerk. Wanneer de patiënt hier behoeften in heeft wordt dit samen met de patiënt verwerkt in de doelen die gezamenlijk worden opgesteld. De leefstijlcoaches richten zich vooral op dat waar de patiënt behoefte aan heeft, en is een goede stap richting het integreren van voldoende aandacht voor eenzaamheid.

Uit de interviews blijkt verder dat de leefstijlcoaches het als meerwaarde zien om patiënten gezamenlijk met een naaste (familielid of belangrijke andere persoon) op afspraak te laten komen. Sommige leefstijlcoaches nodigen al standaard een extra persoon uit voor de eerste afspraak, maar nog niet alle leefstijlcoaches doen dat. De leefstijlcoaches die dit al toepassen in hun werkwijze geven aan dat het gezamenlijk op afspraak komen helpend is om de patiënt te ondersteunen in het meekrijgen van informatie in coachinggesprekken. Ook zouden de leefstijlcoaches daarmee een betere inschatting kunnen maken van eventuele eenzaamheid bij een patiënt. Op deze manier kan eenzaamheid mogelijk sneller naar voren komen in gesprekken. Steyaert en Kwekkeboom (2012) beschrijven dat het gezamenlijk op afspraak komen ervoor kan zorgen dat wanneer een zorgtraject is afgelopen de patiënt zich dan nog steeds in een ondersteunende omgeving bevindt. Het gezamenlijk op afspraak komen kan een positieve werking hebben op de leefstijl en het welzijn van de patiënt en hun naaste(n).

Wanneer het gaat om de aanpak van eenzaamheid en gedragsverandering noemen de leefstijlcoaches dat ze de leefstijltrajecten te kort vinden. Wel kan er volgens hen binnen de tijd die ze hebben een goede eerste stap worden gezet richting gedragsverandering en het aanpakken van eenzaamheid. Ze geven aan dat er een verlenging nodig is voor patiënten, ofwel binnen ofwel buiten het ziekenhuis. Hierbij is het volgens hen van belang dat er goed wordt samengewerkt met andere zorgverleners en dat, om de doelgroep eenzame patiënten te bereiken, zij in de buurt met laagdrempelige hulp bereikt kunnen worden. Afhankelijk van het soort en de duur van het leefstijltraject en afhankelijk van het feit of een leefstijlcoach alleen werkt of in een multidisciplinair team, moet onderzocht worden naar wie wordt doorverwezen. De leefstijlcoaches geven aan dat er niet altijd genoeg kennis is over de doorverwijsmogelijkheden en routing richting regio-initiatieven, naar het sociale domein. Het is daarom van belang dat de leefstijlcoach over voldoende kennis beschikt van de doorverwijsmogelijkheden en met welk doel de verschillende zorgverleners ingezet kunnen worden in het kader van eenzaamheid.

5.2 Conclusie

Concluderend kan gesteld worden dat de leefstijlcoaches in het UMCG in hun visie aandacht hebben voor eenzaamheid en het sociale netwerk. Het lijkt erop dat de aandacht van de leefstijlcoaches voor eenzaamheid een goede stap in de richting is van de verschuiving van ziekte en zorg, naar gezondheid en gedrag, naar mens en maatschappij die Polder et al. (2012) omschrijven. Leefstijlcoaches geven namelijk aan wel aandacht te hebben voor de sociale context die Polder et al. (2012) omschrijven. Dit is ook terug te zien de visie van de leefstijlcoach; zij richten zich niet alleen maar op de BRAVO-factoren (zie p. 18), maar ook op het sociale netwerk en eenzaamheid. Wanneer wordt gekeken naar de daadwerkelijke aanpak rondom eenzaamheid en het sociale netwerk, integreren de leefstijlcoaches in hun aanpak wel aandacht voor het sociale netwerk. Zij vragen de patiënten namelijk altijd naar hoe hun sociaal netwerk er uit ziet en of zij hier nog behoeften in hebben. Wanneer het gaat om eenzaamheid lijkt het of dit niet standaard in hun aanpak en niet bij ieder coachinggesprek naar voren komt. De concrete taakopvatting van de leefstijlcoach in het kader van eenzaamheid lijken de leefstijlcoaches nog wat ongrijpbaar te vinden. De visie en aanpak van de leefstijlcoaches is een goede stap in de richting van de beweging richting mens en maatschappij. De aandacht van de leefstijlcoaches voor eenzaamheid is een teken van dat de beweging in gang is gezet, maar is pas echt solide als deze aandacht goed georganiseerd is binnen zowel het ziekenhuis als de maatschappij. Om deze organisatie meer solide te maken is het van belang dat er overzicht is in wie wat doet binnen en buiten het ziekenhuis in het kader van leefstijl en eenzaamheid en hoeveel en waar leefstijlcoaches worden ingezet. Wanneer iedereen van elkaar op de hoogte is van wie wat doet, welke initiatieven er zijn en waar patiënten het beste heen kunnen zal er optimaler gebruik kunnen worden gemaakt van de zorg.

5.3 Sterktes en zwaktes van het onderzoek

In deze paragraaf wordt ingegaan op de sterke en zwakke punten van dit onderzoek. In kwalitatief onderzoek is het van belang om naar betrouwbaarheid en validiteit te kijken. Shenton (2004) neemt deze twee begrippen samen in zijn concept *trustworthiness*. Shenton (2004) onderscheidt vier criteria onder dit begrip; geloofwaardigheid, overdraagbaarheid, betrouwbaarheid en objectiviteit. Deze begrippen komen terug in de reflectie van de onderzoeker op het onderzoek.

Kwalitatieve dataverzameling

Een eerste sterk punt van dit onderzoek is het kwalitatieve karakter van dit onderzoek. Deze methode sloot het beste aan op de onderzoeksvraag waardoor er specifieke en diepgaande informatie is verkregen van leefstijlcoaches binnen het UMCG. Door de leefstijlcoaches middels een semigestructureerd interview te bevragen, is er diepgaand inzicht verkregen in de (werk)ervaringen, gedachten en meningen over hoe leefstijlcoaches in het UMCG aandacht hebben voor eenzaamheid en het sociale netwerk bij hun patiënten. Deze kennis heeft een goede bijdrage geleverd aan de conclusie en de kwaliteit van de aanbevelingen.

Een ander sterk punt, aansluitend op het vorige is dat dit onderzoek bijdraagt aan nieuwe kennis betreffende het vakgebied van de leefstijlcoach. Door het kwalitatieve karakter van het onderzoek is nieuwe, relevante kennis naar voren gekomen die bijdraagt aan het vakgebied van de leefstijlcoach in het algemeen en UMCG specifiek. De ervaringen van de leefstijlcoaches geven inzicht in hoe de leefstijlcoaches omgaan met eenzaamheid en het sociale netwerk. Hieruit zijn conclusies getrokken en kunnen aanbevelingen worden gedaan die bijdragen aan het vakgebied van de leefstijlcoach. Deze aanbevelingen komen aan bod in paragraaf 5.3.

Werving leefstijlcoaches

Verder zou er getwijfeld kunnen worden aan de manier waarop de leefstijlcoaches verworven zijn. In het begin van het onderzoeksproces was het plan om alle leefstijlcoaches binnen GLIM te interviewen. Gedurende het onderzoek kwam de onderzoeker erachter dat er maar drie leefstijlcoaches waren die werkzaam waren binnen GLIM. Daarom is er in overleg met team GLIM gekozen om de leefstijlcoaches UMCG-breed te gaan interviewen. Ook dit aantal was niet precies bekend. Toch heeft de onderzoeker het onderzoek voortgezet en zoveel mogelijk leefstijlcoaches proberen te interviewen. Alle leefstijlcoaches binnen GLIM zijn dan ook geïnterviewd. Echter is de oplossing van hoe de onderzoeker het gebrek aan leefstijlcoaches heeft opgelost wel als sterk punt te noemen. Doordat er minder leefstijlcoaches waren dan de onderzoeker dacht, heeft de onderzoeker ervoor gekozen om een brede interpretatie te hanteren van de functie 'leefstijlcoach'. Niet alleen 'leefstijlcoaches', maar ook 'beweeg- en leefstijlcoaches' en twee participanten die niet werkzaam zijn als leefstijlcoach maar wel leefstijl met de patiënt bespraken zijn geïnterviewd. Het kan als beperking worden gezien omdat niet alle participanten over dezelfde specifieke kenmerken beschikken en er uiteindelijk minder leefstijlcoaches werkzaam waren binnen het

UMCG dan de onderzoeker in eerste instantie dacht. Dit heeft mogelijk invloed gehad op de resultaten.

Overdraagbaarheid

Overdraagbaarheid is een van de vier elementen van trustworthiness van Shenton (2004). De onderzoeker heeft bijgedragen aan trustworthiness door inzicht te geven in de specifieke, contextuele kenmerken en het uitvoerig beschrijven van de methode die gebruikt is in dit onderzoek. Er zou getwijfeld kunnen worden aan de overdraagbaarheid van de bevindingen naar andere ziekenhuizen, gezien het feit dat dit onderzoek op een klein aantal participanten is gebaseerd. Ook is niet bekend of en hoe andere ziekenhuizen leefstijlcoaches precies inzetten. Omdat de onderzoeker maar een beperkt aantal participanten kon interviewen, kan getwijfeld worden aan de mate van saturatie. Volgens Hennink et al. (2020) wordt het moment van saturatie bereikt wanneer zich herhalingen gaan voordoen tijdens de gegevensverzameling en er weinig tot geen nieuwe informatie meer verkregen wordt. Het moment van saturatie is volgens de onderzoeker wel bereikt ondanks dat er maar negen participanten hebben deelgenomen. In de latere interviews hoorde de onderzoeker zaken die in eerdere interviews ook al aan bod waren gekomen en kwam er geen nieuwe informatie meer naar voren. Er is dan ook een duidelijk beeld gevormd over hoe de leefstijlcoach in het UMCG aandacht heeft voor eenzaamheid en het sociale netwerk.

Member check

War als andere mogelijke beperking kan worden gezien is dat er geen 'member check' is gedaan. Member checking is een aspect dat kan bijdragen aan de geloofwaardigheid van onderzoek. Bij een member check worden de transcripten van de interviews verstuurd naar de participanten die deelnemen aan het onderzoek. Zij kunnen dan checken of zij nog steeds achter de informatie staan die zij tijdens het interview hebben gegeven. Vanwege tijdsnood heeft de onderzoeker ervoor gekozen om dit niet te doen. Daarnaast zijn ook de transcripten door maar één onderzoeker verwerkt tot het resultatenhoofdstuk. De coderingen die hierbij zijn ontstaan zijn wel meermaals doorgenomen door de onderzoeker, maar niet nogmaals gecontroleerd door een andere collega-onderzoeker. Aangezien er geen member check is gedaan kan dit een negatieve invloed hebben gehad op de betrouwbaarheid, en dus de trustworthiness van het onderzoek.

