



DOELGROEPEN ONDERZOEK PATIËNTEN & LEEFSTIJL EINDRAPPORTAGE

Gedragsonderzoek naar eerste stappen van patiënten om aan de slag te gaan met leefstijl en hun informatiebehoefte

In opdracht van Patiëntenfederatie Nederland namens de Coalitie Leefstijl in de Zorg

November 2023

Gedragsonderzoekers: Dr. Leonie Venhoeven, Drs. Sabine Jansen, Drs. Diede Wijnveen, Drs. Thom Eisinga

D&B

INHOUDSOPGAVE

<u>Samenvatting</u>	3		
1. <u>Achtergrond</u>	9		
<u>1.1 Achtergrond & Aanleiding</u>	10		
<u>1.2 Doel van het onderzoek</u>	12		
<u>1.3 Onderzoeksvragen en stappen</u>	13		
<u>1.4 Met een gedragsbril kijken naar de opgave</u>	14		
2. <u>Fase 1: verkennen – methode</u>	16		
<u>2.1 De methode</u>	17		
<u>2.2 Overzicht</u>	18		
<u>2.3 Literatuuronderzoek</u>	19		
<u>2.4 Expertinterviews</u>	20		
3. <u>Fase 1: verkennen - inzichten</u>	22		
<u>3.1 Doelgroepsegmentatie</u>	23		
<u>3.2-3.6 Literatuurstudie bevindingen</u>	26		
<u>3.2 Zelfmanagement & patiëntactivatie</u>	27		
<u>3.3 Gedragsbepalers zelfmanagement</u>	31		
<u>3.4 Gedragsbepalers informatie zoeken</u>	35		
<u>3.5 Gedragsbepalers het gesprek aangaan</u>	37		
<u>3.6 Overige literatuur</u>	39		
<u>3.7-3.9 Expertinterviews – bevindingen</u>	40		
<u>3.7 Algemene bevindingen</u>	41		
<u>3.8 Doelgroepsegmentatie</u>	44		
<u>3.9 Kwetsbare doelgroepen</u>	45		
<u>3.10-3.12 Visuele weergaven gedragsbepalers</u>	49		
<u>3.10 Geïdentificeerde gedragsbepalers</u>	50		
<u>3.11 Hoe is de visuele weergave opgebouwd?</u>	51		
<u>3.12 De visuele weergaven</u>	52		
4. <u>Fase 2: doelgroep bevragen – inhoud vragenlijst</u>	58		
<u>4.1 Inleiding vragenlijst</u>	59		
<u>4.2 Doelgroepsegmenten</u>	60		
		<u>4.3 Gedragsbepalers & doelgroepsegmenten</u>	61
		<u>4.4 Niet meegenomen gedragsbepalers</u>	62
		<u>4.5 Behoeften</u>	69
4. <u>Fase 2: doelgroep bevragen – methode</u>	70		
		<u>5.1 Introductie methode</u>	71
		<u>5.2 Toegankelijkheid en validiteit</u>	72
		<u>5.3 Voorbeeldvraag</u>	73
		<u>5.4 Werving deelnemers</u>	75
		<u>5.5 Opbouw vragenlijst</u>	78
5. <u>Fase 2: doelgroep bevragen – resultaten</u>	79		
		<u>6.1 Introductie resultaten</u>	80
		<u>6.2 Resultaten - doelgedragingen</u>	81
		<u>6.3 Resultaten</u>	82
7. <u>Fase 3: Advies</u>	92		
		<u>7.1 Inleiding aanbevelingen</u>	93
		<u>7.2 Wanneer zijn doelgedragingen kansrijk?</u>	94
		<u>7.3 Welke gedragsstrategieën zijn kansrijk?</u>	96
		<u>7.3.1 Weten</u>	97
		<u>7.3.2 Willen</u>	98
		<u>7.3.3 Kunnen</u>	109
		<u>7.3.4. Doen</u>	113
		<u>7.4 Wat is de rol van de zorgverlener?</u>	116
		<u>7.5 Waarover bied je informatie aan?</u>	117
		<u>7.6 Randvoorwaarden voor communicatie</u>	119
		<u>7.7 Wat is er nodig voor kwetsbare doelgroepen?</u>	120
		<u>7.8 Het inzetten van ervaringsdeskundigen als rolmodel</u>	121
		<u>7.9 Weten is nog geen doen</u>	124
		<u>Adviezen toegespitst op type organisatie</u>	125
		<u>Referenties</u>	128
		<u>Bijlagen</u>	131

SAMENVATTING



SAMENVATTING

In opdracht van Patiëntenfederatie Nederland, deelnemer in de Coalitie Leefstijl in de Zorg, voerden we fase 1 uit van het onderzoek naar hoe patiënten aangezet kunnen worden om:

1. Informatie over leefstijl te zoeken, en/of;
2. Het gesprek te beginnen over leefstijl met hun zorgverlener.

Het **doel** van deze eerste fase van het onderzoek is om te achterhalen wat er al bekend is over welke gedragsbepalers relevant zijn voor deze gedragingen én wat mogelijk relevante doelgroepen zijn om te onderscheiden.

Hiervoor voerden we literatuuronderzoek en expertinterviews uit. Aan de hand hiervan maakten we visuele weergaven van de gedragsbepalers. Deze fungeren als basis voor fase 2 van het onderzoek. In fase 2 toetsen we inzichten bij de doelgroep zelf met een vragenlijstonderzoek.

Doelgroepsegmenten

De doelgroepsegmenten die als meest relevant naar voren kwamen zijn segmentatie op basis van:

- Leeftijd
- Lichamelijke vs. psychische klachten

Gedragsbepalers

We maakten onderscheid in algemene gedragsbepalers die van invloed zijn op de mate van zelfmanagement en factoren die specifiek relevant zijn voor de twee doelgedragingen: informatie over leefstijl zoeken en het gesprek over leefstijl aangaan met een zorgverlener. Een visueel overzicht van deze factoren staan bij hoofdstuk 3.10 – 3.12 (*pagina 45 t/m 53*).

SAMENVATTING

Expertinterviews

We spraken de experts over de scope van het onderzoek en samenvattend zeiden de experts hierover het volgende:

- Een voorwaarde om patiënten zover te krijgen bezig te gaan met hun leefstijl, is verandering in het zorgsysteem;
- De zorgverlener speelt hierbij ook een cruciale rol;
- De doelgedragingen zijn niet voor alle groepen patiënten haalbaar. Vooral voor kwetsbare doelgroepen is dit een lastige opgave.

Aanvullend gaven zij aan dat bij kwetsbare doelgroepen factoren als financiële stress, functionele gezondheidsvaardigheden, de sociale en fysieke omgeving, een lagere gevoel van zelf-effectiviteit en een grotere systeemafhankelijkheid belangrijk zijn.

Op basis van fase 1 bleken de doelgedragingen en onderzoeksmethode niet voldoende om uitspraken te kunnen doen over deze kwetsbare doelgroepen. De Coalitie gaat onder andere op basis van de uitkomsten van fase 1 een apart plan maken voor deze kwetsbare doelgroep.

We besloten om kwetsbare doelgroepen (o.a. lage SEP) *niet* mee te nemen in het vragenlijstonderzoek.

Vragenlijstonderzoek

In het huidige onderzoek vulden 4484 patiënten met lichamelijke of psychische klachten, de online vragenlijst volledig in. Zij werden benaderd via PanelInzicht, het panel van de Patiëntenfederatie of één van de patiëntenorganisaties.

SAMENVATTING | BEVINDINGEN INFORMATIE ZOEKEN

De belangrijkste **gedragsbepalers** om informatie te zoeken zijn:

- Leefstijlaanpassingen **belangrijker** vinden;
- **Meer mentale belasting** (spanning/piekeren) ervaren;
- **Mensen in de omgeving hebben** die meer belang hechten aan informatie zoeken;
- **Minder verantwoordelijkheid voelen** voor de eigen gezondheid;
- Verwachten dat de informatie die men vindt **betrouwbaar** is.

De belangrijkste redenen/**triggers** om informatie te zoeken of het gesprek te beginnen:

1. 'Ik wilde mij fitter voelen'
2. 'Ik kreeg meer last van mijn klachten'
3. 'Ik moest (nieuwe) medicijnen gebruiken'

Life-events zoals zwanger worden of met pensioen gaan, werden voor betreffende leeftijdsgroepen vaker genoemd dan in andere segmenten, maar niet vaker dan bovenstaande triggers.

De belangrijkste redenen om **geen informatie** te zoeken, zijn:

- Het vertrouwen dat de zorgverlener al voldoende informatie geeft en hierover begint als dat nodig is;
- De perceptie dat de leefstijl al gezond is of dat medicijnen al voldoende helpen.

Leefstijlonderwerpen

Patiënten zoeken het vaakst naar informatie over leefstijl in het algemeen, bewegen, voeding, medicijnen en slapen. Ze zoeken minder naar onderwerpen als drugs, alcohol en roken.

Patiënten met psychische klachten zoeken vaker naar informatie rondom zingeving.

Voorkeurskanalen

Patiënten gaven aan deze informatie het liefst te vinden of ontvangen via:

1. Websites (video's of teksten)
2. Mondeling via de zorgverlener
3. Online zoekmachines

SAMENVATTING | BEVINDINGEN *HET GESPREK BEGINNEN*

Gedragsbepalers

De **belangrijkste voorspeller** of patiënten het gesprek beginnen is of er **hulp van iemand uit hun omgeving beschikbaar is**.

Andere relevante gedragsbepalers zijn o.a.:

- **minder angst** ervaren om dom over te komen;
- **meer vermoeidheid** ervaren;
- ervaren dat er **voldoende tijd** is om hierover te praten tijdens een gesprek met de zorgverlener;
- vaker **iemand meenemen** naar het gesprek.

Betrouwbare bronnen

Patiënten gaven aan de meest betrouwbare informatie over leefstijl te vinden bij:

1. Zorgverleners of zorgorganisaties
2. Patiëntenorganisaties
3. Lotgenoten
4. Kennisorganisatie (zoals Trimbos, RIVM, etc.)

De redenen om het gesprek aan te gaan zijn hetzelfde als voor informatie opzoeken. Ook de onderwerpen waarover gesproken wordt zijn hetzelfde als waar informatie naar wordt gezocht. Deze onderwerpen zijn: leefstijl in het algemeen, bewegen, voeding, medicijnen en slapen.

De belangrijkste redenen om **geen gesprek** te beginnen, zijn:

- Voor de doelgroep van 16-45: niet weten hoe hierover te beginnen en angst voor het oordeel van de zorgverlener;
- Voor de doelgroep 45-64: vertrouwen in de arts;
- Voor de doelgroep 65+: vertrouwen in de arts en medicijnen voldoende hulp vinden.

Patiënten met **fysieke klachten** praten het vaakst over leefstijl met de arts of specialist in het ziekenhuis, huisarts, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist of voedingsdeskundige.

Patiënten met **psychische klachten** praten het meest over leefstijl met de huisarts, psycholoog, praktijkondersteuner of psychiater, arts of specialist in het ziekenhuis.

SAMENVATTING | AANBEVELINGEN

Op basis van de resultaten van het vragenlijstonderzoek stelden we een aantal aanbevelingen op en maakten we een gedragsstrategie, bestaande uit vier onderdelen: *weten*, *willen*, *kunnen* en *doen*.

Weten

Voordat patiënten de stap nemen informatie te zoeken of het gesprek te beginnen met een zorgverlener, moeten ze *weten* dat leefstijlaanpassingen patiënten kunnen helpen bij het omgaan met hun ziekte en dat er informatie over leefstijl m.b.t. hun gezondheidsklacht beschikbaar is.

Willen

Patiënten moeten ook *willen* zoeken naar informatie over leefstijl. Zorg ervoor dat patiënten openstaan voor deze informatie, door:

- ...de meest genoemde triggers in te zetten als *teachable moments* om de juiste mensen aan te spreken (bijv. “Je fitter willen voelen”);
- ...het ervaren belang van leefstijlaanpassingen te verhogen door rolmodellen (lotgenoten) in te zetten;
- ...de ervaren controle van patiënten te verhogen met behulp van tools en de ervaringen van rolmodellen;

- ...het persoonlijk relevant te maken door specifieke klachten te benoemen;
- ...het aanpassen van leefstijl concreet en behapbaar te maken door kleine, duidelijke stappen te communiceren.

Naast deze algemene stappen zijn aanbevelingen per doelgedrag te vinden in hoofdstuk 7.3.2.

Kunnen

Patiënten moeten het gevraagde/gewenste gedrag *kunnen* uitvoeren. Hiervoor hebben ze bepaalde vaardigheden (bijv. leesvaardigheid) en self-efficacy (vertrouwen in eigen kunnen) nodig. Hierbij kun je patiënten hulp bieden om het doelgedrag makkelijker te maken.

Doen

Voorkom inertia (niet in beweging komen, terwijl je wel zou willen) bij patiënten, door informatie zoeken makkelijk te maken, een duidelijk handelingsperspectief te bieden en de patiënt te ondersteunen bij het gesprek beginnen.

De rol van de zorgverlener is cruciaal in het bereiken van de doelgedragingen.

HOOFDSTUK 1

ACHTERGROND



1.1. ACHTERGROND & AANLEIDING

Leefstijl kan een belangrijke rol spelen in de omgang met of preventie, behandeling, of herstel van verschillende ziekten, aandoeningen of klachten (Johnson et al., 2010; Loef & Walach, 2012).

De afgelopen jaren zien we een groeiende erkenning van het belang van preventie binnen de zorg. De gezondheidszorg richt zich steeds vaker op het bevorderen van gezonde leefstijlkeuzes, vroegtijdige detectie van ziekten en het inzetten van leefstijlinterventies om de ontwikkeling van aandoeningen te voorkomen of te vertragen. Ook leefstijl als medicijn wint aan terrein, waarbij gezonde leefstijlveranderingen worden aangemoedigd als **een vorm van behandeling** van verschillende gezondheidsproblemen (ActiZ et al., 2022).