5.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden eerst aanbevelingen gegeven voor de praktijk (zowel UMCG als GLIM). Vervolgens worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

5.3.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Een eerste aanbeveling voor de leefstijlcoaches in het UMCG is om hen bij te scholen over eenzaamheid bij patiënten en hoe om te gaan met deze problematiek. In het profiel van de leefstijlcoach (BLCN, 2016) lijkt nog weinig aandacht te zijn voor eenzaamheid. In hoeverre er in de opleiding tot leefstijlcoach aandacht aan besteed wordt is onbekend. Wel gaf een aantal leefstijlcoaches aan dat zij er wel mee in aanraking zijn gekomen in de opleiding, anderen niet. Leefstijlcoaches zouden er goed aan doen hier meer kennis over op te doen gezien het feit dat hun aanpak en hun rol hierin nog wat abstract blijft. Mogelijk zouden zij een cursus of training kunnen volgen zodat ze meer kennis en vaardigheden krijgen over hoe ze op eenzaamheidsproblematiek in kunnen spelen. Op basis van de literatuur zoals omschreven in subparagraaf 2.4.2 (zie p. 32) zou in deze training in ieder geval aandacht moeten zijn voor de sociale basisbehoefte van de mens aan verbondenheid en zelfmanagementvaardigheden, waardoor de intrinsieke motivatie van patiënten tot gezond leefstijlgedrag verhoogt kan worden. Daarnaast zou al tijdens de opleiding tot leefstijlcoach, eenzaamheid in het algemeen en de taakopvatting van de leefstijlcoach betreffende eenzaamheid een vast onderdeel moeten zijn.

Niet alleen leefstijlcoaches, maar ook zorgverleners binnen én buiten het UMCG moeten meer aandacht hebben voor eenzaamheid. Gezien het feit dat zieke mensen meer risico lopen eenzaam te worden (De Jong-Gierveld, 2016) is het des te meer van belang in een ziekenhuis. Maar zoals de RVS (2020) al stelde zou er voor een gezonder Nederland meer aandacht moeten zijn voor de (sociale) contextuele factoren en de samenleving als geheel.

Eenzaamheid is naast een individueel probleem ook een maatschappelijk probleem dat in alle lagen van de samenleving voorkomt (Fokkema & Tilburg, 2007). Juist gezien de individualisering, de afname van de sociale cohesie (Duyvendak, 2004) en het minder participeren van mensen in de maatschappij (Putnam, 2000; Ultee et al., 2003) is het des te belangrijker om aandacht te hebben voor eenzaamheid. Eenzaamheid heeft een grote invloed (indirect en direct) op de gezondheid van mensen (Korporaal et al., 2008). Hoogleraar filosofie Horstman en universitair docent Filosofie Mare Knibbe (2022) raden in hun nieuwe

boek 'Gezonde stad' aan om meer naar de publieke ruimte te kijken om de gezondheid te bevorderen en gezondheidsverschillen te verminderen. Een gezond stedenbeleid met aandacht voor de publieke ruimte zou zorgen voor meer ontmoeting, en zou eenzaamheid mogelijk ook kunnen verminderen. Eenzaamheid zou dus ook een vaste plek moeten hebben binnen iedere organisatie en elk beleid zodat de risico's voor de gezondheid van mensen in de samenleving worden beperkt.

In lijn met deze aanbeveling gaf een leefstijlcoach een voorbeeld van het inzetten van een 'casemanager' op iedere afdeling in het UMCG. Deze casemanager dient als aanspreekpunt waarbij patiënten terug kunnen komen met vragen. Op deze manier kunnen patiënten op een laagdrempelige manier geholpen worden doordat ze terecht kunnen bij een vertrouwenspersoon en kan eenzaamheid eerder gesignaleerd en mogelijk aangepakt worden. Mogelijk kan een huiskamer ingericht worden op iedere afdeling die toegankelijk en knus is, waar casemanagers werken en patiënten terecht kunnen. Een van de geïnterviewde leefstijlcoaches gaf dit aan omdat zij vindt dat er meer aandacht mag komen voor patiënten met eenzaamheid en patiënten met een lage sociaaleconomische status (SES). Uit de literatuur blijkt dat mensen met een lage SES meer kans hebben op eenzaamheid (De Jong-Gierveld et al., 2018). Dit werd eerder al in subparagraaf 2.3.3 als risicofactor omschreven (zie p. 25). Daarnaast pakken mensen met een lage SES minder snel regie over hun eigen leven, terwijl dat juist steeds vaker van mensen wordt gevraagd. Een casemanager zou patiënten hierin dus kunnen ondersteunen. Op deze manier wordt er mogelijk ook meer gebruik gemaakt van de openbare, publieke ruimte en worden ontmoetingen sneller georganiseerd.

Een andere aanbeveling voor de leefstijlcoaches in het UMCG is de patiënten en hun naasten de mogelijkheid bieden gezamenlijk op afspraak te komen. De leefstijlcoaches gaven aan dit als meerwaarde te zien om naasten te betrekken in het begeleidingsproces. Zij gaven aan dat dit een positieve invloed kan hebben doordat niet alleen de patiënt de informatie krijgt die de patiënt op dat moment gegeven wordt, maar ook een naaste. Op deze manier kunnen ze gezamenlijk het gesprek nabespreken. Ook kan volgens hen mogelijk eventuele eenzaamheidsproblematiek sneller naar voren komen doordat er een derde persoon aanwezig is in een gesprek. Ook uit onderzoek van Ossebaard et al. (2017) blijkt dat het betrekken van het sociale netwerk in de verzorging van patiënten tijdens een proces van opname op de IC een positieve invloed heeft. Niet alleen op de patiënt zelf, maar ook op de familie en de

zorgprofessionals. Het kan zorgen voor minder stress, meer tevredenheid bij naasten en sneller herstel en revalidatie.

Een ander voorbeeld dat een leefstijlcoach suggereerde tijdens de interviews sluit hier goed bij aan; zij laat patiënten soms een brief schrijven aan voor hem of haar belangrijke personen. In deze brief schrijven patiënten een uitleg over hun ziekte en de klachten, maar ook andere gedachten of mogelijke behoeften rondom hun ziekte. Mogelijk zouden patiënten ook hun behoeften hierin wat betreft leefstijlaanpassingen in kunnen omschrijven voor meer begrip en steun vanuit het sociale netwerk. Op de intensive care is een interventie bedacht waarbij patiënten ook hun gedachten op papier zetten met behulp van een ‘Post-ic dagboek’. Tummers et al. (2022) beschrijven dat deze interventie de emotionele impact van een patiënt en hun naasten op de intensive care (ic) kan verminderen, met als doel herstel te versnellen. Meerdere UMC’s in Nederland maken hier gebruik van. In dit dagboek wordt een tijdslijn vastgelegd en kan uiting gegeven worden aan de gevoelens en gedachten van de patiënt en zijn netwerk, wat deze gevoelens en gedachten kan structuren. Deze beschrijvingen en tijdslijn worden op deze manier gekoppeld aan de persoonlijke situatie waardoor angst, onzekerheid en stress kan verminderen, wat een positief effect heeft op de patiënt en haar naasten (McIlroy et al., 2019).

Verder beveel ik aan om de gesprekstoel ‘positieve gezondheid’ meer te integreren in de werkwijze van de leefstijlcoach. Uit de interviews komt naar voren dat veel leefstijlcoaches positief zijn over het inzetten van deze methode. Dit is een methode die ingezet kan worden tijdens arts-patiënt communicatie. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een spinnenweb waarin de (gezondheid)scores van een patiënt zichtbaar worden (Huber et al., 2016). Dit web bestaat uit zes dimensies. Een aantal leefstijlcoaches zetten deze tool al bewust in, een aantal nog niet. Leefstijlcoaches zijn vooral positief over deze tool gezien het feit dat de sociale context hierin meer wordt betrokken. Door deze tool standaard te integreren wordt er mogelijk meer aandacht besteed aan thema’s zoals eenzaamheid. ‘Meedoen’ is één van de zes dimensies in het spinnenweb van Huber et al. (2016) en sluit het beste aan bij het sociale netwerk en eenzaamheid, de thema’s van dit onderzoek. Onder deze dimensie vallen de volgende punten: sociale contacten, serieus genomen worden, samen iets leuks doen, steun, erbij horen, iets zinvols doen, en in de maatschappij geïnteresseerd zijn. Door deze tool meer en bewuster te integreren in de werkwijze van leefstijlcoaches zal er meer aandacht worden besteed aan het

sociale netwerk en mogelijk aan eenzaamheid, wat de leefstijlveranderingen van patiënten mogelijk ten goede komt.

Een andere aanbeveling is om de leefstijlcoaches meer inzicht te geven in de doorverwijsmogelijkheden richting regio-initiatieven naar het sociale domein. Een aantal leefstijlcoaches gaf aan niet over genoeg kennis te beschikken betreft de routing richting het sociale domein. Ook gaven ze aan weinig kennis te hebben betreffende de regionale initiatieven in het algemeen en eenzaamheid in het bijzonder. Om eenzaamheid te voorkomen en verhelpen is het van belang dat leefstijlcoach over voldoende kennis beschikken waar patiënten heen verwezen kunnen worden. Voorbeelden van doorverwijzingen zouden velerlei kunnen zijn: sociale wijkteams en andere sociale hulpverleningsinstanties, maar ook de huisarts (POH-ggz), maatschappelijk werk, sportcentra, etc. Een leefstijlcoach gaf aan dat in het ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten gebruik wordt gemaakt van een sociale kaart. Een sociale kaart met een overzicht van instellingen die patiënten verder zouden kunnen helpen, om mensen meer met elkaar te verbinden. In het UMCG is een sociale kaart nog niet gerealiseerd. Voor thema's zoals eenzaamheid en sociale verbinding zou een sociale kaart een waardevol hulpmiddel zijn voor leefstijlcoaches. Dit zou een efficiëntere doorverwijzing kunnen bevorderen. Ook het kennisinstituut Movisie (2022) maakt in het kader van de aanpak van eenzaamheid gebruik van een routekaart per gemeente. Gezien de samenlevingsbrede aanpak van eenzaamheid, pleit Movisie er dan ook voor om de verbinding te zoeken met reeds bestaande trajecten. Een snellere doorverwijzing, goede samenwerking tussen zorg- en hulpverleners en het aansluiten bij reeds bestaande initiatieven zal zorgen voor een efficiëntere aanpak van eenzaamheid.

Als laatste zou het UMCG er goed aan doen in kaart te brengen wat de specifieke functie en/of taakgebieden zijn van de leefstijlcoach binnen het UMCG. In de functieomschrijving moet het thema eenzaamheid een duidelijk omschreven plek hebben. Gedurende dit onderzoek was de functie leefstijlcoach in het UMCG nog in ontwikkeling, daarom zou het UMCG er goed aan doen om een duidelijke functieomschrijving te formuleren van de leefstijlcoach en op welke wijze zij daarbij aandacht zouden moeten hebben voor eenzaamheid. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zou in de functieomschrijving in ieder geval het volgende moeten staan: dat positieve gezondheid een vast onderdeel is in leefstijlbegeleiding (met daarin aandacht voor eenzaamheid en het sociale netwerk), dat er gebruik gemaakt wordt van een sociale (netwerk)kaart voor regio-initiatieven binnen het

sociale domein waar leefstijlcoaches heen kunnen verwijzen, dat het duidelijk is naar welke hulp- en of zorgverleners zij kunnen verwijzen en met welk doel zij kunnen worden ingezet in het kader van eenzaamheid en sociale verbinding, dat de leefstijlcoach een professionele houding aanneemt waarbij zij een open, empathische, coachende houding hebben, waarbij niets wordt opgelegd maar juist aangesloten wordt op de patiënt. De vertrouwensband tussen de leefstijlcoach staat hierbij centraal. Daarnaast hoort bij de BRAVO leefstijlfactoren ook de E van eenzaamheid. Mogelijk kan de functieomschrijving nog verbeterd en aangevuld worden met behulp van (een uitwerking van) een beslisboom die als leidraad kan dienen voor leefstijlcoaches.

5.3.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is om (kwalitatief) onderzoek te doen naar de taakopvatting van verschillende zorgverleners binnen en buiten het UMCG: hoe zien zij hun rol binnen de aanpak van eenzaamheid en het sociale netwerk? Uit de resultaten blijkt dat de leefstijlcoaches hun taakopvatting in het kader van eenzaamheid wat ongrijpbaar lijken te vinden. Wel zien zij dat er een taak is weggelegd voor hen ten aanzien van eenzaamheid zoals het signaleren van het probleem, maar uiteindelijk komt niet concreet naar voren wat hun taak hier verder in is en welke stappen daarop zouden kunnen volgen. Ook noemen zij dat ze bij 'zware problematiek' doorverwijzen naar andere hulpverleners zoals een huisarts, een POH-GGZ van de huisarts of maatschappelijk werk. Het zou meer helderheid geven wanneer zorgverleners onderling inzicht hebben in welke taak voor wie is weggelegd in het kader van eenzaamheid. Een heldere communicatie hierover onder zorgverleners binnen en buiten het UMCG is van belang. Zoals een leefstijlcoach aangaf, is het onderwerp leefstijl, en daaronder vallend eenzaamheid, een overkoepelend thema onder zorgverleners. Bij de aanpak van eenzaamheid moet het een samenwerking zijn tussen de verschillende zorgverleners zoals een huisarts, behandelend arts, leefstijlcoach en maatschappelijk werker. Wie welke taak hierin heeft en hoe deze samenwerking er precies uit moet komen te zien kan nog onderzocht worden.

De inzet van leefstijlcoaches als remedie tegen eenzaamheid komt in eerste instantie neer op een individuele benadering van eenzaamheid. Het is echter de vraag of eenzaamheid door individuele professionals aangepakt kan worden. Eenzaamheid wordt soms nog gemedicaliseerd en gereduceerd tot een persoonlijk probleem. Toch is het meer een probleem dat het individu overstijgt en de hele samenleving betreft. Sinds het verschijnen van het boek

van historicus Alberti (2021): *A Biography of Loneliness: The History of an Emotion* (2018), is deze omslag pas in gang gezet. Zij noemt het ook wel ‘moderne eenzaamheid’, en beschouwt het als de uitkomst van het neoliberalisme en individualisme. Het lijkt erop dat de aanpak van leefstijlcoaches tot nu toe veelal gefocust is op het individu, en dus meer psychologisch van aard. Gezien eenzaamheid een maatschappelijk probleem is, vraagt dat ook om een maatschappelijke oplossing. De aanpak van eenzaamheid zou dus meer sociologisch en maatschappij breed moeten worden aangepakt. Om de gezondheid en het welzijn van mensen in Nederland te stimuleren ligt er dus naast een taak voor de leefstijlcoaches en zorgverleners, ook een taak voor alle burgers om te werken aan een meer inclusieve samenleving.

Aanvullend beveel ik aan onderzoek te doen naar hoe deze aandacht voor eenzaamheid en het sociale netwerk er concreet uit moet zien en hoe dat het beste vormgegeven kan worden binnen de tijd en capaciteit van de leefstijlcoach en het leefstijltraject waarin zij werkzaam is. Uit de resultaten blijkt dat de leefstijlcoaches nog zoekende zijn naar hoe ze aandacht voor eenzaamheid en het sociaal netwerk concreet binnen de tijd en capaciteit van hun werk moeten integreren. Op basis van de aanknopingspunten zouden leefstijlcoaches er goed aan doen meer te focussen op de aandachtspunten zoals eerder beschreven in subparagraaf 2.4.2 (zie p. 32) zoals de aandacht voor het vergroten van sociale vaardigheden, het inzetten van ervaringsdeskundigen, lotgenotencontact en verbondenheid, zelfmanagementvaardigheden bij patiënten die eenzaam zijn. Mogelijk dat er verschillen zijn per afdeling of doelgroep in het UMCG, in hoe deze aanpak van de leefstijlcoach eruit zal moeten zien. De aanpak van eenzaamheid zal dan ook verder reiken dan deze aanknopingspunten. Er is meer onderzoek nodig naar wat binnen de tijd en capaciteit van de leefstijlcoach en het leefstijltraject het meest passend is.

Een andere aanbeveling aan het UMCG zou zijn om te onderzoeken (middels een enquête) of en hoe patiënten zelf eenzaamheid ervaren, en of en hoe de leefstijlcoach hier volgens hen een rol in kan spelen. In dit onderzoek zijn geen patiënten gesproken. Aangezien het gaat om de aanpak van eenzaamheid van patiënten is het ten eerste van belang te onderzoeken in hoeverre dit onderwerp speelt bij patiënten. Vervolgens is het van belang te onderzoeken wat dan eventueel hun ondersteuningsbehoefte zou zijn en of en hoe een leefstijlcoach hier vervolgens een rol in zou kunnen spelen.

6. Literatuur

Alberti, F. B. (2021). *A biography of loneliness: The history of an emotion*. Oxford University Press.

Admiraal, W. J. (2008). Goed patiëntschap. *TandartsPraktijk*, 29(3), 31–32. <https://doi.org/10.1007/bf03077664>

Algren, M. H., Ekholm, O., Nielsen, L., Ersbøll, A. K., Bak, C. K. & Andersen, P. T. (2020). Social isolation, loneliness, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: A cross-sectional study. *SSM - Population Health*, 10, 100546. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100546>

A plus opleidingen (z.d.). *Leefstijlcoach*. Geraadpleegd op 27 juli 2022, van <https://aplusopleidingen.nl/opleidingen/leefstijlcoach/>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191>

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>

Barnett, P. A. & Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104(1), 97–126. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.104.1.97>

Bassuk, S. S., Glass, T. A. & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 131(3), 165. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-3-199908030-00002>

Battes, L. & van der Gulden, J. (2020). Te weinig oog voor achterliggende problematiek bij leefstijlinterventies. *TBV – Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 28(6–7), 6–7. <https://doi.org/10.1007/s12498-020-0757-4>

Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843–857. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00065-4)

Berkman, L. F., Kawachi, I. & Glymour, M. M. (Eds.). (2014). *Social epidemiology*. Oxford University Press.

Berkman, L. F., Leo-Summers, L. & Horwitz, R. I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction: A prospective, population-based study of the elderly. *Annals of internal medicine*, 117(12), 1003-1009.

Berkman, L. F. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186–204. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>

Bijma, M. & Lak, M. (2012). *Leefstijlcoaching: Kernvragen bij gedragsverandering (Dutch Edition)* (2012de editie). Bohn Stafleu van Loghum.

BLCN (z.d.a). *Hoe werkt een leefstijlcoach?* Geraadpleegd op 5 juni 2022, van <https://blcn.nl/hoe-werkt-een-leefstijlcoach/>

BLCN (z.d.b). *De BLCN Leefstijlcoach*. Geraadpleegd op 5 juni 2022, van <https://blcn.nl/de-blcn-leefstijlcoach/>

BLCN (2016). *Het profiel van de hbo leefstijlcoach*. Geraadpleegd op 5 juni 2022, van <https://blcn.nl/wp-content/uploads/2021/01/Het-profiel-van-de-hbo-leefstijlcoach-versie-1.0.pdf>

Boermans, B. (2012). *Eenzaamheid is dodelijk*. [Afstudeerscriptie, Universiteit Utrecht]

Bohlmeijer, E. T., Bolier, L. & Walburg, J. A. (2013). *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek en toepassingen*. Uitgeverij Boom.

Bos, V., van Dale, D. & Leenaars, K. (2019). *Werkzame elementen van gecombineerde leefstijlinterventies*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op maandag 10 mei 2022, van https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/2019-05/190510_011324_120568_Werkzame_elementen_GLI_A4L_V5_TG.pdf

Bouwman, T. E., & van Tilburg, T. G. (2020). Naar een gerichtere aanpak van eenzaamheid: Zeven werkzame elementen in eenzaamheidsinterventies. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 51(1), 1-8.

Braun, V., & Clarke, V. (2012). *Thematic analysis*. American Psychological Association.

Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B., Williams, R. B. & Mark, D. B. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 267–272. <https://doi.org/10.1097/00006842-200103000-00010>

Butryn, M. L., Webb, V. & Wadden, T. A. (2011). Behavioral treatment of obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(4), 841–859.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.08.006>

Cacioppo, J. T. & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*, 8(2), 58-72.

<https://doi.org/10.1111/spc3.12087>

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S. & Boomsma, D. I. (2013). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion*, 28(1), 3-21.

<https://doi.org/10.1080/02699931.2013.837379>

Cacioppo, J. T. & Hawkley, L. C. (2003). Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), S39–S52.

<https://doi.org/10.1353/pbm.2003.0049>

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Van Cauter, E. & Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64(3), 407–417.

<https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>

Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L. & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 238–249.

<https://doi.org/10.1177/1745691615570616>

Choenarom, C., Williams, R. A. & Hagerty, B. M. (2005). The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(1), 18–29.

Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2008). The collective dynamics of smoking in a large social network. *New England Journal of Medicine*, 358(21), 2249-2258.

<https://doi.org/10.1056/nejmsa0706154>

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269–297.

<https://doi.org/10.1037/0278-6133.7.3.269>

Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Cornwell, E. Y. & Waite, L. J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(Supplement 1), i38–i46. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp037>

Coumans, M. (2016). *Sociale isolatie: Naar objectieve en subjectieve maatstaf*. Centraal Bureau Statistiek.