In september 2022 is het Integraal Zorg Akkoord (IZA) door veel zorgpartijen getekend. Daar is afgesproken dat het ministerie van VWS vanaf 2023 middelen beschikbaar stelt voor een brede leefstijlcoalitie met als doel implementatie van leefstijl in de gezondheidszorg.

Leefstijl in de zorg richt zich op “het aanpakken van de onderliggende oorzaken van ziekten door middel van veranderingen in leefstijlfactoren, zoals voeding, beweging, verbinding, ontspanning, middelen en slaap” (Vereniging Arts en Leefstijl, 2021).

Toch zijn er nog heel wat stappen te zetten om leefstijl integraal onderdeel te laten worden van de reguliere zorg.

1.1. ACHTERGROND & AANLEIDING

Coalitie Leefstijl in de Zorg

De Coalitie Leefstijl in de Zorg heeft als missie om in 2025 leefstijl integraal onderdeel te laten zijn van de reguliere zorg voor mensen met gezondheidsklachten, aandoeningen of ziekten. De Coalitie bestaat uit verschillende partijen die actief zijn op het gebied van leefstijl in de zorg en streven naar samenwerking om leefstijl een passende plaats te geven in de zorg.

De Coalitie houdt zich onder andere bezig met het in kaart brengen van onderwijs en professionalisering, het verzamelen van succesvoorbeelden uit de praktijk en het inventariseren van behoeften en ervaringen van patiënten. Daarnaast stelt zij een kennis- en implementatieagenda op. Team Patiënten is één van de teams binnen deze Coalitie. Het belangrijkste doel van Team Patiënten is dat patiënten een gezonde leefstijl onderdeel maken van hun zelfmanagement en behandeling. Dit team wordt geregisseerd door Patiëntenfederatie Nederland.

Om dit doel te bereiken, zette **Patiëntenfederatie Nederland** namens de Coalitie Leefstijl in de Zorg het huidige onderzoek uit, om in kaart te brengen hoe patiënten eerste stappen kunnen zetten richting een gezonde leefstijl.

Patiënten

Het onderzoek richt zich specifiek op patiënten van 16 jaar of ouder. Dit zijn mensen met een gezondheidsklacht, aandoening of ziekte. En voor wie leefstijl kan bijdragen aan het verminderen van last van deze gezondheidsklacht, aandoening of ziekte, en/of het verbeteren van kwaliteit van leven en een betere ervaren gezondheid.

1.2 DOEL VAN HET ONDERZOEK

De Patiëntenfederatie wilde namens de Coalitie Leefstijl in de Zorg onderzoek laten doen, om inzicht te krijgen in hoe zij patiënten kunnen aanzetten om eerste stappen te laten zetten naar een gezondere leefstijl.

Deze eerste stappen zijn door de Patiëntenfederatie gedefinieerd als:

1. Patiënten gaan op zoek naar informatie over leefstijl, óf
2. Patiënten beginnen een gesprek met hun zorgverlener over leefstijl.

De Patiëntenfederatie wil weten welke (gedrags-)factoren dit gewenste gedrag belemmeren en bevorderen (ook wel: gedragsbepalers) en welke behoeften patiënten hebben. Daarnaast wil zij weten of er een verschil is in de gedragsbepalers en behoeften van verschillende doelgroepen. Als laatste krijgt zij graag antwoord op wat zorgprofessionals en zorgorganisaties kunnen doen om het gesprek over leefstijl te faciliteren.



1.3 ONDERZOEKSVRAGEN EN STAPPEN

De onderzoeksvragen

Om het doel van de Patiëntenfederatie te bereiken, focussen we op zes onderzoeksvragen:

1. Hoe kunnen patiënten gestimuleerd worden om op zoek te gaan naar informatie over leefstijl?
2. Hoe kan informatie zo worden aangeboden dat dit patiënten ook daadwerkelijk aanzet tot een gezondere leefstijl?
3. Hoe kunnen patiënten gestimuleerd worden om een gesprek te beginnen met hun zorgverlener over leefstijl?
4. Wat kunnen zorgverleners en zorgorganisaties doen om dit gesprek te faciliteren?
5. Welke behoeften hebben patiënten met betrekking tot het ontvangen van informatie en het aangaan van het gesprek?
6. Zijn er verschillen in behoeften en gedragsbepalers tussen verschillende doelgroepen?

Om deze vragen te beantwoorden, doorlopen we binnen dit onderzoek **vier stappen**:

1. Het segmenteren van de groep patiënten in verschillende doelgroepen.
2. Het bepalen van de (drie) belangrijkste gedragsbepalers voor de doelgedragingen per doelgroep:
 1. Patiënten gaan op zoek naar informatie over leefstijl, én
 2. Patiënten beginnen een gesprek met hun zorgverlener over leefstijl.
3. Het verkrijgen van inzicht in de behoefte aan informatie, advies of (gespreks)ondersteuning op gebied van leefstijl per doelgroep.
4. Het beknopt adviseren over een aanpak en strategie per doelgroep.

1.4 MET EEN GEDRAGSBRIL KIJKEN NAAR DE OPGAVE

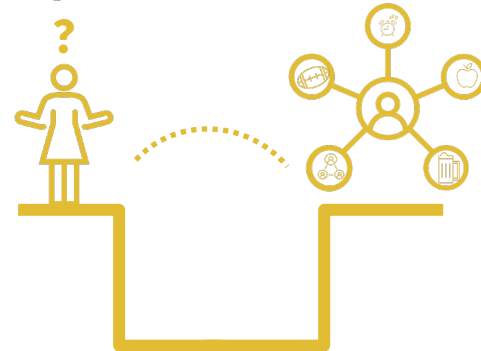
Om patiënten de eerste stappen te laten zetten kijken we (Dijksterhuis & van Baaren) met een ‘gedragsbril’ naar de opgave. Leefstijlverandering is gedragsverandering. En het is bekend dat gedrag veranderen én nieuw gedrag volhouden, een lastige opgave kan zijn.

Zelfs als mensen een sterke wil hebben om hun leefstijl aan te passen, betekent dat niet zij ook meteen hun gedrag veranderen. Er zit nog een groot verschil tussen deze intenties en het daadwerkelijke gedrag. We noemen dit ook wel de intentie-gedragskloof (Rhodes & De Bruijn, 2013; Sheeran & Webb, 2016).

Dit verschil is niet slechts toe te schrijven aan gebrek aan wilskracht of motivatie. Onbewuste invloeden, zoals onze (sociale) omgeving, routines, of (onbewuste) behoeften aan autonomie, verbondenheid en competentie (Deci & Ryan, 2012) sturen ons gedrag constant (Strack & Deutsch, 2004).

Voor mensen zonder ziekte of gezondheidsklachten zijn aanpassingen maken in hun leefstijl al een grote opgave. Voor patiënten, die geconfronteerd worden met de uitdagingen van hun ziekte, kunnen factoren als vermoeidheid en pijn dit proces nog lastiger maken.

Om patiënten te helpen, is het daarom belangrijk om een “gezondere leefstijl” te concretiseren en op te delen in kleinere stappen (Höchli et al., 2018). Op deze manier wordt de drempel om het gewenste, nieuwe gedrag uit te voeren beter behapbaar, ervaart de patiënt eerder succeservaringen en is het nieuwe gedrag beter vol te houden (Trope & Liberman, 2012).



1.4 MET EEN GEDRAGSBRIL KIJKEN NAAR DE OPGAVE

Het probleem met kleine stappen en concrete handelingsperspectieven is dat er geen *one-size-fits-all* advies is voor patiënten die hun leefstijl willen veranderen.

De concrete leefstijlaanpassingen die voor de ene patiënt het meeste effect hebben op diens gezondheid, gelden niet per se voor de ander. Dit geldt ook voor patiënten met dezelfde aandoening en hetzelfde advies om bijvoorbeeld meer te bewegen; waarbij het voor de ene persoon makkelijk is om zijn oude sport voetbal op te pakken, heeft een ander wellicht nog nooit gesport en zal moeten beginnen met een simpele wandeling.

Bovendien verschilt wát een gezonde leefstijl is ook tussen patiënten met diverse aandoeningen. Zo ziet ‘gezond bewegen’ er voor reumapatiënten anders uit dan voor iemand met een depressie of obesitas. Wat ‘gezonde voeding’ is voor iemand met een maagaandoening, zal afwijken van de standaardrichtlijnen.

Kortom, er zijn oneindig veel verschillende concrete leefstijlaanpassingen mogelijk voor een hele grote diverse groep aan patiënten.

In de ideale situatie onderzoeken patiënten zelf (al dan niet samen met hun zorgverlener) wat het beste bij hen past. Patiënten pakken in dit geval *zelf regie* op de leefstijlveranderingen die voor hen van toepassing zijn.

Omdat zelf regie nemen op leefstijl nog steeds abstract is, concretiseerde de Patiëntenfederatie de eerste stappen hiernaar als:

1. Op zoek gaan naar informatie over leefstijl, óf
2. Het gesprek beginnen met een zorgverlener over leefstijl.*

*Vanuit gedragsperspectief is er ook een route denkbaar, waarin (een deel van de) patiënten het eerste stapje zetten naar leefstijlverandering (bijvoorbeeld meer bewegen), zonder hier informatie over op te zoeken of over in gesprek te gaan met een zorgverlener. Hier komen we in onze adviezen op terug.

HOOFDSTUK 2

METHODE

FASE 1: VERKENNEN



2.1 DE METHODE

Om gerichte aanbevelingen te kunnen doen over hoe je diverse groepen patiënten kunt stimuleren om informatie te zoeken over leefstijl of het gesprek te beginnen met hun zorgverlener, is het van groot belang om eerst in kaart te brengen wat patiënten motiveert en tegenhoudt.

In de eerste fase, de verkennende fase, verkregen we inzicht in wat er al bekend was over de doelgedragingen. Dit fungeert als basis voor de tweede fase van het onderzoek, waarin we deze bevindingen toetsen bij patiënten zelf.

De eerste fase bestond uit de volgende onderdelen:

1. Bijeenkomst met team Patiënten
2. Literatuuronderzoek
3. Interviews met experts

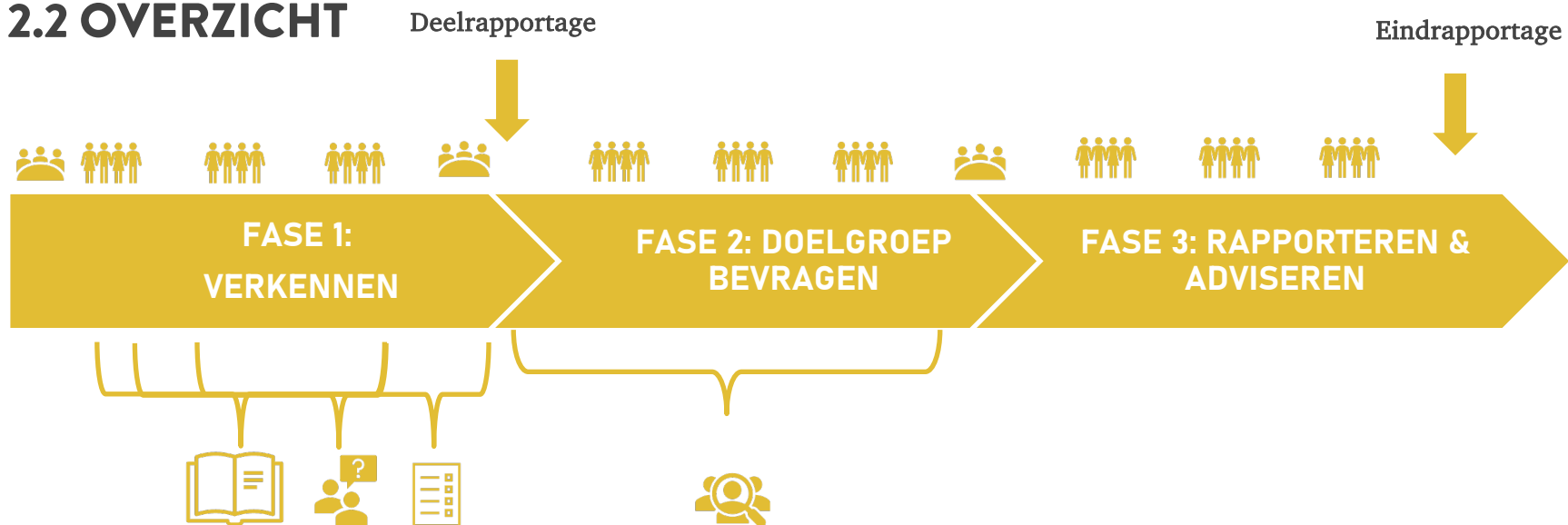
We beschrijven in dit hoofdstuk de belangrijkste bevindingen uit de eerste fase: verkennen.

Om een eerste inzicht te krijgen in de mogelijke doelgroepen en gedragsebepalers begonnen we met een **bijeenkomst** waarin we samen met **team Patiënten** de kaders van het project afbakenden en input ophaalden voor het literatuuronderzoek en de expertinterviews. Team Patiënten bestaat uit doelgroep- en patiëntvertegenwoordigers.

Vervolgens analyseerden we met het **literatuuronderzoek** wat er al bekend was over de doelgedragingen en of dit verschilde tussen bepaalde doelgroepen. We vulden dit aan met negen **interviews met experts** op het gebied van leefstijl in de zorg en specifieke patiëntgroepen. Het literatuuronderzoek en de interviews gaven samen een breed beeld van wat er speelt onder patiënten rondom de doelgedragingen.

We visualiseerden de uitkomsten van de eerste fase door de gedragsebepalers schematisch weer te geven. In deze **visuele weergaven van gedragsebepalers** staan alle mogelijke factoren die invloed hebben op de doelgedragingen.