Coumans, M. & Schmeets, H. (2014). The socially excluded in the Netherlands: The development of an overall index. *Social Indicators Research*, 122(3), 779–805. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0707-6>

Creecy, R. F., Berg, W. E. & Wright, R. (1985). Loneliness among the elderly: A causal approach. *Journal of Gerontology*, 40(4), 487-493. <https://doi.org/10.1093/geronj/40.4.487>

Cutrona, C., Russell, D. & Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly. *Psychology and Aging*, 1(1), 47–54. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.1.1.47>

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and Self-Determination in human behavior (Perspectives in Social Psychology)*. Plenum Press.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.68>

de Jong-Gierveld, J. (1984). Eenzaamheid: Een meersporig onderzoek. *Van Loghum Slaterus*. <http://lib.ugent.be/en/catalog/rug01:000084304>

de Jong-Gierveld, J. (2016, Sep 16). *Een chronische ziekte: Aanleiding tot eenzaamheid?* <http://www.eenzaam.nl/de-samenleving-en-eezaamheid/blogs/een-chronische-ziekte-aanleiding-tot-eezaamheid>

de Jong-Gierveld, J., van Tilburg, T. G. & Dykstra, P. A. (2018). New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. In Vangelisti, A. L. & Perlman, D. (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (2nd ed., pp. 391-404). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316417867.031>

Delleman, O. (2006). De impact van de sociale context. *Neuropraxis*, 10(3), 64-69.

Dijkstra, P. (2018). *Sociale psychologie: Inzicht in sociale relaties en het psychologisch functioneren van mensen* (2de editie). Boom Lemma.

DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology, 23*(2), 207–218. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>

Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., & Avlund, K. (1999). Social relations: Network, support and relational strain. *Social Science & Medicine, 48*(5), 661–673. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00381-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00381-5)

Duijzer, G., ter Beek, J. & Haveman-Nies, A. (2018). *SLIMMER: Werkblad beschrijving interventie*. Geraadpleegd op 9 mei 2022, van <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1401417>

Durkheim, E. (1897). *Suicide, a study in sociology* (1951 Edition, J. A. Spaulding, & G. Simpson, Trans.). London: Routledge.

Duyvendak, J. W. (2004). De individualisering van de samenleving en de toekomst van de sociologie. *Sociologie, 51*(4), 495–506. <https://doi.org/10.1347/sogi.51.4.495.56731>

Dykstra, P. A. (1990). *Next of (non)kin: The importance of primary relationships for older adults' well-being*. Swets & Zeitlinger <https://doi.org/10.1525/maq.1992.6.2.02a00110>

Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing, 6*(2), 91–100. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>

Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J. & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 36*(6), 531–541. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(92\)90038-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(92)90038-4)

Fokkema, C. M. & Van Tilburg, T. G. (2007). Zin en onzin van eenzaamheidsinterventies bij ouderen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2007, 38*(4), 161–177. <https://doi.org/10.1007/bf03074846>

Fortier, M. S., Williams, G. C., Sweet, S. N. & Patrick, H. (2009). Self-determination theory: Process models for health behavior change. In DiClemente, R. J., Crosby, R. A. & Kegler, M. C. (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp. 157–183). Jossey-Bass/Wiley.

Gallant, M. P., Spitze, G. D. & Prohaska, T. R. (2007). Help or hindrance? How family and friends influence chronic illness self-management among older adults. *Research on Aging, 29*(5), 375–409. <https://doi.org/10.1177/0164027507303169>

Garvey, W. T., Mechanick, J. I., Brett, E. M., Garber, A. J., Hurley, D. L., Jastreboff, A. M., ... & Plodkowski, R. (2016). American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocrine Practice, 22*, 1-203.

- Gee, A., Zijlstra-Vlasveld, M., Leone, S., Boon, B. & van der Poel, A. (2015). *Strategische verkenning: De effectiviteit van de inzet van rolmodellen in leefstijlcampagnes*. Trimbos Instituut.
- Gellert, P., Ziegelmann, J. P., Warner, L. M. & Schwarzer, R. (2011). Physical activity intervention in older adults: Does a participating partner make a difference? *European Journal of Ageing*, 8(3), 211–219. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0193-5>
- Gezondheidsraad (2012). Sociale aspecten van de leefomgeving in relatie tot milieu en gezondheid. Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/10.
- GGZ Standaarden (2015). *Somatische screening (richtlijn 2015)*. Geraadpleegd op 27 juni 2022, van <https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/somatische-screening-bij-patienten-met-ernstige-psychische-aandoening-richtlijn-2015/rol-van-familie-en-naastbetrokkenen>
- Golay, A., Lager, G. & Giordan, A. (2007). Motivating patients with chronic diseases. *Journal of Medicine and the Person*, 5(2), 58-63.
- Gore, S. (1981). Stress-buffering functions of social supports: An appraisal and clarification of research models. In Dohrenwend, B. & Dohrenwend, B. (Eds.), *Stressful life events and their context* (pp. 202–222). Prodist.
- Granovetter, M. (1985). Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 481–510. <https://doi.org/10.1086/228311>
- Greaves, C. J., Sheppard, K. E., Abraham, C., Hardeman, W., Roden, M., Evans, P. H. & Schwarz, P. (2011). Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-119>
- Haaren, E. (z.d.) Gezondheid en gezondheidsbevordering. Geraadpleegd op 8 juli 2022, van http://hoadd.noordhoff.nl/sites/8069/_assets/8069d50.pdf
- Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Heijmans, M., Lidwien, L., Otten, W., Havers, J., Baan, C. & Rijken, M. (2015). *Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten. Kennissynthese van onderzoek en implementatie in Nederland*. Nivel.
- Hennink, M., Hutter, I. & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods*. SAGE Publications.

Hibbard, J. H. & Pope, C. R. (1993). The quality of social roles as predictors of morbidity and mortality. *Social Science & Medicine*, 36(3), 217–225.

[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90005-o](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90005-o)

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Hoogeboom, T. (2016). *Coach2Move: Werkblad beschrijving interventie*.

Geraadpleegd op 9 mei 2022, van

<https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1500283>

Hoogendijk, E. O., Suanet, B., Dent, E., Deeg, D. J. & Aartsen, M. J. (2016). Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: Results from the longitudinal aging study amsterdam. *Maturitas*, 83, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.09.002>

Horstman, K. & Knibbe, M. (2022). *Gezonde stad: Uitsluiting en ontmoeting in de publieke ruimte* (1ste editie). Uitgeverij de Graaff.

House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540–545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. V. D., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. V. D., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. V. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(jul26 2), d4163–d4163.

<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C. & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a ‘patient-centred’ operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>

Instituut CAM (z.d.). *Opleiding Leefstijlcoach*. Geraadpleegd op 27 juli 2022, van <https://instituut-cam.nl/opleidingen/leefstijlcoach/>

Jaremka, L. M., & Sunami, N. (2018). Threats to belonging threaten health: Policy implications for improving physical well-being. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 5(1), 90–97. <https://doi.org/10.1177/2372732217747005>

Kamer van Koophandel (z.d.). *Steeds meer leefstijlcoaches schrijven zich in*. Geraadpleegd op 16 juli 2022, van <https://www.kvk.nl/over-kvk/media-en-pers/nieuws-en->

[persberichten/steeds-meer-leefstijl-coaches-schrijven-zich-in-bij-kvk/?utm_campaign=kvk_actualiteit_cijfers&utm_medium=social&utm_source=twitter&utm_content=&utm_term=](https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/over-sport-en-beweeginterventies/werkzame-elementen-sport-en-beweeginterventies/)

Kaplan, G. A., Salonen, J. T., Cohen, R. D., Brand, R. J., Syme, S. L., & Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: Prospective evidence from Eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, *128*(2), 370–380. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114977>

Kenniscentrum Sport & Bewegen. (z.d.). *Werkzame elementen*. Geraadpleegd op 10 mei 2022, van <https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/producten/over-sport-en-beweeginterventies/werkzame-elementen-sport-en-beweeginterventies/>

Kingma, E. (2019). Kritische vragen bij positieve gezondheid. *Bijblijven*, *35*(8), 49–54. <https://doi.org/10.1007/s12414-019-0073-z>

Knox, S. S. & Uvnäs-Moberg, K. (1998/2002). Social isolation and cardiovascular disease: An arteriosclerotic pathway. *Psychoneuroendocrinology*, *23*(8), 877–890. [https://doi.org/10.1016/s0306-4530\(98\)00061-4](https://doi.org/10.1016/s0306-4530(98)00061-4)

Korporaal, M., Broese van Groenou, M. I. & Van Tilburg, T. G. (2008). Effects of own and spousal disability on loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health*, *20*(3), 306–325. <https://doi.org/10.1177/0898264308315431>

Laatikainen, T., Dunbar, J. A., Chapman, A., Kilkkinen, A., Vartiainen, E., Heistaro, S., Philpot, B., Absetz, P., Bunker, S., O’Neil, A., Reddy, P., Best, J. D. & Janus, E. D. (2007). Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention in an Australian primary health care setting: Greater Green Triangle (GGT) diabetes prevention project. *BMC Public Health*, *7*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-249>

Lee, M. & Rotheram-Borus, M. J. (2001). Challenges associated with increased survival among parents living with HIV. *American Journal of Public Health*, *91*(8), 1303–1309. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.8.1303>

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N. & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, *152*, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>

Lewis, M. A. & Rook, K. S. (1999). Social control in personal relationships: Impact on health behaviors and psychological distress. *Health Psychology*, *18*(1), 63–71. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.1.63>

Lin, N. (1986). Modeling the effects of social support. In Lin, N., Dean, A., and Ensel, W. (Eds.), *Social support, life events, and depression* (pp. 173–209). Academic Press.

Los, M., van Hal, M. & Spits, M. (2015). *Samen sportief in beweging naar een gezonde leefstijl. Werkblad beschrijving interventie*. Geraadpleegd op 10 juni 2022, van https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/bijlage/42716/201008%20Werkblad%20SSiB_GLI%20def.pdf

McIlroy, P. A., King, R. S., Garrouste-Orgeas, M., Tabah, A. & Ramanan, M. (2019). The effect of ICU diaries on psychological outcomes and quality of life of survivors of critical illness and their relatives. *Critical Care Medicine*, 47(2), 273–279. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003547>

Meisters, R., Westra, D., Putrik, P., Bosma, H., Ruwaard, D. & Jansen, M. (2021). Does loneliness have a cost? A population-wide study of the association between loneliness and healthcare expenditure. *International Journal of Public Health*, 66. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.581286>

Menzis. (z.d.). *Leefkracht* Geraadpleegd op 10 mei 2022, van <https://www.menzis.nl/over-menzis/zorg-voor-mens-en-maatschappij/versterken-van-leefkracht>

Mihalopoulos, C., Le, L. K. D., Chatterton, M. L., Bucholc, J., Holt-Lunstad, J., Lim, M. H. & Engel, L. (2019). The economic costs of loneliness: A review of cost-of-illness and economic evaluation studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 823–836. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01733-7>

Ministerie van Algemene Zaken. (2013). *Troonrede 2013*. Toespraak | Het Koninklijk Huis. Geraadpleegd op 16 juli 2022, van <https://www.koninklijkhuis.nl/documenten/toespraken/2013/09/17/troonrede-2013>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (2018). *Nationaal preventieakkoord: Naar een gezonder Nederland*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Mitchell, J. C. (1969). The concept and use of social networks. *Social Networks in Urban Situations*. University Press.