2.2 OVERZICHT



Legenda

Literatuur onderzoek



Expertinterviews



Bijeenkomst team Patiënten



Bijeenkomst Projectgroep



Ontwikkeling vragenlijst



Uitstaan vragenlijst



2.3 LITERATUURONDERZOEK

We begonnen met een literatuuronderzoek. We zochten naar factoren die de doelgedragingen beïnvloeden als een brede verkenning van de potentiële gedragsbepalers. Deze toetsen we in een later stadium met een vragenlijstonderzoek bij de doelgroep.

In het literatuuronderzoek voerden we de volgende stappen uit:

- Publicaties lezen die door de Patiëntenfederatie en het kernteam Patiënten als relevant werden aangewezen.
- Sleutelpublicaties vinden. Sleutelpublicaties zijn review artikelen en systematische reviews over de doelgedragingen.
- Referenties van sleutelpublicaties zoeken en beoordelen.
- Artikelen die refereren aan sleutelpublicaties zoeken en beoordelen.
- Artikelen en onderzoeken zonder wetenschappelijke publicatie zoeken en beoordelen.

We zochten literatuur op grofweg vier thema's:

- Zelfmanagement
- Patiëntactivatie
- Informatie over leefstijl zoeken
- Het gesprek aangaan met een zorgverlener over leefstijl



2.4 EXPERTINTERVIEWS

Wie spraken we?

Parallel aan het literatuuronderzoek spraken we verschillende Nederlandse experts op het gebied van leefstijl, leefstijlverandering en gezondheidsgedrag.

We spraken in totaal zes wetenschappers met een achtergrond op het gebied van leefstijl, preventie, gedragsverandering en kwetsbare doelgroepen. Daarnaast spraken we drie leefstijlartsen/onderzoekers. We spraken:

- **Arie Dijkstra.** Hoogleraar sociale psychologie van gezondheid en ziekte – Gedragsverandering – Universiteit Groningen
- **Alja Sluiter.** Kaderhuisarts spoedzorg – Leefstijlarts – Zorgbestuurder – Coalitie Leefstijl in de Zorg
- **Bas van den Putte.** Hoogleraar gezondheidscommunicatie – Universiteit van Amsterdam
- **Ingrid Steenhuis.** Hoogleraar Preventie volksgezondheid – Expert leefstijl en gedragsverandering - Vrije universiteit Amsterdam

- **Janneke Stolker.** Huisarts – Eigenaar Leefstijl aanpak – Vereniging Arts en Leefstijl
- **John de Wit.** Hoogleraar Sociale- en gedragswetenschap – volksgezondheid - Universiteit Utrecht
- **Maria van den Muijsenberg.** Hoogleraar gezondheidsverschillen en eerstelijnszorg – Huisarts – Radboud Universiteit
- **Marijn de Bruin.** Gedragswetenschapper - Hoogleraar Behavioural Medicine & Health Psychology – Radboudumc - Topwetenschappelijk medewerker bij RIVM
- **Mirjam Fransen.** Gezondheidswetenschapper – Amsterdam UMC en RIVM – specialisatie in (verschil in) gezondheidsvaardigheden, besluitvorming en innovatieve interventie ontwikkeling

Elk gesprek duurde een uur en werd gevoerd in een online omgeving. Om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de vraag, voerden we exploratieve gesprekken aan de hand van een semigestructureerd interviewschema.

2.4 EXPERTINTERVIEWS

Wat vroegen we uit?

We stelden vragen over:

- Leefstijlverandering en de doelgedragingen
 - *Bijvoorbeeld: “Wat zijn de drijfveren en belemmeringen om als patiënt het gesprek te beginnen over, en/of op zoek te gaan naar informatie over leefstijl?”*
- Doelgroepen en gedragsbepalers voor die specifieke doelgroepen
 - *Bijvoorbeeld: “Wat lijkt jou een logische manier om doelgroepen te onderscheiden?”*
- Verwachte behoeften van patiënten met betrekking tot de doelgedragingen
 - *Bijvoorbeeld: “Wat zijn behoeftes van patiënten als het gaat om het gesprek beginnen over leefstijl volgens jou?”*
- Belangrijke factoren en behoeften van patiënten met lage gezondheidsvaardigheden
 - *Bijvoorbeeld: “Waar moeten we rekening mee houden als het gaat om het stimuleren van zoeken naar informatie bij deze groep?”*
- Mogelijke oplossingsrichtingen
 - *Bijvoorbeeld: “Wat zijn volgens jou kansrijke manieren (gezien de belangrijkste gedragsbepalers) om patiënten aan te zetten tot het zoeken van informatie en het gesprek te beginnen met hun zorgverlener over leefstijl?”*

HOOFDSTUK 3

INZICHTEN

FASE 1: VERKENNEN



3.1 DOELGROEPSEGMENTATIE

Doelgroepsegmenten en gedragsfactoren

Eén van de doelen van de expertinterviews en het literatuuronderzoek was om in kaart te brengen wat er al bekend was over verschillende doelgroepsegmenten.

Het doel van dit onderzoek is onder andere om te achterhalen welke gedragsfactoren verschillen in relevantie voor verschillende doelgroepen patiënten. Een factor kan een sterkere invloed hebben op de doelgedragingen, voor de ene doelgroep dan voor de andere doelgroep. In dat geval is het gewenst hierop de strategie aan te passen. De focus van de aanpak verschilt dan per doelgroep.

We achterhalen met dit onderzoek welke gedragsfactoren van invloed zijn op de doelgedragingen én of deze factoren relevanter of minder relevant zijn voor bepaalde doelgroepen. Deze doelgroepen onderscheiden we op kenmerken (segmenten) die op basis van de literatuur en volgens de experts een relevant onderscheid maken tussen patiënten.

3.1 DOELGROEPSEGMENTATIE

In de literatuur is er geen grote overeenstemming over welke segmentatie het meest waardevol is om te maken en welke gedragsbepalers verschillen in relevantie voor diverse doelgroepen.

Kenmerken op basis waarvan in de literatuur wel segmentatie werd aangebracht binnen de groep patiënten zijn (Regeer et al., 2021):

- Leeftijd
- Psychische klachten
- Gezondheidsvaardigheden
- Opleidingsniveau

De gesprekken met experts bevestigden het belang van deze kenmerken voor segmentatie. We kozen twee kenmerken op basis waarvan we segmenteren binnen dit onderzoek:

1. Leeftijd
2. Type klachten (lichamelijk vs. psychisch)

We keken niet alleen welke kenmerken theoretisch interessant zijn om op te segmenteren, maar ook naar hoe praktisch relevant het is om deze segmenten te onderscheiden. We verwachten dat de mate waarin de gedragsbepalers relevant zijn kan verschillen tussen deze segmenten. Daarnaast kozen we deze kenmerken ook omdat segmenten op basis van deze kenmerken in de praktijk te identificeren zijn. Het is voor bijvoorbeeld zorgverleners of informatieverstrekkers mogelijk om onderscheid te maken tussen patiënten uit verschillende leeftijdsgroepen en met verschillende type klachten.

Eén duidelijke doelgroep die vaak naar voren kwam in zowel expertinterviews als de literatuur was patiënten met een **lage Sociaal Economische Positie (SEP)**. Er is gekozen om deze kwetsbare doelgroep niet als apart segment mee te nemen in het huidige onderzoek. We bereiken deze doelgroep onvoldoende met de huidige onderzoeksmethode (online vragenlijst) en de gekozen doelgedragingen sluiten minder goed aan op deze doelgroep. Zie verdere toelichting voor deze keuze onder 3.9 (pagina 42).

“

“Bij ouderen is hun gedrag al jaren ingesleten, daarom is gedragsverandering vaak nog moeilijker”

3.2 – 3.6 LITERATUURSTUDIE - BEVINDINGEN

3.2 ZELFMANAGEMENT & PATIËNTACTIVATIE

In de literatuur zochten we onder andere naar gedragsbepalers die voorspellen of patiënten zelf regie pakken op, ofwel het eerste stapje zetten dat nodig is voor, het aanpassen van hun leefstijl.

In de gezondheidswetenschappelijke literatuur spreekt men dan van zelfmanagement.

Zelfmanagement is het beslissen en handelen van een individu, op basis van persoonlijke keuzes om de gevolgen van hun aandoening op hun leven te reguleren. Het omvat zelfzorg, zelfhulp en zelfregie. Acties en vaardigheden gericht op het werken aan leefstijlveranderingen is onderdeel hiervan en een belangrijke invloed op de mate van zelfmanagement (GGZ Standaarden, 2013).

Men spreekt in de literatuur ook van **patiëntactivatie**. Dit zijn de kennis, vaardigheden en het vertrouwen waarmee de patiënt actief bezig kan gaan met zijn of haar eigen gezondheid (Golubinski et al., 2020).

De mate van patiëntactivatie draagt bij aan de mate van zelfmanagement (Newland et al., 2021).

In een onderzoek naar patiëntactivatie werd in kaart gebracht wat de eerste stappen zijn voor het ontwikkelen van zelfmanagement (Hibbard et al., 2004). Een onderdeel hiervan is dat patiënten zelf in staat zijn om oplossingen te zoeken voor problemen of nieuwe situaties omtrent de aandoening. Dit biedt onderbouwing voor de twee eerder gekozen doelgedragingen:

- 1) Patiënten gaan op zoek naar informatie over leefstijl
- 2) Patiënten beginnen het gesprek met de zorgverlener over leefstijl

3.2 ZELFMANAGEMENT & PATIËNTACTIVATIE

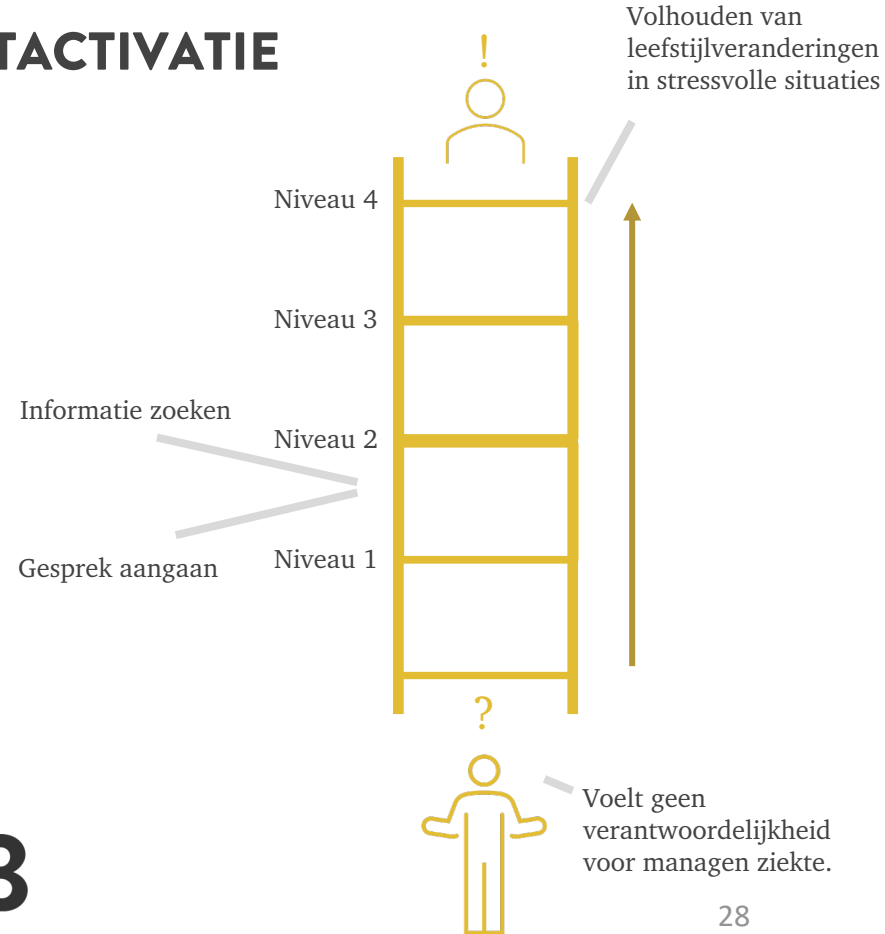
Patiëntactivatie wordt gemeten met de patiëntactivatie schaal aan de hand van een score (Hibbard et al., 2004; Rademakers et al., 2016). Hoe hoger patiënten scoren op de schaal, hoe actiever ze bezig zijn met hun gezondheid.

De patiëntactivatie schaal bestaat uit vier oplopende niveaus.

- **Niveau 1:** De patiënt voelt zich verantwoordelijk voor het managen van zijn/haar gezondheid.
- **Niveau 2:** De patiënt heeft de kennis en het zelfvertrouwen om de eigen gezondheid te managen.
- **Niveau 3:** De patiënt is vaardigheden aan het ontwikkelen om zijn/haar gezondheid te kunnen managen.
- **Niveau 4:** De patiënt heeft al het gedrag geadopteerd om zijn/haar gezondheid te kunnen managen.

De niveaus bestaan uit verschillende sub-niveaus. In niveau 2 zitten de sub-niveaus: het vertrouwen om in gesprek te gaan met een zorgverlener en het vertrouwen in het kunnen vinden van informatie.

D&B

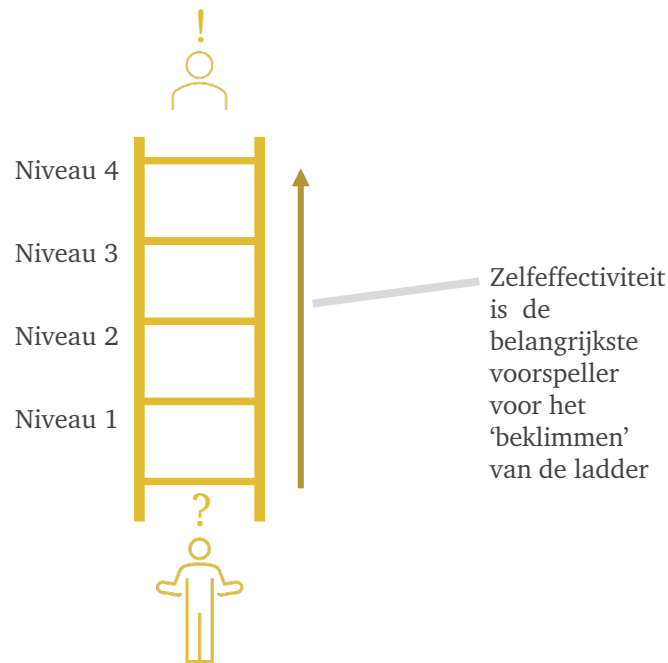


3.2 ZELFMANAGEMENT & PATIËNTACTIVATIE

Een overkoepelend onderzoek van 26 studies toont aan dat het activeren van patiënten met een chronische conditie een positief significant effect heeft op de kwaliteit van leven van de patiënt, de lichamelijke gezondheid, en gedrag (Lin et al., 2020).

Patiënten die ‘actiever’ waren, zijn in vergelijking met patiënten die dat niet waren minder angstig en depressief, hadden een lagere bloedsuikerspiegel en bloeddruk en scoorden voornamelijk hoger op **zelfeffectiviteit**; het vertrouwen in je vaardigheden om het doelgedrag uit te kunnen voeren.

Uit dit overkoepelend onderzoek bleek ook dat patiënten verschoven in de mate waarin ze ‘geactiveerd’ waren en dus verschoven op de patiëntactivatie schaal (Lin et al., 2020).



3.2 ZELFMANAGEMENT & PATIËNTACTIVATIE

De eerste factoren die belangrijk zijn voor zelfmanagement staan al beschreven in de definities van zelfmanagement en patiëntactivatie:

- **Zelfmanagement:** ‘het beslissen en handelen van een individu, op basis van persoonlijke keuzes om de gevolgen van hun aandoening op hun leven te reguleren’. Acties en **vaardigheden** gericht op het werken aan leefstijlveranderingen is onderdeel hiervan (GGZ Standaarden, 2013).
- **Patiëntactivatie:** ‘De kennis, **vaardigheden** en het **vertrouwen** die de patiënt uitrusten om actief bezig te gaan met hun eigen gezondheid’ (Golubinski et al., 2020).

In zowel de definitie van zelfmanagement en patiëntactivatie staat het met de ziekte om kunnen gaan door middel van **vaardigheden**; ‘Ik weet hoe ik een gezonde maaltijd moet maken’.

Daarbovenop stelt de definitie van patiëntactivatie dat patiënten eerst moeten weten wat ze moeten doen; ‘voor mijn aandoening zou gezonder eten helpend zijn.’
(kennis)

Daarbij moet de patiënt ook **vertrouwen** hebben in die vaardigheden; ‘Ik heb het vertrouwen dat ik een gezonde maaltijd kan maken.’

In de literatuur hebben we gezocht naar factoren die voorspellend zijn voor zelfmanagement en patiëntactivatie. Als belangrijkste bronnen zijn meta-analyses en systematische reviews (een bron die meerdere onderzoeken over hetzelfde onderwerp samenvat) gebruikt. De belangrijkste gedragsbepalers die hieruit naar voren kwamen, staan op de volgende pagina's. Een verdieping op deze factoren staat in de [bijlage](#).

Gegeven dat patiëntactivatie en zelfmanagement beiden hetzelfde doel nastreven, en patiëntactivatie een voorwaarde lijkt voor zelfmanagement, kiezen we ervoor hierna enkel de term *zelfmanagement* te gebruiken.

3.3 GEDRAGSBEPALERS - ZELFMANAGEMENT

In een systematische review van 13 onderzoeken (Golubinski et al., 2020), waarin gekeken werd naar de voorspellers van patiëntactivatie onder patiënten met diverse aandoeningen (zowel fysiek, psychisch, chronische en lang- of kortdurende aandoeningen) kwam een aantal relevante factoren naar voren.

Zo blijkt dat patiënten die ervaren dat ze het gedrag kunnen uitvoeren en die **hoop en optimisme over de toekomst** hebben, een verhoogde patiëntactivatie hebben. Daarnaast zien we dat wanneer patiënten meer ondersteuning uit hun **sociale omgeving** ervaren, ze een verhoogde patiëntactivatie hebben.

Verder zien we dat de mate waarin patiënten beschikken over **gezondheidsvaardigheden** een positieve invloed heeft op het zelfmanagend vermogen en de mate waarin een patiënt **depressieve klachten** ervaart een negatieve invloed heeft op het zelfmanagend vermogen.

3.3 GEDRAGSBEPALERS - ZELFMANAGEMENT

In een meta-analyse (Schulman-Green et al., 2016); een integratie van 53 onderzoeken naar zelfmanagement onder chronische patiënten, kwamen verschillende factoren naar boven.

Zo bleek dat de **ervaren gezondheid** van patiënten, het ervaren **energieniveau** van patiënten, en de mate van **(financiële) stress** een negatieve invloed hebben op de mate waarin ze zelfmanagement kunnen toepassen.

Daarnaast zien we dat de **toegang tot zorg** en een positieve ervaring van de **patiënt-zorgverlener relatie** de mate van zelfmanagement positief kan beïnvloeden. De ervaren **complexiteit van het zorgsysteem** heeft een negatieve invloed op het zelfmanagement.

De omgeving speelt ook een grote rol in de mate van zelfmanagement. Zo is de mate van **sociale ondersteuning** (zowel positief als negatief) van invloed op zelfmanagement, maar ook de **werkomgeving**, **thuisomgeving**, en de **fysieke omgeving** hebben invloed op de mate van zelfmanagement.

Als laatste zien we dat de toegang tot **educatieve bronnen**, zoals informatie verkrijgen via de radio, boeken of brochures, een faciliterende rol spelen.

3.3 GEDRAGSBEPALERS - ZELFMANAGEMENT

Uit een kwalitatief onderzoek (een onderzoek door middel van semigestructureerde interviews) onder Nederlandse depressieve patiënten bleek dat verschillende factoren van belang waren voor het ontwikkelen van zelfmanagementstrategieën (Smit et al., 2020).

Zo bleek dat **ervaringskennis**, de mate van **autonomie**, het hebben van een **toekomstperspectief** en de mate van **sociale steun** allemaal bijdragen aan het ontwikkelen van zelfmanagementstrategieën.

Uit een review en meta-analyse van 57 onderzoeken naar leefstijlverandering onder chronische patiënten, bleken de volgende factoren voorspellend voor het volhouden van fysieke oefeningen die in samenspraak met de zorgverlener waren uitgekozen (Ricke et al., 2023).

Door de onderzoekers is gevonden dat **zelfeffectiviteit**; het vertrouwen in eigen kunnen, **motivatie**, **gezondheidsstatus**, en de **ervaren controle over het gedrag**, allemaal bijdragen aan het volhouden van fysieke oefeningen door de patiënt.

Daarnaast kunnen patiënten die last hebben van **depressieve klachten**, of last hebben van andere klachten (**comorbiditeit**), de fysieke oefeningen minder goed volhouden.

Als laatste blijkt ook de **sociale ondersteuning** weer een rol te spelen in hoeverre patiënten de fysieke oefeningen kunnen volhouden.

3.3 GEDRAGSBEPALERS - ZELFMANAGEMENT

Een meta-analyse van 66 meta-analyses geeft een iets pessimistischer beeld over het verbeteren van zelfmanagement door middel van interventies en betoogd vooral voor het verbeteren van de kwaliteit van onderzoek (Hennessy et al., 2020).

De studie wijst wel op de factoren **zelfeffectiviteit**; het vertrouwen in eigen kunnen, en **zelfregulatie**; het vermogen om zelf je gedrag te evalueren, als voorspellend.

3.4 GEDRAGSBEPALERS - INFORMATIE ZOEKEN

Naast de voorspellende factoren voor zelfmanagement, zien we factoren die specifiek gelden voor het zoeken van informatie over leefstijl. Onderzoek naar het zoeken van informatie over leefstijl bleek lastig te vinden, dus hebben we ons onderzoek uitgebreid naar het zoeken van gezondheidsinformatie (in het Engels: *health information seeking*).

Een meta-analyse van 71 studies naar gezondheidsinformatie-zoekgedrag onder patiënten en niet-patiënten definieerde zoekgedrag op 4 manieren. 1) actief zoeken, 2) scannen, 3) het toevallig tegenkomen van informatie, 4) het vergaren van informatie via een ander (Chang & Huang, 2020). Deze meta-analyse liet een aantal verschillende factoren van belang zien.

Zo bleek dat wanneer patiënten de gezondheidsinformatie **begrijpen** en dat wanneer deze informatie **geloofwaardig** en **beschikbaar** is, ze eerder op zoek gaan naar informatie.

Daarnaast zien we dat wanneer mensen het gevoel hebben dat anderen in hun omgeving ook informatie zoeken, zij ook eerder op zoek gaan informatie. Ook wel de **subjectieve norm** genoemd.

Vooraf voor jongere proefpersonen bleek dat de mate van **zelfeffectiviteit**; het vertrouwen in eigen kunnen, en het hebben van **slechte gezondheidsstatus** een positieve invloed had op het op zoek gaan naar informatie.

3.4 GEDRAGSBEPALERS - INFORMATIE ZOEKEN

In een correlationeel onderzoek naar online **zoekgedrag naar gezondheidsinformatie** onder (Indiaanse) patiënten en niet-patiënten vonden we nog enkele interessante factoren (Basnyat et al., 2018). Voor deze factoren is het bewijs minder sterk maar ze zijn wel interessant om nader te onderzoeken, en we nemen ze daarom in deze fase, waarin we zo breed mogelijk op zoek zijn naar potentiële gedragsbepalers, mee.

Zo blijkt ook hier dat **zelfeffectiviteit**, het vertrouwen in eigen kunnen, ervoor zorgt dat patiënten online gezondheidsinformatie als nuttig ervaren. De ervaren **vatbaarheid en ernst van de aandoening** zorgt ervoor dat patiënten de informatie minder nuttig vinden.

Daarnaast hangt het **vertrouwen in het medium**, het **nut** van de informatie en de frequentie en duur van **internetgebruik** positief samen met de neiging om gezondheidsinformatie op te zoeken.

3.5 GEDRAGSBEPALERS - HET GESPREK AANGAAN

Ook zochten we naar onderzoeken die specifiek gingen over het aangaan van het gesprek over leefstijl met de zorgverlener. Onderzoeken die over dit specifieke doelgedrag gingen waren nauwelijks te vinden. Daarom verbreedden we ook hier ons zoekgedrag. In een systematische review van 18 onderzoeken, kwamen verschillende factoren naar boven die invloed hebben op het **bespreken van online gezondheidsinformatie met de zorgverlener** (Tan & Goonawardene, 2017).

Zo blijkt dat **zelfeffectiviteit**, de **ervaren effectiviteit van het consult**, en de **verwachtingen over zorgverlener-patiënt relatie** een positieve invloed hebben op het bespreken van online gezondheidsinformatie met de zorgverlener.

De **ervaren weerstand van de zorgverlener** ten opzichte van de online informatie en de **ervaren schaamte** van patiënten kunnen het bespreken van online gezondheidsinformatie **ontmoedigen**.

Daarnaast zien we dat het **ervaren tijdsgebrek tijdens het consult** en de mate waarin patiënten niet het **diagnostische proces** van de zorgverlener willen **verstoren**, ervoor zorgen dat patiënten minder snel online gezondheidsinformatie met de zorgverlener bespreken.

Verder zien we dat het **ervaren belang van online informatie**, de **consultatiestijl** (adviseren) van de zorgverlener, de **aanwezigheid van een familielid**, en de mate waarin een patiënt **tevreden** is over het consult, een positieve invloed hebben op het bespreken van online gezondheidsinformatie met de zorgverlener.

De aanwezigheid van een **prompt**, een herinnering aan het doelgedrag, zorgt ervoor dat patiënten ook eerder online gezondheidsinformatie bespreken met hun zorgverlener.

3.5 GEDRAGSBEPALERS - HET GESPREK AANGAAN

We nemen ook een oudere studie uit 1993 mee. Normaal leggen we de focus op recente onderzoeken, maar dit onderzoek heeft een solide aanpak waarbij verschillende methoden werden onderzocht en daar één diepe analyse over werd uitgevoerd (Borgers et al., 1993).

Uit dit onderzoek bleek dat de **intentie** van patiënten om het gesprek aan te gaan, de **zelfeffectiviteit** van patiënten en de **behoefte**, een positieve invloed hadden om het gesprek met de hulpverlener aan te gaan.

Verder zien we dat **consultatiestijl van de zorgverlener**, de **ervaren support van naasten**, en de **communicatiestijl** van patiënten het gesprek beginnen kunnen faciliteren.

Angst en onzekerheid en de **ervaren situaties aan de kant van de specialist en de organisatie** kunnen er echter voor zorgen dat de patiënt het gesprek juist niet begint.

3.6 OVERIGE LITERATUUR

Ook raadpleegden we onderzoeken en rapporten van Nederlandse onderzoeksbureaus; bijvoorbeeld het onderzoek Preventie door Patiëntenfederatie Nederland (2022). Veel factoren* en inzichten kwamen overeen met de resultaten uit de wetenschappelijke literatuur.

Zo kunnen **persoonlijke gezondheidsovertuigingen**, de mate van **zelfeffectiviteit**, de mate van **contact met zorgverleners**, de **ervaren support van zorgverleners** en het hebben van **sociale steun** ervoor zorgen dat mensen eerder zijn geneigd om gezonde gedragingen aan te nemen en te behouden.