Movisie. (z.d.). *Participatiesamenleving anno 2017: Volop kansen*. Geraadpleegd op 28 oktober 2022, van <https://www.movisie.nl/artikel/participatiesamenleving-anno-2017-volop-kansen>

Movisie (2017). *Participatiesamenleving anno 2017: Volop kansen. Hoe staat het ervoor met de participatiesamenleving?* Geraadpleegd op 20 maart 2022, via <https://www.movisie.nl/artikel/participatiesamenleving-anno-2017-volop-kansen>

Moynihan, R. (2002). Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering. Commentary: Medicalisation of risk factors. *BMJ*, 324(7342), 886–891. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>

Niemiec, C. P., Ryan, R. M., Deci, E. L. & Williams, G. C. (2009). Aspiring to physical health: The role of aspirations for physical health in facilitating long-term tobacco abstinence. *Patient Education and Counseling*, 74(2), 250–257. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.015>

Olsen, J. M. & Nesbitt, B. J. (2010). Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: An integrative review. *American Journal of Health Promotion*, 25(1), e1–e12. <https://doi.org/10.4278/ajhp.090313-lit-101>

Parschau, L., Barz, M., Richert, J., Knoll, N., Lippke, S. & Schwarzer, R. (2014). Physical activity among adults with obesity: Testing the health action process approach. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 42–49. <https://doi.org/10.1037/a0035290>

Patterson, T. L., Shaw, W. S., Semple, S. J., Cherner, M., McCutchan, J. A., Atkinson, J. H., ... & Nannis, E. (1996). Relationship of psychosocial factors to HIV disease progression. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(1), 30-39.

Penninx, B. W., van Tilburg, T., Kriegsman, D. M. W., Boeke, A. J. P., Deeg, D. J. H. & van Eijk, J. T. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*, 11(2), 151–168. <https://doi.org/10.1177/089826439901100202>

Peplau, L. A. & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy (Wiley series on personality processes)* (1ste editie). Wiley.

Philippens, N. & Janssen, E. (2018). *Coaching op Leefstijl*. Geraadpleegd op 13 januari 2021, van <https://www.loketgezondleven.nl/interventies-zoeken#/Overview>

Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Corti, S., Vegliante, N., Molinari, E. & Castelnuovo, G. (2012). Addressing motivation in globesity treatment: A new challenge for clinical psychology. *Frontiers in Psychology*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00317>

Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245–266. https://doi.org/10.1207/s15324834basps2304_2

- Polder, J. J., Kooiker, S. & van der Lucht, F. (2012). *De gezondheidsepidemie: Waarom wij gezonder en zieker worden*. Reed Business.
- Prah Ruger, J. (2010). Health capability: Conceptualization and operationalization. *American Journal of Public Health, 100*(1), 41–49. <https://doi.org/10.2105/ajph.2008.143651>
- Prikken, I. (2022). *Patiëntreizen: GLIM trajecten prehabilitatie HPB en leefstijlbegeleiding GTC vanuit patiënten perspectief*. Geraadpleegd op 25 maart 2022, van <https://www.zorgbelang-groningen.nl/project/patientreizen-glim-trajecten-umcg/>
- Proper, K. I., Bakker, I., van Overbeek, K., Bergstra, B., Verheijden, M. W., Hopman-Rock, M., & van Mechelen, W. (2005). Naar een gericht BRAVO-beleid door bedrijfsartsen. *Body@Work TNO-VUmc*.
- Putnam, R. D. (2000). Bowling alone: America's declining social capital. *Culture and Politics, 223–234*. https://doi.org/10.1007/978-1-349-62397-6_12
- Qualter, P., van halst, J., Harris, R., van Roekel, E., Lodder, G., Bangee, M., Maes, M. & Verhagen, M. (2015). Loneliness across the life span. *Perspectives on Psychological Science, 10*(2), 250–264. <https://doi.org/10.1177/1745691615568999>
- Quartz, S.R. & Sejnowski, T.J. (2002). *Liars, Lovers, and Heroes. What the new brain science reveals about how we become who we are*. Harper Collins Publishers.
- Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij: Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. RVS.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2019, 8 januari). *Perspectief op gezondheid 20/20*. Geraadpleegd op 30 juli 2022, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2010/09/15/perspectief-op-gezondheid-20-20>
- Ramírez García, J. I., Chang, C. L., Young, J. S., López, S. R. & Jenkins, J. H. (2006c). Family support predicts psychiatric medication usage among Mexican American individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(8), 624–631. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0069-8>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM] (z.d.). *Gecombineerde leefstijlinterventie*. Geraadpleegd op 28 oktober 2022, van <https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/gecombineerde-leefstijlinterventie>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM] (2022). *Zorguitgaven Hoe ontwikkelen zich de zorguitgaven in de toekomst?* Geraadpleegd op 16 juli 2022, van <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>

Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995). What is Motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334. <https://doi.org/10.1017/s135246580001643x>

Rotenberg, K. J., Gruman, J. A. & Ariganello, M. (2002). Behavioral confirmation of the loneliness stereotype. *Basic and Applied Social Psychology*, 24(2), 81–89.

https://doi.org/10.1207/s15324834basp2402_1

Santini, Z. I., Fiori, K. L., Feeney, J., Tyrovolas, S., Haro, J. M. & Koyanagi, A. (2016). Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204, 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.032>

Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6(5), 442–451. [https://doi.org/10.1016/s1047-2797\(96\)00095-](https://doi.org/10.1016/s1047-2797(96)00095-)

Seeman, T. E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 14(6), 362–370.

<https://doi.org/10.4278/0890-1171-14.6.362>

Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.5>

Shor, E., Roelfs, D. J. & Yogev, T. (2013). The strength of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks*, 35(4), 626–638. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2013.08.004>

Shumaker, S. A. & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11–36. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>

Shute, R. & Howitt, D. (1990). Unravelling paradoxes in loneliness: Research and elements of a social theory of loneliness. *Social behaviour*, 5(3), 169–184.

Simmes, F., Stunnenberg, L. & Verharen, L. (2017). Het betrekken van naasten bij zelfmanagement. *TVZ*, 127(5), 50–54. <https://doi.org/10.1007/s41184-017-0113-z>

Sonnevelt (z.d.). *Leefstijlcoach*. Geraadpleegd op 27 juli 2022, van <https://www.sonneveltopleidingen.nl/opleidingen/totaal-vitaal/leefstijlcoach>

Sorkin, D., Rook, K. S. & Lu, J. L. (2002). Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 290–298. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2404_05

Step toe, A., Shankar, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>

Steverink, N. (2019). Trajectories of well-being in later life. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.424>

Steyaert, J., & Kwekkeboom, R. (2012). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Movisie.

Swierstra, T., & Tonkens, E. (Eds.). (2008). *De beste de baas? Verdienste, respect en solidariteit in een meritocratie*. University Press.

Talma, M. & den Hollander, M. (2018). *Verbinden met eenzaamheid. Handboek training*. Geraadpleegd op 15 nov 2022, van

<https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2021-06/Handleiding%20training%20verbinden%20met%20eenzaamheid.pdf>

ten Have, H. A. M. J., ter Meulen, R. H. J. & van Leeuwen, E. (2009). Doelen van gezondheidszorg. In: Medische ethiek. Quintessens. Bohn Stafleu van Loghum.

https://doi.org/10.1007/978-90-313-7616-2_5

Tummers, N., van Hooff, M. & van Mol, M. (2022). Het gebruik van een digitaal post-IC dagboek door naasten van patiënten op de Intensive Care. *De Psycholoog*, 3. 48-57

Uchino, B. N. (2004). Social support and physical health: understanding the health consequences of relationships. *Choice Reviews Online*, 41(11), 41–6572.

<https://doi.org/10.5860/choice.41-6572>

Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>

Ultee, W., Arts, W. & Flap, H. (2003). *Sociologie. Vragen, Uitspraken, Bevindingen*. Martinus Nijhoff.

UMCG (2021). *Koers25: Samen verleggen we grenzen voor een duurzame toekomst van gezondheid*. Geraadpleegd op 25 maart 2022, van

<https://www.umcg.nl/documents/68138/1605370/Koers25-brochure-3-maart-2021.pdf/41257df5-851e-74e3-bfaa-d4bf65728db1?t=1621244847017>

van den Berg, M., Post, N. A. M., Hamberg-van Reenen, H.H., Baan, C.A.

& Schoemaker, C.G. (2014) *Preventie in de zorg: Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu [RIVM].

Geraadpleegd op 20 mei 2022, van <https://rivm.openrepository.com/handle/10029/305655>

van den Brink, G. (2020). *Ruw ontwaken uit de neoliberale droom*. Prometheus.

van der Kooij, A. & Keuzenkamp, S. (2018). *Ervaringsdeskundigen in het sociale domein: Wie zijn dat en wat doen ze?* Movisie.

van der Zwet, R. & van de Maat, J. W. (2018). *Preventie van eenzaamheid: Bouwstenen voor beleid*. Movisie. Geraadpleegd op 10 juni 2022, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-09/preventie-van-eezaamheid.pdf>

van Erk, M., van Winkelhof, M., van't Land, K., & Kiefte-de Jong, J. (2019). *Wetenschappelijk bewijs leefstijlgeneeskunde*. H. Molema (Ed.). Lifestyle4Health.

van Nieuwenhuizen, C., Janssen-de Ruijter, E. A. W. & Nugter, M. A. (2017). Handleiding Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). Stichting QoLM NL

van Sonderen, E. (2012). *Sociale Steun Lijst Interacties (SSL-I) en Sociale Steun Lijst - Discrepanties (SSL-D)*. Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, NCG

van Tilburg, T. G. & de Jong-Gierveld, J. (2007). *Zicht op eenzaamheid: Achtergronden, oorzaken en aanpak*. Van Gorcum.

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bond, J. & Bowling, A. (2004). *Loneliness in later life*. In: Walker, A., Hennessey, C (eds), *Quality of life in old age*. Open University press.

Volksgesondheid en Zorg (z.d.). *Eenzaamheid*. Geraadpleegd op 28 oktober 2022, van <https://vzinfo.nl/eezaamheid>

Wagemaker, Y. (2018). *Beweegkuur*. Geraadpleegd op 9 mei 2022, van <https://interventies.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken/1402397>

Weiss, R. S. (1973). Loneliness. The experience of emotional and social isolation. The MIT Press.

Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. *Doing unto others*, 17–26. <https://ci.nii.ac.jp/naid/10007751769>

Whitmore, J. (2009). *Coaching for performance*. Van Haren publishing.

Winsemius, A., Ballering, C., Scheffel, R. & Schoorl, R. (2016). *Wat werkt bij sociaal en gezond?: Over de bijdrage van sociale factoren aan gezondheid*. Geraadpleegd op 27 maart 2021, van <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/publication-attachment/Wat-werkt-dossier-Sociaal-en-gezond%20%5BMOV-11388262-1.2%5D.pdf>

Witkamp, E. (2020). *Zorg om naasten*. Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

Yen, I. H. & Syme, S. L. (1999). The social environment and health: A discussion of the epidemiologic literature. *Annual Review of Public Health*, 20(1), 287–308. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.20.1.287>

Zorginstituut Nederland (z.d.). *Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) (Zvw)*. Geraadpleegd op 14 juli 2022, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-zvw>

Bijlage A: Het Groningen Leefstijl Interventie Model

GLIM vormt de basis voor zorg, beleid, onderzoek en onderwijs als het gaat om leefstijlgeneskunde en vormt een paraplu voor verschillende leefstijlinitiatieven in het UMCG en in de keten. Zorgprofessionals (waaronder artsen, verpleegkundigen, leefstijlcoaches, diëtisten) helpen patiënten die dat nodig hebben bij leefstijlverandering met als doel het verbeteren van de gezondheid, het versnellen van herstel en voorkomen en verminderen van complicaties, waardoor de kwaliteit van leven zal toenemen en er minder zorg geconsumeerd zal worden.

Binnen GLIM zijn er vier lopende focusprojecten die helpen om GLIM in het UMCG te integreren: Hepato-Pancreato-Biliaire chirurgie (HPB-chirurgie), Plastische Chirurgie, Groningen Transplantatiecentrum (GTC) en Mondziekten-, Keel- en Aangezichts chirurgie (MKA) (GLIM, 2021). Binnen het GLIM-zorgpad doorloopt een patiënt het proces van screening, assessment, leefstijlinterventie, re-assessment en/of follow-up. Hierbinnen wordt rekening gehouden met de individuele risicofactoren (zoals roken, hart- en vaatziekten, of lichamelijke inactiviteit), de intensiteit van leefstijlbegeleiding en de context waarin en hoe deze begeleiding het beste kan plaatsvinden. Bij het inzetten van de leefstijlinterventie worden de wensen en doelen van de patiënt, maar ook de belastbaarheid, persoonlijke omstandigheden en vaardigheden meegenomen. Ook wordt er beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en regie van de patiënt (voor zover eigen vermogen dit toelaat), want de uiteindelijke uitvoering voor een duurzame leefstijl na de interventie ligt bij de patiënt in zijn/haar (sociale) context.

Een leefstijltraject bij GLIM

Een (chronische) leefstijlbegeleiding bestaat bij GLIM uit 5 fasen (GLIM, 2021):

Fase 1 Screening: De patiënt ontvangt een vragenlijst over leefstijl, waar mogelijk al voor de intake. Op deze manier worden risicofactoren in kaart gebracht.

Fase 2 Assessment: Indien risicofactoren zijn geïdentificeerd, dan volgt nader onderzoek ter objectivering. Dit aanvullende onderzoek bestaat uit gerichte metingen vormt de basis voor een advies met betrekking tot de leefstijlbegeleiding.

Fase 3 Diagnose: Na afronding van het leefstijlassessment wordt een multidisciplinair(e) leefstijldiagnose en behandelplan met leefstijladvisering en begeleiding opgesteld, dat aansluit

bij het reguliere behandelplan evenals de wensen van de patiënt. Het voorstel wordt met de patiënt (en naaste) afgestemd in het kader van samen beslissen, de psychosociale en maatschappelijke context van de patiënt wordt meegenomen.

Fase 4 Interventie: leefstijlbegeleiding: Dan volgt de interventie. Op voorhand gaan we ervan uit dat er een drietal leefstijlgeoriënteerde behandelopties te onderscheiden is, namelijk: Light, medium of plus. Op deze manier wordt gekeken waar de nadruk op komt te liggen; handhaven van een gezonde leefstijl, bijsturen en monitoren of leefstijlinterventie als prioriteit.

Fase 5 Follow-up: Bij chronische aandoeningen is follow-up cruciaal. Met veel UMCG-patiënten bestaat dan ook een lange behandelrelatie.

De volgende termen zijn volgens GLIM belangrijk in het kader van leefstijlgeneeskunde:

Leefkracht (Menzis, z.d.)

Het gaat over gezond leven en bewust met je gezondheid omgaan en bezig zijn. Ook of je mentaal fit bent en participeert in de maatschappij. Leefkracht is voor jong en oud, ziek en gezond.

Health Capability approach (Prah Ruger, 2010)

Het Health Capability model wordt omschreven als: “Vertrouwen en bekwaamheid om effectief te zijn in het bereiken van een optimale gezondheid, gegeven biologische en genetische aanleg; ingebed in de bredere sociale, politieke en economische omgeving; en de toegang tot het openbare gezondheids- en zorgstelsel”. Dit model kijkt breed naar de (sociale) omgeving waarbij interactie met het individu voorop staat. Ook is het volgens dit model van belang dat mensen over kennis en gezondheidsvaardigheden beschikken om invloed uit te oefenen op hun eigen gezondheid. Sociale relaties en eenzaamheid zijn aanverwante begrippen wat betreft de sociale omgeving.

Bijlage B: Interviewschema leefstijlcoaches

Introductie (2 minuten)

1. Uitleg van het doel van het onderzoek
2. Doornemen (en ondertekenen) van het informed consent
3. Uitleg geven over de opbouw, duur en structuur van het interview.

Het doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van uw werkwijze als leefstijlcoach en hoe u daarin aandacht heeft voor het sociale netwerk en eenzaamheid. Het gaat om uw mening en wat u belangrijk vindt, daarbij zijn er dus geen goede of foute antwoorden. Ik zou u willen vragen of u toestemming wilt geven voor het gebruiken van het interview voor mijn resultaten. Ook zal ik, als u daarmee akkoord gaat, het gesprek opnemen zodat ik het gesprek kan terugluisteren. Ik ga een transcript maken van de opname zodat ik de gegevens kan gaan verwerken in mijn onderzoek. De gegevens uit de transcripten worden vervolgens volledig geanonimiseerd en gegevens zullen uiteindelijk niet meer herleidbaar zijn naar de persoon. Nadat ik de informatie heb verwerkt en mijn scriptie is goedgekeurd zal ik de opname en het transcript vernietigen. Tijdens het onderzoek mag u te allen tijde stoppen met het onderzoek wanneer u dit nodig acht. Ook wanneer er vragen zijn die u liever niet wilt beantwoorden mag u het onderzoek stoppen. Het interview heeft een semigestructureerd karakter. Dit betekent dat er verschillende onderwerpen opgesteld zijn die aan bod zullen komen tijdens het interview, maar de structuur van het interview en de vragen die opgesteld zijn liggen niet vast. Het interview zal ongeveer drie kwartier duren.

Heeft u nog vragen voor aanvang van het interview? Dan zal ik de opname nu starten.

Start interview (Akkoord opname vragen)

Achtergrond van geïnterviewde (1 minuut)

Geslacht:

Leeftijdsgroep: 18 - 25/ 26 - 35/ 35 – 45/ 46 – 55/ 56 – 67

Hoe lang bent u werkzaam als leefstijlcoach:

Werkzaam bij welke afdeling/focusproject:

Genoten (voor)opleiding(en):

Eventuele andere functies in het verleden of nevenfuncties:

Interview

Inleidende vragen (3 minuten)

- Kunt u eens iets vertellen over hoe uw werk als leefstijlcoach eruitziet?
 - a. Kunt u iets vertellen over de patiënten die u ziet?
 - b. Hoe vaak en hoelang/hoe frequent, gedurende welke periode ziet u een patiënt?
 - c. Toelichting op het traject (dus waar in het ziekteproces)?
 - d. Kunt u omschrijven wat u hoopt dat leefstijl coaching (de patiënten) oplevert?

Kern

Belangrijke thema's in coachinggesprekken (10 minuten)

- Kunt u eens iets vertellen over waar u aandacht voor heeft bij uw patiënten in de coachinggesprekken? (Richt coaching zich vooral op voeding en beweging of ook op stress/angst/depressie/sociale omgeving?)
 - a. Welke thema's vindt u belangrijk in zo'n coachinggesprek?
 - b. Waarom vindt u dat belangrijk?
 - c. Kunt u een voorbeeld geven van hoe zo'n gesprek bij een concrete patiënt verloopt?
 - d. Welke veranderstrategieën zet u zoal in? Hanteert u specifieke methodieken?
 - e. Is er een programmatische opbouw in de reeks gesprekken?
 - f. Is er iets dat u nog meer belangrijk vindt? (Waarom/bij wie speelt dat een rol?)
 - g. Is er iets waar u meer aandacht voor zou willen hebben in uw coachinggesprekken?
 - h. Wat is volgens u van belang om duurzame gedragsverandering teweeg te brengen? (Heeft u daar dan ook aandacht voor? Zo ja, hoe?)
 - i. Heeft deze vorm van begeleiding impact volgens u? Waar maakt u dat uit op?

Aandacht voor het sociale netwerk (10 minuten)

- Kunt u iets vertellen over de rol van het sociale netwerk bij leefstijlbegeleiding? (5 minuten)
 - a. Hoe denkt u over de rol van het sociale netwerk bij leefstijlbegeleiding? (Waarom denkt u dat dat een rol speelt? /Waar of wanneer begint het sociale netwerk volgens u een rol te spelen?)
 - b. Zet u de sociale context ook specifiek in binnen verandertrajecten? Hoe?

- c. Hoe intervenueert op een gebrek/missen van een betekenisvol sociaal netwerk rondom een persoon?
- d. Kunt u een concreet voorbeeld van een patiënt noemen?
- e. Kunt u iets vertellen over hoe u het sociale netwerk met de patiënt bespreekt?
- f. Hoe vindt u dat om te bespreken?
- Wat is volgens u de invloed van het wel of niet hebben van een betekenisvol sociaal netwerk op de patiënt? (5 minuten)
 - a. Waar is dat volgens u op van invloed? (Waarom is dat van invloed? /Wanneer is dat van invloed? /Wat doet dat volgens u met de patiënt?)
 - b. In hoeverre is dat van invloed op de motivatie of mate van ondersteuning?
 - c. Wat ziet u als pos en neg effecten van sociale netwerk op de patiënt zijn leefstijl(gedrag)? (Waarom/wanneer heeft dat effect? /Bij wie of welke patiënt is dat vooral van belang? /Wat doet u daar vervolgens mee?)
 - d. Hoe zouden we her volgens u mee om moeten gaan binnen leefstijltrajecten? Wat is de rol van het ziekenhuis hierin? Anderen?