Daarnaast raadpleegden we het onderzoek van Kantar, dat gaat over het *samen beslissen* van patiënten en zorgverleners over gezondheid gerelateerde keuzes (Kramer et al., 2020).*

De drie belangrijkste factoren voor het samen beslissen, zijn het **voorbereiden van het gesprek door de patiënt**, de **zelfeffectiviteit**, en de **patiënt-zorgverlener relatie**.

Overige factoren voor het samen beslissen zijn de **persoonlijke relevantie** voor de patiënt, de **attitude**, ofwel de houding van de patiënt ten opzichte van het samen beslissen, de **subjectieve norm** (in hoeverre de omgeving ook samen beslist met hun zorgverlener), en de **kennis** over hun aandoening en de behandel mogelijkheden.

*Let op. De factoren in de onderzoeken Preventie en samen beslissen worden soms anders genoemd. Voor de leesbaarheid en duidelijkheid van deze rapportage hebben we ze soms in andere termen herschreven in lijn met termen uit de wetenschappelijke literatuur.

3.7–3.9 EXPERTINTERVIEWS - BEVINDINGEN

3.7 ALGEMENE BEVINDINGEN

De experts die we spraken waren het eens met de scope van het onderzoek. Zij zagen een rol voor het gedrag van patiënten in de integratie van leefstijl in de zorg. Daarnaast vonden de experts die we spraken ook dat;

1. Het zorgsysteem moet veranderen. Het huidige systeem is ingericht op curatieve in plaats van preventieve zorg. Zorgverzekeraars, zorgverleners en zorginstellingen die patiënten faciliteren bij de eerste stappen om hun leefstijl te verbeteren, worden in dit systeem vaak niet geholpen en soms zelfs actief tegengewerkt.
2. Niet alleen patiënten, maar ook zorgverleners moeten hun gedrag veranderen. Zorgverleners spelen een cruciale rol: zij zijn degenen die patiënten kunnen faciliteren bij de eerste stappen om hun leefstijl te veranderen. Zorgverleners zien dit echter nog zelden als hun rol of weten zelf te weinig af van leefstijlverandering.
3. De doelgedragingen zijn niet haalbaar voor alle patiënten. De experts die we spraken betwijfelden met name of je de verantwoordelijkheid voor het gesprek over leefstijl beginnen wel bij patiënten kunt leggen. Als het belangrijk is om dit gesprek met een zorgverlener te voeren, zou de zorgverlener hier zelf ook een grotere rol in moeten hebben.

Meerdere experts vonden het begrip leefstijl onduidelijk; zij zouden liever de term 'gezondheidsgedrag' gebruiken. Onder zowel 'leefstijl' als 'gezondheidsgedrag' verstonden experts daarnaast verschillende dingen. Waar de één hiermee verwees naar gedrag waarvan wetenschappelijk onderbouwd is dat het een effect heeft op de aandoening van de patiënt, schaarde de ander elk gedrag dat (onbewust) iets bijdraagt aan het verbeteren van gezondheid onder deze termen. Daarnaast benadrukten experts dat welke verandering in leefstijl passend is voor iemand, per persoon verschilt. Experts noemden pijlers uit verschillende bronnen om 'leefstijl' of 'gezondheidsgedrag' te duiden (bijvoorbeeld; Het leefstijlroer, Het positieve Gezondheid spinnenweb, De BRAVO aanpak).

In samenspraak met de Patiëntenfederatie kozen we er naar aanleiding van deze gesprekken voor om de definitie van 'leefstijl' uit [het Leefstijlroer](#) aan te houden in het onderzoek.

“

Zowel patiënten als het systeem en de zorgverlener moeten veranderen. Dat moet parallel.”

“

In dit zorgsysteem staat de zorgverlener aan het hoofd en hiervan is maar 10-20% gemotiveerd om met leefstijl aan de gang te gaan.”

“

Het initiatief ligt niet alleen bij de patiënt. Het is veel interessanter om te focussen op de zorgverlener in plaats van op de patiënt. En daarbij is een gesprek met een zorgverlener altijd veel effectiever dan het aanbieden van online middelen.”

3.7 ALGEMENE BEVINDINGEN

De factoren, die de experts als belangrijk achtten voor de doelgedragingen, kwamen veelal overeen met de inzichten uit de literatuur. Relevante aanvullende factoren die experts benoemden zijn:

- **Teachable moments.** Dit zijn momenten waarop patiënten open staan voor een (leefstijl)verandering. Denk bijvoorbeeld aan: voor, tijdens of na een behandeling, terugkeren van klachten, diagnose of overlijden van een familielid, zwangerschap of net kinderen hebben.
- **Weerstand tegen bepaalde typen leefstijlverandering.** Experts met praktijkervaring benadrukten dat hoeveel weerstand een leefstijlverandering oproept bij patiënten, sterk afhangt van het type verandering dat nodig is. Zo hangt de mate van weerstand onder andere af van wat de verandering ‘kost’ en ‘oplevert’. Zo staan patiënten bijvoorbeeld meer open voor veranderingen om een goede nachtrust te krijgen dan voor veranderingen in hun eetpatronen. Een verandering die er (direct) voor zorgt dat je minder slecht slaapt is fijn – vooral als die verandering zelf niet vervelend is. Veel patiënten hebben echter veel moeite met het afleren van ongezond eetgewoontes, omdat die eetgewoontes vaak zo lekker zijn.

- **Gezondheidsovertuigingen over leefstijl.** Hiermee refereerden experts naar de mate waarin patiënten geloven dat hun gedrag en hun aandoening (of de ervaren last daarvan) met elkaar samenhangen.
- **De relatie met en (communicatie)vaardigheden van de zorgverlener.** Experts benadrukten hoe belangrijk het is dat de zorgverlener aansluit bij de (veranderings)fase waarin patiënten zitten en hun bijbehorende behoeften. Zorgverleners moeten kunnen bepalen of patiënten bijvoorbeeld nog moeten ervaren dat hun leefstijl een probleem is, of dat ze al verder in het proces zijn en vooral hulp nodig hebben bij het ontwikkelen van de juiste vaardigheden. En dit moeten ze kunnen bepalen zonder patiënten het gevoel te geven dat ze belerend zijn.

Een aantal experts drukten hun zorgen uit over (het gebrek aan) ontwikkeling in de gezondheidszorg. Voor hun gevoel staan we op dezelfde plek als 30 jaar geleden. Het probleem is niet dat er kennis mist; het probleem is juist dat er veel kennis beschikbaar is die momenteel niet optimaal gebruikt wordt.

3.8 DOELGROEPSEGMENTATIE

We vroegen experts wat volgens hen groepen patiënten zijn waarvoor mogelijk een andere aanpak nodig is. Uit de gesprekken kwam vooral naar voren dat patiënten met lage gezondheidsvaardigheden anders gefaciliteerd moeten worden dan patiënten die geen lage gezondheidsvaardigheden hebben. Hier gaan we dieper op in op de volgende pagina's.

Daarnaast gaven experts aan dat patiënten die verschillen op de volgende kenmerken mogelijk ook een verschillende aanpak nodig hebben:

- Leeftijd (jong vs. oud; verschillende levensfasen);
- Type klacht (mentaal vs. fysiek);
- Verwachte duur van de aandoening (tijdelijk vs. chronisch);
- Lengte van het zorgtraject (patiënten die al jaren zorg ontvangen vs. 'nieuwe' patiënten);
- Bekendheid van link tussen aandoening en leefstijl (duidelijke vs. onduidelijke link);
- SEP (lage SEP vs. hoge SEP);
- Opleidingsniveau (praktisch vs. theoretisch);
- Fase van het ziekteproces (voor vs. tijdens vs. na behandeling).

Van de diverse mogelijkheden die experts gaven voor mogelijk interessante doelgroepsegmentatie, werd met name **leeftijd** veelvuldig genoemd.

3.9 KWETSBARE DOELGROEPEN

De meeste experts gaven aan dat de ‘kwetsbare doelgroepen’ meer gefaciliteerd moeten worden dan de andere doelgroepen. Onder kwetsbare patiënten vallen onder andere mensen met een lage Sociaal Economische Positie (SEP), mensen met een migratieachtergrond en laaggeletterden. Vaak heeft deze groep lagere gezondheidsvaardigheden. Patiënten met lagere gezondheidsvaardigheden ervaren volgens hen de meeste obstakels en vaak een combinatie van verschillende obstakels om aan de slag te gaan met leefstijl. Experts zagen de combinatie van lage gezondheidsvaardigheden en een lage SEP als extra risicovol. Ze benadrukken dan ook hoe belangrijk het is om meer onderzoek te doen naar deze kwetsbare doelgroep: de groep is groot en onderbelicht.

De factoren die de experts belangrijk achten voor leefstijl(veranderingen) bij kwetsbare doelgroepen zijn:

- De hoge mate van **ervaren financiële stress**. Vaak heeft deze groep te veel financiële zorgen om zich met (veranderen van) leefstijl bezig te kunnen houden.
- De lage **functionele (gezondheids)vaardigheden**. Deze groep heeft vaak moeite met lezen en communiceren met hun zorgverlener.
- De negatieve impact van de **sociale en fysieke omgeving**. De sociale en fysieke omgeving kunnen een belangrijke impact hebben op (on)gezond gedrag. Naast van mensen met lage gezondheidsvaardigheden vertonen volgens experts bijvoorbeeld vaak ook ongezond gedrag. En er zijn wijken waar veel mensen met een lage SEP wonen bijvoorbeeld meer snackbars dan in andere wijken.
- Het extra lage gevoel van **zelf effectiviteit**. Deze groep heeft minder zelfvertrouwen en minder vertrouwen in eigen kunnen dan gemiddeld.
- Grotere **systeemafhankelijkheid**. Deze groep heeft vaak hulp nodig uit verschillende hoeken. Dat maakt het navigeren door de complexe zorgsystemen nog moeilijker. En deze groep is door haar lagere eigen (gezondheids)vaardigheden nog afhankelijker van het systeem.

3.9 KWETSBARE DOELGROEPEN

Aanvullende factoren kunnen ervoor zorgen dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden en een lage SEP nóg kwetsbaarder zijn. Denk bijvoorbeeld aan **culturele factoren of een migratieachtergrond**, met extra hulp- of leefstijldrempels zoals een taalbarrière, minder mogelijkheden om als man en vrouw apart te sporten, of bepaalde voedseltradities.

Experts benadrukten hierbij dat culturele factoren of migratieachtergrond secundair zijn en alleen een versterkende rol spelen in combinatie met lage (functionele) gezondheidsvaardigheden en een lage SEP. Zo is **opleidingsniveau** een betere voorspeller dan culturele achtergrond van de stappen die iemand kan zetten in (het ontwikkelen van) eigen regie op leefstijl.

Toch benadrukte een expert, die veel met deze kwetsbare doelgroep omgaat, hoe belangrijk (eigen regie) op leefstijl juist bij deze doelgroep is. Volgens deze expert is het voor de doelgroep het belangrijkste om (financiële) stress te verminderen en functionele gezondheidsvaardigheden aan te leren. Denk bijvoorbeeld aan gezondheidsinformatie (kritisch) leren lezen en daarover kunnen communiceren met hun omgeving of zorgverlener.

3.9 KWETSBARE DOELGROEPEN

Hoewel deze kwetsbare doelgroep volgens experts een hele relevante groep is om te onderzoeken, gaven zij ook aan dat onderzoek naar en interventies implementeren voor deze doelgroep vaak meer tijd en dus geld kost. Ze twijfelden ook aan de haalbaarheid en het nut van deze doelgroep betrekken in het huidige onderzoek. Ze gaven hiervoor de volgende redenen:

1. Patiënten uit deze doelgroep zijn vaak laaggeletterd. Een online vragenlijstonderzoek is daarom lastig of zelfs ongeschikt voor onderzoek naar de kwetsbare doelgroep.
2. Experts twijfelden over of het doelgedrag dat centraal staat in dit onderzoek past bij deze doelgroep. Voor hen zal zelf zoeken naar informatie over leefstijl en hier het gesprek over aangaan extra uitdagend zijn. Experts verwachten dat het voor deze doelgroep passender is als de zorgverlener actief informatie over dit onderwerp aanlevert.

In samenspraak met de Patiëntenfederatie kozen we er naar aanleiding van deze gesprekken voor om patiënten uit de kwetsbare doelgroep in het huidige onderzoek buiten beschouwing te laten. De Coalitie zal een ander plan van aanpak ontwikkelen dat zich specifiek richt op deze doelgroep.

“

Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden gaan niet zelf op zoek naar informatie; je kan niet van deze patiënten verwachten dat ze zelf die stap nemen.”

“

Bij patiënten met lage SEP moet vaak eerst (financiële) stress worden weggenomen voordat aan leefstijl gewerkt kan worden.”

“

Bij patiënten met een Lage SEP is de rol van de huisarts groter omdat er meer nodig is, vaak moeten hier ook andere spelers bij betrokken worden zoals de gemeente om problemen op te lossen.”

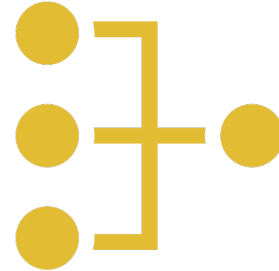
3.10 – 3.12 VISUELE WEERGAVEN GEDRAGSBEPALERS

3.10 GEÏDENTIFICEERDE GEDRAGSBEPALERS

Alle mogelijke relevante gedragsfactoren die we ophaalden uit de literatuur en expertinterviews, bundelden we in **visuele weergaven van de gedragsbepalers**.

We stelden een algemene visuele weergave op waarin we de relevante factoren tonen die voor **alle** doelgedragingen relevant zijn. Per specifieke doelgedraging zijn er aanvullende factoren die alleen voor die doelgedraging gelden. Daarom maakten we voor elke doelgedraging een aparte visuele weergave.