Aandacht voor eenzaamheid (11 minuten)

- Kunt u iets vertellen over welke rol eventuele ‘eenzaamheid’ van een patiënt in een coaching-gesprek speelt? (5 minuten)
 - a. Kunt u daar een concreet voorbeeld van geven?
 - b. Kunt u vanuit uw professie als leefstijlcoach vertellen wat u onder eenzaamheid verstaat?
 - c. Hoe merkt u op dat eenzaamheid (of alleen zijn) bij een patiënt van invloed is op zijn of haar leefstijl? (Waar merkt u dat aan? /Wanneer speelt eenzaamheid een rol?)
 - d. Hoe ziet u uw rol als leefstijlcoach in het kader van eenzaamheid bij patiënten?
 - e. Hoe intervenueert u hierop?
 - f. In hoeverre heeft u het idee dat dit invloed heeft op hoe u eenzaamheid in de begeleiding bespreekt en meenemen?
- Hoe denkt u over de invloed van eenzaamheid van een patiënt op de effectiviteit van leefstijl coaching? (Waarom van invloed/wanneer van invloed?) (2 minuten)
- Wat kunnen volgens u mogelijke oorzaken zijn waarom een patiënt eenzaam is? (2 minuten)

- Wat zijn volgens u risicofactoren waar u op let bij patiënten als u aan eenzaamheid denkt? (2 minuten)
- Wat zouden we vanuit een leefstijltraject nog meer kunnen bieden?

Aanpak eenzaamheid (7 minuten)

- Kunt u iets vertellen hoe u eenzaamheid aanpakt tijdens uw coachinggesprekken?
 - a. Hoe heeft u aandacht voor eenzaamheid?
(Vragen/vragenlijsten/apps/interventies/tools/netwerk betrekken/motiveren etc.)
 - b. Kunt u een voorbeeld geven van een concrete situatie hoe u eenzaamheid bij een patiënt aanpakt?
 - c. Wat doet of denkt u als een patiënt volgens u eenzaam is?
 - d. Hoe maakt u dat bespreekbaar?
 - e. Hoe vindt u dat om te bespreken?
 - f. Monitort u dit? (Zo ja, Waarom? Hoe?)
 - g. Wat verwacht u daarmee te bereiken?
 - h. Hoe denkt u over het inzetten van EHealth als het gaat om het aanpakken van eenzaamheid?

Afsluiting interview (1 minuut)

1. We zijn bijna aan het eind van het gesprek, zijn er zaken die nog niet besproken zijn en waarvan u denkt dat ze voor mij belangrijk zijn om dat nog te bespreken of toe te voegen?
2. Heeft u verder nog opmerkingen of tips?
3. Wilt u na afloop van het onderzoek, de resultaten ontvangen? Zo ja, dan noteer ik graag uw emailadres en/of postadres.

Tot slot wil ik u bedanken voor uw deelname!

Bijlage C: Informatie formulier

Dit onderzoek wordt uitgevoerd door Rosa Brandsma, masterstudent Sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG), uitstroomprofiel Gezondheid, Welzijn en Zorg. In dit onderzoek staat de werkwijze van de leefstijlcoach centraal. Waar hebben leefstijlcoaches aandacht voor in leefstijlgesprekken? Is daarin naast persoonlijke aspecten, voeding en bewegen bijvoorbeeld ook aandacht voor sociale relaties of eenzaamheid?

Waarom dit onderzoek?

Graag nodig ik u uit om mee te doen aan het (semigestructureerd) interview over uw werkwijze. Het doel is om dit van meerdere leefstijlcoaches in kaart te brengen, zodat deze informatie meegenomen kan worden in het profiel van de leefstijlcoach die in de toekomst wordt ingezet binnen het UMCG/GLIM.

Belangrijke informatie

- Deelname aan het onderzoek is geheel en vrijwillig. Hiervoor heb ik uw toestemming nodig, welke u in het toestemmingsformulier kunt bevestigen door deze ondertekend terug te sturen.
- Van het interview wordt een audio-opname gemaakt. Mocht u hier niet mee akkoord gaan, kunt u dit aangeven en zal er geen opname worden gemaakt. Mocht er een opname gemaakt worden, worden de gegevens eerst getranscribeerd waarna de transcripten volledig worden geanonimiseerd. Dit houdt in dat de gegevens zo bewerkt worden dat deze niet meer naar de persoon te herleiden zijn. Dit wordt gedaan door bijvoorbeeld de naam en achternaam in het transcript te vervangen door 'Persoon x'.
- Tijdens het onderzoek mag u te allen tijde stoppen met het onderzoek wanneer u dit nodig acht. Ook wanneer er vragen zijn die u liever niet wilt beantwoorden mag u het onderzoek stoppen.
- U ontvangt voor deelname aan dit onderzoek geen vergoeding. Wel krijgt u na afloop, indien u dat prijs op stelt, van het onderzoek de resultaten van het onderzoek.
- Het interview zal ongeveer een drie kwartier duren.

Wat wordt er met de verzamelde informatie gedaan

Privacy

Uw privacy is gewaarborgd:

- De audio-opname van het interview en het transcript worden op een veilige plek opgeslagen binnen de Rijksuniversiteit Groningen. Deze data is alleen beschikbaar voor de onderzoeker Rosa Brandsma en haar begeleiders Donald van Tol en Nardi Steverink (referent). De opname zal na goedkeuring van de scriptie vernietigd worden.
- Persoonsgegevens zoals uw naam en woonplaats zullen niet naar buiten gebracht worden. Voordat het onderzoek naar buiten wordt gebracht aan personen buiten de onderzoeksgroep, worden de gegevens geanonimiseerd. Dit wordt gedaan door uw naam of andere informatie die herleidbaar zouden kunnen zijn tot uw persoon, niet te noemen in het onderzoek.

Dataopslag en vernietiging

- De data die verzameld is in het onderzoek wordt niet gebruikt voor andere publicaties of onderzoekers. Wel worden de resultaten van dit onderzoek met belanghebbenden gedeeld.
- De transcripten en opnames worden na goedkeuring van de scriptie vernietigd.

Als er nog vragen zijn of opmerkingen, of besluit niet meer deel te nemen aan het onderzoek, kunt altijd contact opnemen met Rosa Brandsma via r.b.brandtsma@umcg.nl.

Bijlage D: Toestemming formulier

Door dit toestemmingsformulier te ondertekenen ga ik akkoord met het volgende:

1. Ik ben voldoende geïnformeerd via het informatie formulier en weet waar ik tijdens het onderzoek recht op heb. Daarnaast heb ik de mogelijkheid gehad om nog vragen te stellen voorafgaand aan het onderzoek. Ook had ik genoeg tijd om over deelname te beslissen.
2. Ik ben op de hoogte dat deelname aan dit onderzoek vrijwillig is. Ik kan er op ieder moment voor kiezen om de deelname aan het onderzoek te beëindigen. Hiervoor is geen reden nodig. Ook als ik een vraag niet wil beantwoorden mag ik deze afslaan.
3. Alleen ter controle van het onderzoek en in het kader van wetenschappelijke integriteit krijgen anderen toegang tot de verzamelede data.
4. Ik heb recht op het inzien van de manier waarop mijn gegevens worden verzameld, verwerkt en opgeslagen.

Ik geef toestemming om:

- Deel te nemen aan het onderzoek.
- Tijdens het interview opnames te maken zodat de antwoorden getranscribeerd kunnen worden.
- De gegevens zoals beschreven in het informatieformulier te verzamelen, verwerken en op te slaan.
- De antwoorden die ik heb gegeven te verwerken en te gebruiken als citaten in het onderzoek wanneer de onderzoeker dit relevant vindt.

Naam en handtekening

Naam participant:

Naam onderzoeker:

Handtekening:

Handtekening:

Datum:

Datum:

Bijlage E: Codeboek

| Thema | Paragraaf/code | Code | Type | Beschrijving | Voorbeeld vanuit de data |
|----------------------------------|---|--|-----------|--|--|
| Visie op gezonde leefstijl | De BRAVO-leefstijlfactoren en meer | | | | |
| | | De BRAVO- leefstijlfactoren en meer | Deductief | Gebruik deze code als het gaat om welke leefstijlfactoren de leefstijlcoaches belangrijk vinden | <i>“Het is niet alleen maar de bravo factoren hè? Dus niet meer alleen bewegen, roken, voeding, alcohol, maar het is veel breder dan dat, financiën, stress, eenzaamheid.”</i> |
| | | Overlap leefstijlfactoren | Inductief | Gebruik deze code als leefstijlcoaches benoemen dat er veel overlap en samenhang is tussen de leefstijlfactoren | <i>“Als er eentje uit balans is dan heeft dat invloed op allemaal eigenlijk.”</i> |
| | | Veel leefstijlfactoren bespreken | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over dat de leefstijlcoaches aangeven dat ze veel leefstijl factoren moeten bespreken | <i>“Je moet zoveel dingen hè uitvragen en ook naar de doelen van de patiënt vragen.”</i> |
| | Visie op eenzaamheid en het sociale netwerk | | | | |
| | Betekenis eenzaamheid | | Inductief | Gebruik deze code als het gaat om wat leefstijlcoaches met | <i>“Nou ja eenzaamheid is niet iets heel zwart wits he maar hoe je het ervaart.”</i> |

| | | | | |
|---|---------------------------------|-----------|---|--|
| | | | eenzaamheid bedoelen en hoe zij daar tegenaan kijken | |
| Eenzaamheid, het sociale netwerk en de invloed op gezonde leefstijl | | | | |
| | Gezonde leefstijl volhouden | Inductief | Gebruik deze code als leefstijlcoaches dingen noemen die van belang zijn om een gezonde leefstijl vol te houden | <i>“Het moet bij wijze van normaal zijn dat we gewoon gezond eten en drinken en abnormaal dat we een keer een colaatje of biertje drinken.”</i> |
| | Sociaal draagvlak van belang | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over als de leefstijlcoach het belangrijk vindt dat iemand zijn leefstijl in zijn normale leven kan vasthouden en daar steun aan heeft | <i>“Er moet een sociaal draagvlak zijn dus als je het over de thuissituatie hebt, over voeding, er moet iemand meedoen als het over gezonde voeding gaat. Het kan niet zo zijn dat alleen hij broccoli eet en de ander bv pizza aan het eten is, en als het een keer niet goed gaat en ze vallen terug in oude gewoontes dat ze dan kunnen reflecteren op zichzelf.”</i> |
| | Zingeving in coachinggesprekken | Deductief | Gebruik deze code als leefstijlcoaches zingeving als aandachtspunt in coachinggesprekken hebben of belangrijk vinden | <i>“Hij ging een op gegeven moment vrijwilligerswerk doen binnen de instelling waar hij zat, hij ging het eten rondbrengen voor de ouderen op de afdeling. Dat gaf hem structuur, beweging en had meer het idee dat ie iets deed wat er ook toe deed.”</i> |