Deze visuele weergaven zijn opgesteld op basis van het literatuuronderzoek en de expertinterviews. De factoren gebruiken we als basis om de vragenlijst op te stellen in de volgende fase van het onderzoek. In deze tweede onderzoeksfase toetsen we welke factoren samenhangen met het doelgedrag van de bevroagde patiënten én of deze samenhang verschilt tussen doelgroepen.



3.11 HOE IS DE VISUELE WEERGAVE OPGEBOUWD?

De visuele weergaven van de gedragsbepalers zijn opgebouwd uit de volgende categorieën:



PSYCHOLOGISCHE
FACTOREN

SOCIOLOGISCHE
FACTOREN

OMGEVINGS-
FACTOREN

- De structuur van de visuele weergave is opgebouwd uit het raamwerk van het behavior drivers model (Petit, 2019).
- **Psychologische factoren** zijn emotionele en cognitieve factoren die zich bevinden ‘binnen’ een patiënt. Deze factoren zijn de kleur groen.
- **Sociologische factoren** zijn de factoren waar de patiënt in relatie staat tot anderen. Deze factoren zijn de kleur oranje.
- **Omgevingsfactoren** zijn de structurele elementen waar een patiënt mee te maken heeft. Deze factoren zijn de kleur blauw.

3.12 DE VISUELE WEERGAVEN

We werkten 5 visuele weergaven van gedragsbepalers uit:

1. Zelfmanagement
Psychologische factoren
2. Zelfmanagement
Sociologische factoren
3. Zelfmanagement
Omgevingsfactoren
4. Informatie over leefstijl zoeken
5. Het gesprek beginnen met de zorgverlener

Om de visuele weergaven overzichtelijk te houden, bevatten weergave 4 en 5 alleen factoren die in de eerdere overzichten nog niet zijn beschreven.

Zo is de factor zelf-effectiviteit in visuele weergave 1 al genoemd. Hoewel deze factor ook bij de doelgedragingen informatie over leefstijl zoeken en het gesprek aangaan met de zorgverlener een rol speelt, staat deze factor hier niet nogmaals beschreven.

1. ZELFMANAGEMENT PSYCHOLOGISCHE FACTOREN

ZELFVERTROUWEN

LEEFTIJD

MOTIVATIE

ERVARING

STRESS

AUTONOMIE

CULTURELE
ACHTERGROND

ZELF-EFFECTIVITEIT

ENERGIE/PIJN

DEPRESSIE

ERVAREN
CONTROLE OVER
HET GEDRAG

SOCIAAL
ECONOMISCHE
POSITIE

PERSOONLIJKE
EIGENSCHAPPEN

COMORBIDITEIT

DE MOGELIJKHEID
TOT VERANDEREN

ATTITUDES

GEZONDHEID-
STATUS

PERSOONLIJKE
OVERTUIGINGEN
OVER GEZONDHEID

GEZONDHEIDS-
VAARDIGHEID

GEWOONTES

2. ZELFMANAGEMENT SOCIOLOGISCHE FACTOREN

VISIE ZORGVELENER
OP LEEFSTIJL

ERVAREN TIJD OM
DINGEN TE DELEN

PATIENT-
ZORGVERLENER
RELATIE

SOCIALE NORM

ERVAREN SUPPORT

BEGRIJPELIJKE
COMMUNICATIE

ERVAREN
SAMENWERKINGS-
AANPAK

SOCIALE SUPPORT

ERVAREN EMPATIE

MATE VAN
ACTIVITEIT
PATIENTEN-
VERENIGING

VERBONDENHEID
MET COMMUNITY

3. ZELFMANAGEMENT OMGEVINGSFACTOREN

COMPLEXITEIT
SYSTEEM

TOEGANG TOT HULP
VOOR ZMM

VISIE SAMENLEVING
OP ZIEKTE

TOEGANG ZORG

ZORGSTELSEL

WERK

ONTWIKKELING
LEEFSTIJLKENNIS
AANDOENING

OBESOGENE
OMGEVING

THUISSITUATIE

4. INFORMATIE OVER LEEFSTIJL ZOEKEN



5. HET GESPREK AANGAAN MET DE ZORGVERLENER

PSYCHOLOGISCHE
FACTOREN

SOCIOLOGISCHE
FACTOREN

OMGEVINGS-
FACTOREN

SCHAAMTE

AANWEZIGHEID
FAMILIE LID

PROMPT IN
SPREEKKAMER

GESPREKSVAAARD-
HEDEN VAN
PATIENT

CONSULTATIESTIJL
ZORGVERLENER

ONWIL OM
DIAGNOSTISCH
PROCES TE
VERSTOREN

COMMUNICATIE-
VAARDIGHEDEN
ZORGVERLENER

HOOFDSTUK 4

INHOUD VRAGENLIJST

FASE 2: DOELGROEP BEVRAGEN



4.1 INLEIDING VRAGENLIJST

De verzamelde informatie uit fase 1 toetsten we bij patiënten door een grootschalig vragenlijstonderzoek uit te voeren.

We brachten mogelijke gedragsebepalers voor de twee doelgedragingen in kaart aan de hand van de literatuur en interviews met experts. Met een vragenlijst onderzochten we hoe sterk (een deel van) deze gedragsebepalers de doelgedragingen voorspellen. Daarnaast deelden we de doelgroep op in verschillende doelgroepsegmenten om onderlinge verschillen tussen deze groepen te onderzoeken. Deze segmenten werden bepaald op basis van:

- Leeftijd (16-24, 25-44, 45-64, 65+ jaar)
- Type aandoening (lichamelijk of psychisch)

We toetsten of de mate waarin de gedragsebepalers de doelgedragingen voorspellen, verschilt tussen de segmenten.

Daarnaast vroegen we huidig gedrag en behoeften uit en bekeken of de segmenten verschillen met betrekking tot gedrag en behoeften.

We maakten gebruik van een vragenlijst met kwantitatieve uitkomsten (uitkomsten in de vorm van scores op gedragsebepalers) om de (relatieve) invloed van de gedragsebepalers op het doelgedrag te toetsen, en eventuele verschillen in invloed tussen de segmenten te bepalen. Met deze informatie kunnen we bepalen of het nodig is om voor verschillende doelgroepsegmenten een andere aanpak te ontwikkelen.

In dit hoofdstuk gaan we eerst dieper in op de **doelgroepsegmenten**: we leggen uit waarom we voorafgaand aan de vragenlijst al segmenteren, en wat het verschil is tussen *segmenten* en *gedragsebepalers*.

Vervolgens leggen we uit welke **gedragsebepalers** we wel en niet uitvragen in de vragenlijst en waarom we sommige factoren niet meenemen.

Tot slot staan we stil bij de **behoeften** die we uitvragen in de vragenlijst.

4.2 DOELGROEPSEGMENTEN

Segmenteren

Om te onderzoeken hoe de invloed van de gedragsbepalers op het doelgedrag afhangt van leeftijd en type aandoening, deelden we de patiënten op in 8 doelgroepsegmenten (zie hiernaast). We houden hierbij de leeftijdssegmentatie aan die het CBS ook aanhoudt in een overzicht van leefstijl en preventie (CBS, 2023). Het verschil tussen gedragsbepalers en doelgroepsegmenten lichten we toe op de volgende pagina (4.3).

Waarom vooraf segmenteren?

Om uitspraken te kunnen doen over de verschillen tussen de segmenten, zijn er voor elk doelgroepsegment voldoende respondenten nodig (N=180). Als er bijvoorbeeld maar 20 deelnemers in een segment zitten, is de kans groter dat de resultaten, en daarmee mogelijke verschillen, gebaseerd zijn op toeval in plaats van daadwerkelijke verschillen tussen de segmenten in de populatie.

Door vooraf te bepalen welke doelgroepsegmenten we met elkaar vergelijken, konden we bij de werving van respondenten bijsturen bij onvoldoende respons uit een specifiek segment.

Gesegmenteerd in leeftijdscategorie en type aandoening: psychisch of lichamelijk

Doelgroepsegmentatie	Voorbeeld uitkomst/opbrengst Uit de vragenlijst komen de drie belangrijkste factoren voor dat specifieke segment naar boven.	
Leeftijd	Psychisch	Lichamelijk
Patiënten tussen 16 – 24 jaar	Opbrengst Factor 1: Factor 2: Factor 3: Algemene factoren Factor 1: Zelfeffectiviteit Factor 2: Etc 1 doelgedrag	Opbrengst Factor 1: Lengte ziekte Factor 2: Factor 3: Algemene factoren Factor 1: Zelfeffectiviteit Factor 2: Etc 2 doelgedrag
Patiënten tussen 25 – 44 jaar	Opbrengst Factor 1: Factor 2: Factor 3: Algemene factoren Factor 1: Zelfeffectiviteit Factor 2: Etc 3 doelgedrag	Opbrengst Factor 1: Factor 2: Factor 3: Algemene factoren Factor 1: Zelfeffectiviteit Factor 2: Etc 4 doelgedrag
Patiënten tussen 45 – 64 jaar	Opbrengst Factor 1: Factor 2: Factor 3: Algemene factoren Factor 1: Zelfeffectiviteit Factor 2: Etc 5 doelgedrag	Opbrengst Factor 1: Factor 2: Factor 3: Algemene factoren Factor 1: Zelfeffectiviteit Factor 2: Etc 6 doelgedrag
Patiënten van 65 jaar en ouder	Opbrengst Factor 1: Factor 2: Factor 3: Algemene factoren Factor 1: Zelfeffectiviteit Factor 2: Etc 7 doelgedrag	Opbrengst Factor 1: Factor 2: Factor 3: Algemene factoren Factor 1: Zelfeffectiviteit Factor 2: Etc 8 doelgedrag

4.3 GEDRAGSBEPALERS & DOELGROEPSEGMENTEN

We maakten in het onderzoek onderscheid tussen *doelgroepsegmenten* en *gedragsbepalers*. We lichten het verschil hieronder toe.

Gedragsbepalers zijn (gedrags)factoren die van invloed zijn op het doelgedrag.

- Als je leeftijd als gedragsbepaler meeneemt kun je onderzoeken of leeftijd invloed heeft op het doelgedrag. De conclusie die je hieruit kunt trekken is bijvoorbeeld:
 - Leeftijd voorspelt of een patiënt informatie over leefstijl zoekt.
 - De kans dat een patiënt naar informatie over leefstijl zoekt, is groter als deze patiënt tussen de 16 en 44 jaar is, dan als deze tussen de 44 en 65 jaar is.

Met doelgroepsegmentatie kun je ook de verschillen in gedragsbepalers tussen doelgroepen in kaart brengen.

- Met leeftijd als doelgroepsegment kun je bovenstaande conclusies nog steeds trekken.
- Maar je kunt óók bepalen of de invloed van andere gedragsbepalers afhangt van de segmentatiekenmerken. Bijvoorbeeld:
 - Voor patiënten tussen de 25-44 jaar met psychische klachten is de kans groter dat zij op zoek gaan naar informatie over leefstijl als zij denken dat er mensen zijn die hun kunnen helpen. Voor andere segmenten hangt of zij op zoek gaan naar informatie niet af van of zij denken dat er mensen zijn die hen kunnen helpen.

4.4 NIET MEEGENOMEN GEDRAGSBEPALERS

Om de betrouwbaarheid en kwaliteit van de antwoorden te waarborgen, is het van belang dat een vragenlijst niet te lang is (Sharma, 2022). Bovendien is een kortere vragenlijst toegankelijker voor een grotere doelgroep (Pharos, 2022). Daarom kozen we ervoor om een deel van de gedragsbepalers die we vonden in de literatuur niet uit te vragen.

We baseerden welke gedragsbepalers we wel en niet opnamen in de vragenlijst op het literatuuronderzoek, de expertinterviews, en praktische relevantie.

De gedragsbepalers die we niet meenamen in de vragenlijst zijn onder te verdelen in drie categorieën. Gedragsvoorspellers die:

1. Relevant zijn voor alle doelgroepsegmenten;
2. In het zorgsysteem of in de fysieke omgeving zitten;
3. Lastig uit te vragen zijn met een (online) vragenlijst.

Let op: sommige gedragsbepalers vallen onder meerdere categorieën.

Let op: we nemen deze gedragsbepalers wel mee in de adviezen.

1. Gedragsbepalers die naar voren kwamen als relevant voor alle doelgroepsegmenten.

Deze factoren zijn minder relevant om uit te vragen (t.o.v. van andere gedragsbepalers) omdat we vanuit de literatuur weten dat deze factoren van invloed zijn op het doelgedrag ongeacht de segmentatie.

- Bijvoorbeeld: gezondheidsvaardigheden; zelf-effectiviteit (en bijbehorende constructen zoals autonomie etc.); culturele achtergrond; gewoontes.

2. Systeem- en omgevingsfactoren

Deze gedragsbepalers vragen we niet uit bij de patiënten. Mensen worden vaak onbewust beïnvloed door omgevingsfactoren en het is lastig dit expliciet te rapporteren. Daarnaast kunnen we weinig invloed uitoefenen op systematische omgevingsfactoren aan de hand van concrete interventies.

- Bijvoorbeeld: de inrichting van het zorgsysteem; hoeveel er (in de wetenschap) bekend is over de invloed van leefstijl op een bepaald ziektebeeld.

4.4 NIET MEEGENOMEN GEDRAGSBEPALERS

3. Gedragsvoorspellers die lastig uit te vragen zijn met een (online) vragenlijst.

Sommige gedragsbepalers zijn lastig uit te vragen in de vorm van een vragenlijst omdat de doelgroep (waarvoor de gedragsbepalers gelden) niet te bereiken is met een vragenlijst of de informatie gevoelig is. Deze gedragsbepalers zijn dus wel van belang, maar lastig uit te vragen.

- Bijvoorbeeld: leesvaardigheid (valt onder gezondheids-vaardigheden). De groep patiënten met een lage leesvaardigheid zal de vragenlijst waarschijnlijk niet of nauwelijks invullen, en valt daarmee buiten de scope van dit onderzoek. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de factor digivaardigheid.
- Sociaal economische positie (SEP) is ook lastig uit te vragen, vanwege de gevoeligheid van de factor inkomen.
- **Let op:** We hebben wel aan experts gevraagd hoe deze factoren meespelen en komen hier in onze advies op terug (zie [3.9](#)).

Welke gedragsbepalers we wel en niet opnemen in de vragenlijst, wordt visueel weergegeven op de volgende pagina's.

Alle helder weergegeven factoren komen naar voren in de vragenlijst, de overige factoren (vervaagd) hebben we niet uitgevraagd.

1. ZELFMANAGEMENT PERSOONLIJKE FACTOREN

ZELFVERTROUWEN

GEWOONTES

DE MOGELIJKHEID
TOT VERANDEREN

ERVARING

DEPRESSIE

AUTONOMIE

CULTURELE
ACHTERGROND

ATTITUDES

ENERGIE/PIJN

MOTIVATIE

ERVAREN
CONTROLE OVER
HET GEDRAG

SOCIAAL
ECONOMISCHE
POSITIE

PERSOONLIJKE
EIGENSCHAPPEN

COMORBIDITEIT

LEEFTIJD

ZELF-EFFECTIVITEIT

GEZONDHEIDS-
VAARDIGHEID

PERSOONLIJKE
OVERTUIGINGEN
OVER GEZONDHEID

GEZONDHEID-
STATUS

STRESS

2. ZELFMANAGEMENT SOCIOLOGISCHE FACTOREN

VISIE ZORGVELENER
OP LEEFSTIJL

VERBONDENHEID
MET COMMUNITY

PATIENT-
ZORGVERLENER
RELATIE

SOCIALE NORM

ERVAREN SUPPORT

BEGRIJPELIJKE
COMMUNICATIE

ERVAREN
SAMENWERKINGS-
AANPAK

SOCIALE SUPPORT

ERVAREN EMPATHIE

MATE VAN
ACTIVITEIT
PATIENTEN-
VERENIGING

ERVAREN TIJD OM
DINGEN TE DELEN

3. ZELFMANAGEMENT OMGEVINGSFACTOREN

COMPLEXITEIT
SYSTEEM

TOEGANG TOT HULP
VOOR ZMM

VISIE SAMENLEVING
OP ZIEKTE

TOEGANG ZORG

ZORGSTELSEL

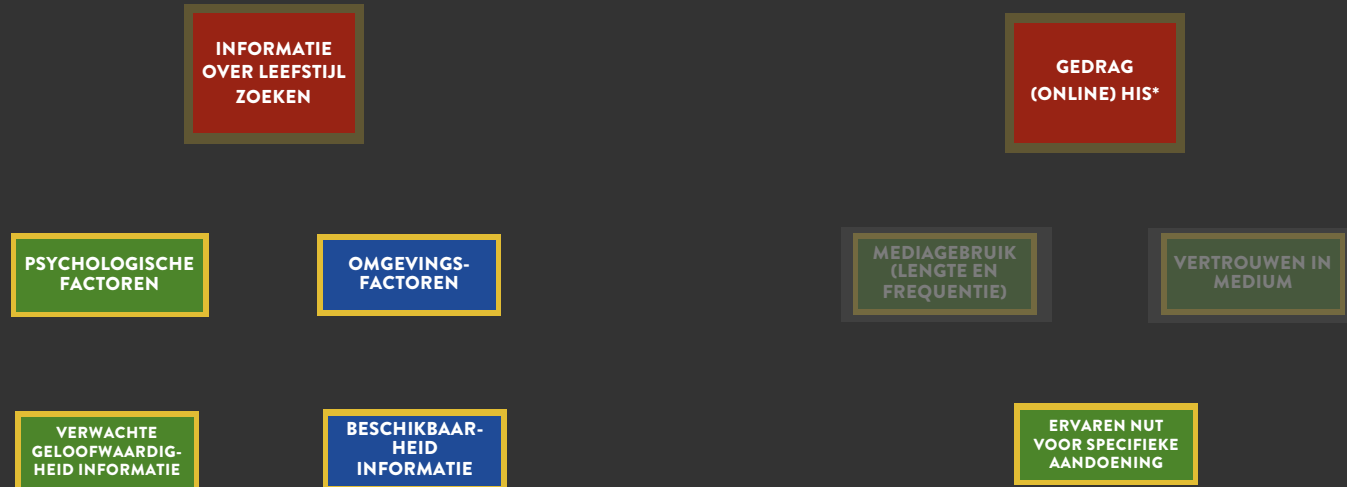
WERK

ONTWIKKELING
LEEFSTIJLKENNIS
AANDOENING

OBESOGENE
OMGEVING

THUISSITUATIE

4. INFORMATIE OVER LEEFSTIJL ZOEKEN



5. HET GESPREK AANGAAN MET DE ZORGVERLENER

PSYCHOLOGISCHE
FACTOREN

SOCIOLOGISCHE
FACTOREN

OMGEVINGS-
FACTOREN

SCHAAMTE

AANWEZIGHEID
FAMILIE LID

PROMPT IN
SPREEKKAMER

GESPREKSYAARD-
HEDEN VAN
PATIENT

CONSULTATIESTIJL
ZORGVERLENER

ONWIL OM
DIAGNOSTISCH
PROCES TE
VERSTOREN

COMMUNICATIE-
VAARDIGHEDEN
ZORGVERLENER

4.5 BEHOEFTE

Om toekomstige interventies goed aan te laten sluiten op de wensen van de patiënten, vroegen we naast de gedragsbepalers ook expliciet de behoeften van patiënten uit.

Zo vroegen we naar:

- **Behoefte aan informatie**
 - Behoefte aan informatie over de leefstijlpijlars;
 - Behoefte aan type informatie, bijvoorbeeld informatie over leefstijl in het algemeen of specifiek gericht op de aandoening
- **Manieren van informatievoorziening**
 - Informatie te vinden op welke plek (online zoekmachine, sociale media etc.) of via welk kanaal (video's, podcasts, etc.)
- **Moment van behoefte aan informatie**
 - Bijvoorbeeld: bij aanvang klachten, bij start inname medicatie, bij bepaalde *life events* etc.

- **Behoefte aan ondersteuning vanuit zorgverlener/zorgorganisatie**
 - Behoefte aan gesprek over leefstijl
 - Behoefte aan steun van zorgverleners/-organisaties



HOOFDSTUK 5

METHODE

FASE 2: DOELGROEP BEVRAGEN



5.1 INTRODUCTIE METHODE

We stelden een vragenlijst op om te bepalen wat de relatie is tussen gedragsbepalers en de doelgedragingen (het opzoeken van informatie en het gesprek beginnen) en of deze relatie verschilt per doelgroep. Bij het opstellen hielden we rekening met:

- 1) de toegankelijkheid van de vragenlijst;
- 2) de validiteit van de vragenlijst.

Vervolgens verspreidden we de online vragenlijst via diverse (online) kanalen. Bij het werven van deelnemers hielden we rekening met twee **doelen**:

- 1) De groep deelnemende patiënten moet representatief zijn voor de totale groep patiënten in Nederland;
- 2) De doelgroepsegmenten en doelgedragingen moeten voldoende gedekt worden.

In dit hoofdstuk gaan we dieper in op:

- de **toegankelijkheid** en **validiteit** van de vragenlijst;
- de **werving** van deelnemers;
- de opbouw van de **vragenlijst**;
- de **analyse** van de resultaten.

We lichten onze afwegingen en keuzes toe.



5.2 TOEGANKELIJKHEID EN VALIDITEIT

Bij het opstellen van de vragen over de gedragsbepalers, doelgroepsegmenten en behoeften, hielden we rekening met twee vereisten: de vragenlijst is zo **toegankelijk** en **valide** mogelijk.

We maakten de vragenlijst onder andere **toegankelijk** door:

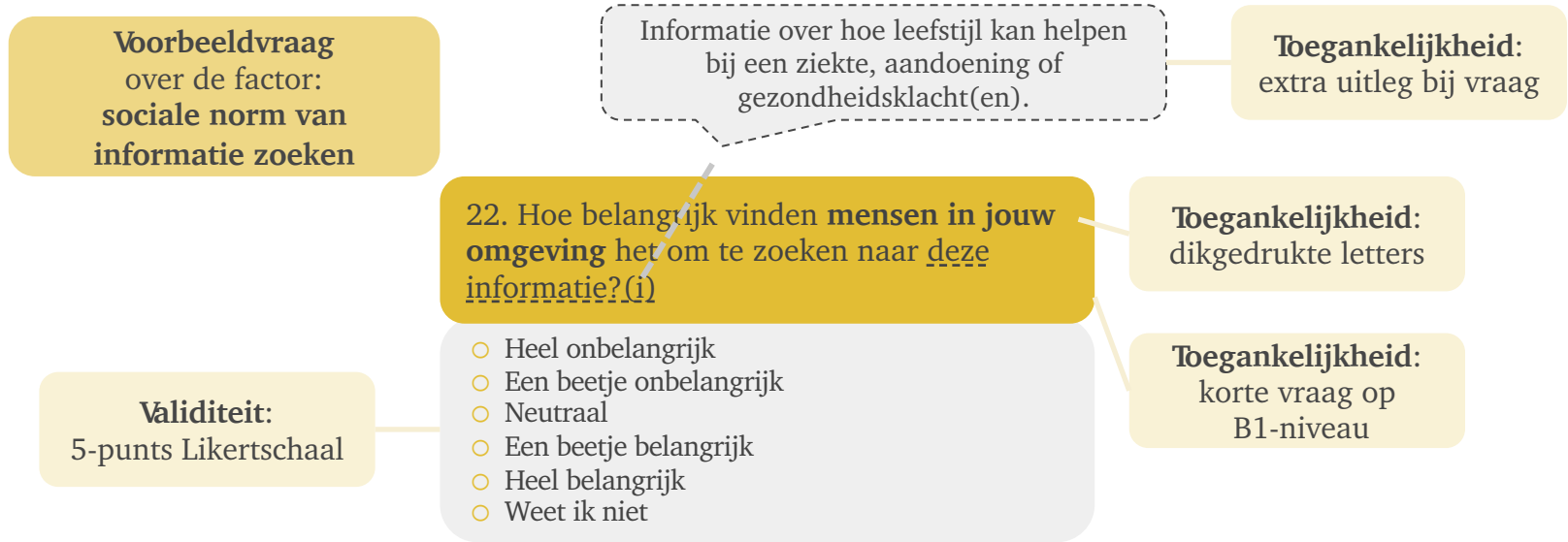
- de vragen zo simpel en kort mogelijk te houden en zo veel mogelijk op B1-niveau te schrijven;
- belangrijke onderdelen van de vraag dik te drukken;
- extra uitleg te geven in ‘tekstwolkjes’ (zie volgende pagina);
- de vragenlijst zo kort mogelijk te houden (10-15 minuten);
- de mogelijkheid te bieden om de vragenlijst in te invullen op verschillende digitale apparaten (computer, mobiel, tablet);

Vragen zijn valide wanneer deze daadwerkelijk meten wat je wilt dat ze meten (Bannigan & Watson, 2009). We hielden rekening met de **validiteit** door:

- de vragen zoveel mogelijk te baseren op gevalideerde vragenlijsten uit eerder wetenschappelijk onderzoek*;
- voor dit type vragen worden antwoorden vaak op een **5-punts Likertschaal** gegeven (bijvoorbeeld: *helemaal mee oneens – mee oneens – neutraal – eens – helemaal mee eens*), waarmee deelnemers nuance in hun antwoord kunnen aanbrengen.
- C1-niveau termen te gebruiken waar B1-niveau termen een andere betekenis aan de vraag zouden geven. Bijvoorbeeld: ‘*diagnose*’ (C1-niveau) werd op B1-niveau uitgelegd als ‘*oordeel over je ziekte*’. Deze vereenvoudiging dekt niet dezelfde lading en zou daarmee de validiteit van de vragen kunnen aantasten.

*Gevalideerde vragenlijsten uit eerder wetenschappelijk onderzoek zijn niet altijd toegankelijk geschreven. De validiteit van de vragen was in de meeste gevallen leidend. Hier maakten we overwogen keuzes in, samen met de Patiëntenfederatie. In het kader van toegankelijkheid hadden we bijvoorbeeld kunnen kiezen voor een 3-puntsschaal (bijvoorbeeld: *eens – neutraal – oneens*). Voor het begrijpen en interpreteren van de nuance van de woorden van een uitgebreidere schaal is voor sommigen namelijk een betere taalbeheersing nodig (Pharos, 2022). We kozen toch voor een 5-puntsschaal, waarbij de antwoordmogelijkheden genuanceerder zijn, om de validiteit van de vragenlijst te waarborgen.

5.3 VOORBEELDVRAAG - GEDRAGSBEPALER



5.3 VOORBEELDVRAAG - BEHOEFTE & OPEN VRAGEN

Naast de vragen over gedragsbepalers, stelden we een aantal aanvullende open vragen ter verdieping op de gedragsbepalers en vroegen we naar de behoefte aan informatie, advies of (gespreks)ondersteuning op het gebied van leefstijl. Hieronder twee voorbeelden.

11. Kan je iets meer vertellen over waarom jij op zoek ging naar deze informatie? (i)

<Vul hier je tekst in>

Verdiepende open vraag

Vraag over behoefte

45. Hoe wil je deze informatie het liefst vinden of ontvangen?

- ☐ Mondeling via de zorgverlener
- ☐ Via de online zoekmachines zoals Google, Bing of Yahoo
- ☐ Sociale media (video's of teksten)
- ☐ Websites (video's of teksten)
- ☐ Sociale media (video's of teksten)
- ☐ Websites (video's of teksten)
- ☐ Via bijeenkomsten of evenementen over gezond leven met een ziekte, aandoening of gezondheidsklacht
- ☐ Via podcastst en webinars
- ☐ Via apps
- ☐ Via (fysieke) folders of posters
- ☐ Via de krant of tijdschriften
- ☐ Via de radio
- ☐ Via de televisie
- ☐ Via boeken
- ☐ Anders, namelijk: ...