| | | | | |
|--|--|-----------|---|---|
| | Sociaal netwerk aandacht geven, behouden en uitbreiden | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over dat leefstijlcoaches in de aanpak van eenzaamheid noemen dat in contact komen met mensen helpend kan zijn | <i>“Mensen toch iets kunnen bieden waardoor ze weer meer met anderen in contact komen, weer meer perspectief krijgen, meer buiten komen.”</i> |
| Oorzaken en risicofactoren eenzaamheid | | | | |
| | Barrières gezonde leefstijl | Inductief | Gebruik deze code als leefstijlcoaches factoren noemen die een gezonde leefstijl kunnen hinderen | <i>“Eenzaamheid kan een ontzettende onderliggende factor zijn waardoor mensen worden gehinderd in het aanpakken van leefstijl.”</i> |
| | Oorzaken eenzaamheid algemeen | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over oorzaken waardoor iemand eenzaam zou kunnen zijn | <i>“Door die financiële problemen, dat mensen steeds meer geïsoleerd blijven en raken.”</i> |
| | Samenhang eenzaamheid en ziekte | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over de relatie tussen ziekte en eenzaamheid | <i>“In je ziekte kun je natuurlijk ook bijzonder eenzaam zijn als er weinig begrip vanuit je directe omgeving of steun is.”</i> |
| | Samenhang eenzaamheid en andere problemen | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over hoe eenzaamheid met andere problemen of factoren samenhangen | <i>“We hebben toch vaak mensen met een lager sociaaleconomische status/klasse, waarbij er ook andere problemen spelen.”</i> |

| | | | | |
|---|--|-----------|---|--|
| | Barrières sociale contacten | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over factoren die het sociale contact beperken | <i>“Hij voelt zich minderwaardig doordat hij ja toch een forse man was en ja voelt zich daar niet prettig bij, minder dan de rest, waardoor die moeilijker vindt om relaties aan te gaan.”</i> |
| Taakopvatting van de leefstijlcoach in eenzaamheid en het uitvragen van het sociale netwerk | | | | |
| | Afgebakende taak in eenzaamheid en het sociale netwerk | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over wat de taak is van een leefstijlcoach in eenzaamheid | <i>“Je moet op tijd kunnen signaleren van dit probleem zit zo diep verankerd dat je doorverwijst via de huisarts naar de psycholoog of psychiater, daar moet je als leefstijlcoach wel scherp op zijn maar je bent geen psycholoog.”</i> |
| | Rol leefstijlcoach in UMCG | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over wat de rol is van de leefstijlcoach in het UMCG breed | <i>“Ik ben wel degene die dus ook contact houdt tussen de patiënt en de verwijzer en het regio initiatief.”</i> |
| | Meer aandacht voor eenzaamheid bij leefstijlcoachinggesprekken | Inductief | Gebruik deze code als leefstijlcoaches aangeven dat ze meer aandacht zouden willen voor eenzaamheid in coachinggesprekken | <i>“Ik denk dat eenzaamheid ook wel een mooi thema kan zijn waar alle leefstijlcoaches worden uitgenodigd om daar wat meer kennis over op te doen. Ik denk wel dat het nodig is in ieder geval.”</i> |
| | Doel leefstijlcoaching | Inductief | Gebruik deze code als leefstijlcoaches doelen | <i>“Dat mensen zich fijner gaan voelen.”</i> |

| | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| | | | omschrijven wat ze hopen te bereiken met leefstijlcoaching | | |
| Aanpak gezonde leefstijl | Inrichting maatschappelijke context | | | | |
| | | Rol UMCG in leefstijl en eenzaamheid | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over wat de rol van het UMCG is of zou kunnen zijn in leefstijl breed en eenzaamheid specifiek | <i>“Ik denk wel dat het UMCG een rol heeft om de maatschappij gezonder te maken.”</i> |
| | Intrinsieke motivatie van belang | | Deductief | Gebruik deze code als leefstijlcoaches motivatie een belangrijke voorwaarde vinden voor de aanpak van gezonde leefstijl | <i>“Het hangt er een beetje vanaf of iemand ervoor open staat of helemaal niet.”</i> |
| | Mensen bewust maken | | Inductief | Gebruik deze code als leefstijlcoaches het belangrijk vinden om mensen bewust te maken van hoe leefstijl, gezondheid en eenzaamheid elkaar beïnvloeden | <i>“Het gaat om uw gezondheid. Dat dik ik dan aan. Het beseft van je eigen kwetsbaarheid en dat dat ook zomaar anders kan worden.”</i> |
| | Professionele houding leefstijlcoach | | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over hoe de leefstijlcoach zich verhoudt tegenover de patiënt | <i>“De houding van de leefstijlcoach bepalend is, de manier waarop ik mij verhoud en hoe ik vragen stel en doorga op een onderwerp is bepalend hoe diegene het gesprek ervaart.”</i> |

| | | | | |
|---|--------------------------------|-----------|--|--|
| | Patiënt de regie | Inductief | Gebruik deze code als de leefstijlcoach het belangrijk vindt de patiënt zelf te laten nadenken, bepalen en doelen op te laten stellen | <i>“Mensen zelf hun doelen laten formuleren.”</i> |
| | Vertrouwensband met de patiënt | Inductief | Gebruik deze code als leefstijlcoaches het belangrijk vinden dat er een band wordt opgebouwd tussen hen en de patiënt | <i>“Het vertrouwen is zo belangrijk met je patiënt, dat is belangrijker dan wat je aanbiedt.”</i> |
| Gebruik vragenlijsten en Healhty Planet | | | | |
| | Vragenlijsten | Deductief | Gebruik deze code als het gaat over of en hoe leefstijlcoaches vragenlijsten gebruiken en hoe het sociale netwerk daarin is verweven | <i>“Vind ik niet valide genoeg om leefstijl/gezond in kaart te brengen, hè? Het zijn heel vaak afgebakende vragenlijsten op één onderdeel, dus bij wijze van beweging, stress. Het is allemaal los van elkaar. En zo zie, ik leefstijl totaal niet.”</i> |
| | Healthy Planet | Deductief | Gebruik deze code als het gaat over de applicatie Healhty Planet, hoe deze wordt ingezet en wat de mening van leefstijlcoaches daarover is | <i>“Maar wij hebben afgesproken om Healthy Planet te gaan gebruiken binnen het ziekenhuis.”</i> |

| | | | | |
|--|--|-----------|---|--|
| | E-health en eenzaamheid en het sociale netwerk | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over wat de rol van E-health zou kunnen zijn volgens leefstijlcoaches in eenzaamheid of het sociale netwerk | <i>“Het internet is wel een ontmoetingsplek zeg maar. Je kunt er makkelijker mensen ontmoeten dan wanneer je de stad inloopt. (..) Dus ik denk dat het daar wel als hulpmiddel ingezet kan worden.”</i> |
| | Positieve gezondheid | Deductief | Gebruik deze code als het gaat over of en hoe leefstijlcoaches positieve gezondheid gebruiken en wat hun mening daarover is | <i>“Positieve gezondheid, dat vind ik eigenlijk een leukere tool. Maar goed, daar werken wij nog niet mee in het ziekenhuis.”</i> |
| | Motiverende gespreksvoering | Deductief | Gebruik deze code als het gaat over hoe motiverende gespreksvoering wordt ingezet door leefstijlcoaches | <i>“Het is echt belangrijk dat degene het zelf benoemd en dat het dan geïnternaliseerd wordt de verandering die men eigenlijk graag wil.”</i> |
| De aanpak van het sociale netwerk en eenzaamheid door de leefstijlcoach | Sociale aspect uitvragen | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over of ze het sociale netwerken eenzaamheid uitvragen, hoe leefstijlcoaches het sociale aspect uitvragen en welke vragen ze daarbij stellen | <i>“Hoe iemand zijn sociale omgeving is hè? Van hebben ze een gezin of vrienden, zijn ze daar tevreden over hè? Dus dan hoor je al wel van of iemand voldoende relaties heeft of niet, hè? (...) Hoe woont u, hoe leeft u, hebt u mensen in de buurt die u steunen of hè?”</i> |
| | Eenzaamheid bespreekbaar maken | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over hoe leefstijlcoaches het | <i>“Ik durf zelf kwetsbaar te zijn, dus ik durf dat ook te vragen.”</i> |

| | | | | |
|--|-------------------------------|-----------|---|---|
| | | | vinden om eenzaamheid bespreekbaar te maken | |
| | Opmerken eenzaamheid | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over hoe leefstijlcoaches eenzaamheid of een gebrekkig netwerk opmerken | <i>“Mensen zeggen het wel dat ze alleen zijn of dat ze niet zoveel mensen in hun omgeving hebben.”</i> |
| | Gezamenlijk op afspraak komen | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over het gezamenlijk op afspraak komen bij een coachinggesprek | <i>“Omdat het zo’n rollercoaster is voor die mensen, in z’n ziekenhuis en ze hebben kanker en dan zitten ze bij ons, mijn ervaring is dat ik de patiënt veel dingen vraag maar ook veel uitleg of ze het hebben gehoord en begrepen. Daarom is het handig dat er iemand bij is want twee horen meer dan 1. En soms is degene die mee is zijn telefoon aan en neemt het op of maakt aantekeningen, want als ze dan thuis zijn kunnen ze nog meer informatie op een rijtje zetten.”</i> |
| | Te weinig tijd in gesprekken | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over hoe leefstijlcoaches denken als het gaat om de duur in gesprekken en wat zij daarvan vinden | <i>“Een uur is eigenlijk te weinig.”</i> |

| | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------|--|---|
| | Laagdrempelig aanbod | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over als leefstijlcoaches het belangrijk vinden dat hulp voor eenzame mensen toegankelijk moet zijn en in de buurt van de patiënt | <i>“Dat dat niets of bijna niets kost, dat zou voor mensen met financiële problemen en mensen die eenzaam zijn een eerste stap zijn.”</i> |
| | Samenwerking andere zorgverleners | | | |
| | Rol andere hulpverleners | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over de rol van andere hulpverleners in eenzaamheid | <i>“Dat is vaker dat dat denk ik bij de psycholoog ter sprake komt dan bij mij.”</i> |
| | Doorverwijzen | Inductief | Gebruik deze code als het gaat over hoe de patiënt na een leefstijltraject binnen het UMCG naartoe verwezen wordt en hoe leefstijlcoaches dat aanpakken | <i>“Dan hoop je dat ze in de eerste lijn op een goede plek zitten waar ze goede begeleiding krijgen.”</i> |