5.4 WERVING DEELNEMERS

Wervingscriteria

In de wervingstekst gaven we de criteria voor deelname aan het onderzoek, zodat alleen de mensen die binnen de doelgroep vallen de vragenlijst invulden.

De vragenlijst werd ingevuld door mensen die:

- 16 jaar of ouder zijn;
- In de afgelopen 2 jaar één of meerdere van deze dingen hebben gehad:
 - Een operatie of nog een operatie moeten ondergaan;
 - Een klacht, ziekte of aandoening met hun lichaam;
 - Een depressie of andere psychische klacht.

Representativiteit en dekking doelgroepsegmenten

In het wervingsproces werd rekening gehouden met de representativiteit van de groep deelnemers en het dekken van de **doelgedragingen** (wel of niet uitgevoerd) en de **vooraf bepaalde doelgroepsegmenten** (zie hoofdstuk [4.2](#)).

Hiervoor werven we deelnemers zowel via diverse patiëntenverenigingen als via een panelbureau. Patiënten die aangesloten zijn bij patiëntenverenigingen vertonen de doelgedragingen waarschijnlijk vaker dan patiënten die via het panelbureau geworven zijn.

- Het dekken van segmentatie op leeftijd waarborgden we door de patiëntenverenigingen en het panelbureau vooraf te vragen een inschatting te maken van de leeftijden van hun (panel)leden. We stuurden hier tussentijds op bij, door de dekking per leeftijdscategorie in de gaten te houden en de ondervertegenwoordigde groep extra te werven via het panelbureau.
- Het dekken van de segmentatie op type aandoening (lichamelijk of psychisch) waarborgden we door samen te werken met patiëntenverenigingen voor patiënten met fysieke aandoeningen (bijvoorbeeld Diabetesvereniging Nederland) en patiëntenverenigingen voor patiënten met psychische aandoeningen (bijvoorbeeld MIND). Ook hierop stuurden we tussentijds bij, door de dekking per aandoening in de gaten te houden en de ondervertegenwoordigde groep extra te werven via het panelbureau.

5.4 WERVING DEELNEMERS

Kanttkening

Deelnemers werven via zowel patiëntenverenigingen als een panelbureau heeft ook een nadeel: het kan een vertekend beeld geven van de patiëntenpopulatie die gerepresenteerd wordt. Zo zijn leden van patiëntenverenigingen waarschijnlijk meer betrokken bij het onderwerp (leefstijl) en daardoor mogelijk niet representatief voor alle patiënten in Nederland. Dit zijn afwegingen die we vooraf met de Patiëntenfederatie hebben besproken.



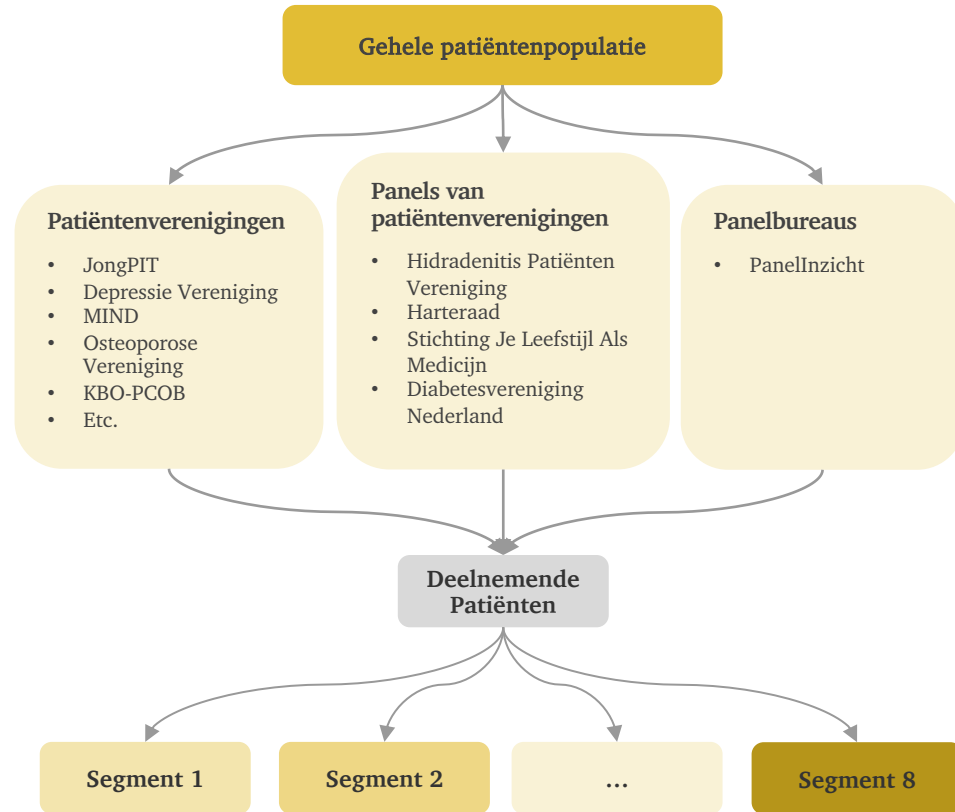
5.4 WERVING DEELNEMERS

Voor het werven van voldoende en de juiste deelnemers maakten we gebruik van de achterban en panels van patiëntenverenigingen die onderdeel zijn van de Coalitie Leefstijl in de Zorg. Daarnaast hebben we panelbureau PanelInzicht ingezet.

De patiëntenverenigingen gebruikten diverse kanalen om patiënten te bereiken: nieuwsbrieven, websites, sociale media en online patiëntengroepen. Hierop plaatsten zij een wervingstekst met een link of QR-code naar de vragenlijst. Als de deelnemers op de link van de vragenlijst klikten of de QR-code scanden, kwamen ze op het online vragenlijstplatform Survey Monkey. Daar konden ze de vragenlijst invullen.

Representativiteit deelnemers

Voor elk segment zijn er genoeg deelnemers, behalve voor patiënten tussen de 16 en 24 jaar met psychische klachten. Hierdoor hebben we mogelijke verschillen in gedragbepalers voor dit segment niet goed kunnen bepalen. Daarnaast zien we dat veel ouderen met lichamelijke klachten de vragenlijst hebben ingevuld.



5.5 OPBOUW VRAGENLIJST

De opbouw van de vragen is grofweg te verdelen in 7 onderdelen (zie [bijlage 2](#) voor de volledige vragenlijst).

1. Introductie

- Uitleg over het onderzoek, anonimiteit deelname en de voorwaarden om deel te nemen
- Toelichting van de termen leefstijl en zorgverlener

2. Ziektebeeld

- Vragen over type klachten, tijdsduur, functionerende beperkingen

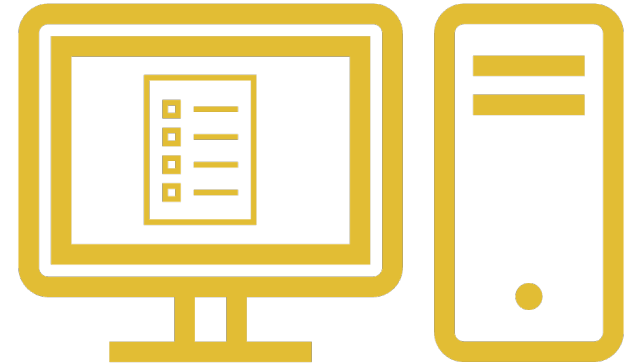
3. Informatie zoeken (zie [3.4](#))

4. Gesprek beginnen met zorgverlener (zie [3.5](#))

5. Algemene gedragsbepalers (zie [3.2](#))

6. Behoeften (zie [4.5](#))

7. Demografische kenmerken



HOOFDSTUK 6

RESULTATEN

FASE 2: DOELGROEP BEVRAGEN



6.1 INTRODUCTIE RESULTATEN

De vragenlijst is (volledig) ingevuld door 4484 patiënten. We vroegen de volgende demografische gegevens uit:

- Leeftijd
- Type gezondheidsklacht (lichamelijk vs. psychisch)
 - 86,7% lichamelijke klacht
 - 13,3% psychische klacht
- Geslacht
- Opleidingsniveau

Zie [bijlage 3](#) voor een overzicht van de demografische gegevens.

In dit hoofdstuk geven we de belangrijkste resultaten van het vragenlijstonderzoek weer. De resultaten zijn ingedeeld in resultaten voor de hele groep patiënten en doelgroep specifieke resultaten.

Resultaten voor alle patiënten:

- Gedragsbepalers voor informatie zoeken
- Gedragsbepalers voor het gesprek beginnen
- Leefstijlonderwerpen
- Triggers om wel of niet informatie te zoeken of het gesprek te beginnen
- Behoeftte aan informatie, advies of (gespreks)ondersteuning

Resultaten doelgroep specifiek

We lichten uit welke resultaten per doelgroepsegment relevant zijn. Zijn er voor de specifieke doelgroepsegmenten (andere) gedragsbepalers, triggers, leefstijlonderwerpen of behoeften belangrijk of belangrijker?

In [bijlage 5 t/m 21](#) kan worden teruggevonden wat precies het verband is tussen de afwijkende gedragsbepalers, triggers, leefstijlonderwerpen, betrouwbare bronnen, en overige behoeften, en de doelgroepsegmenten waarop ze verschillen.

6.2 DOELGEDRAGINGEN

Informatie zoeken

88,9% van de patiënten geeft aan wel eens zelf naar informatie gezocht te hebben over hoe leefstijl kan helpen bij hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht.

Gesprek beginnen

79,3% van de patiënten geeft aan wel eens met een zorgverlener gepraat te hebben over hoe leefstijl kan helpen bij hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht.
60,6% van alle patiënten begon hierover zelf het gesprek.

Een gesprek met wie?

We vroegen patiënten met wie zij over leefstijl gepraat hebben. Patiënten met **lichamelijke klachten** praatten het meest over leefstijl met:

1. Arts of specialist in het ziekenhuis
2. Huisarts
3. Fysiotherapeut of ergotherapeut
4. Diëtist of voedingsdeskundige

Patiënten met **psychische klachten** praatten het meest over leefstijl met:

1. Huisarts
2. Psycholoog
3. Praktijkondersteuner
4. Psychiater / arts of specialist in het ziekenhuis

Zie [bijlage 10](#) voor een overzicht van met wie gesprekken gevoerd worden per segment.

81,8% van de patiënten gaf aan momenteel onder behandeling te zijn bij een zorgverlener voor hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht.

6.3 RESULTATEN

Gedragsbepalers

De gedragsbepalers staan in volgorde van de mate van invloed. Van de gedragsbepalers voor het zoeken van informatie over leefstijl is het hebben van lichamelijke klachten dus de belangrijkste voorspeller en de mate van betrouwbaarheid de minst belangrijke voorspeller, maar de laatste is nog steeds een voorspeller voor het doelgedrag (informatie zoeken).

De gedragsbepalers en triggers die van invloed zijn op beiden doelgedragingen zijn dikgedrukt.

De effectgrootte en het significantie niveau van de gedragsbepalers voor informatie zoeken staan in bijlage 4. Voor het gesprek beginnen staan de effectgrootte en het significantie niveau van de gedragsbepalers in bijlage 11.

ALGEMENE GEDRAGSBEPALERS

De kans dat patiënten naar **informatie over leefstijl zoeken**, is **groter** als:

1. Zij **lichamelijke klachten** hebben.
2. Zij tussen de 25 en 64 jaar oud zijn, dan als zij 65+ of jonger dan 25 jaar zijn.
3. Zij **door hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht meer aanpassingen in hun leefstijl** hebben gedaan.
4. Zij **leefstijlaanpassingen belangrijker vinden door hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht**.
5. Zij meer mentale belasting (spanning/piekeren) ervaren.
6. **Mensen in hun omgeving meer belang hechten aan informatie zoeken.**
7. Zij zich **minder verantwoordelijk voelen voor hun gezondheid.**
8. Zij in grotere mate ervaren of verwachten dat de informatie die ze vinden betrouwbaar is.

De kans dat patiënten **het gesprek over leefstijl beginnen** met een zorgverlener, is **groter** als:

1. Iemand ze kan helpen bij het gesprek beginnen.
2. Zij **lichamelijke klachten** hebben.
3. Zij **door hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht meer aanpassingen in hun leefstijl** hebben gedaan.
4. Zij **leefstijlaanpassingen belangrijker vinden door hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht**.
5. Zij zich **minder verantwoordelijk voelen voor hun gezondheid.**
6. Zij **meer geloven dat anderen in hun omgeving het belangrijk vinden om dit gesprek aan te gaan.**
7. Zij minder angst ervaren om dom over te komen.
8. Zij meer vermoeidheid ervaren.
9. Zij ervaren dat er voldoende tijd is om hierover te praten tijdens een gesprek met de zorgverlener.
10. Zij vaker iemand meenemen naar het gesprek.

ALGEMENE TRIGGERS & BEHOEFTE

Triggers – informatie zoeken

1. Ik wilde mij fitter voelen
2. Ik kreeg (meer) last van mijn ziekte, aandoening, gezondheidsklacht(en)
3. Ik moest (nieuwe) medicijnen gaan gebruiken

Triggers – niet informatie zoeken

1. Ik vertrouw op de informatie die ik van mijn zorgverlener krijg
2. Ik heb al een gezonde leefstijl
3. Ik vertrouw op de beslissing van mijn zorgverlener

Triggers – gesprek beginnen

1. Ik wilde me fitter voelen
2. Ik kreeg (meer) last van mijn ziekte, aandoening, gezondheidsklacht(en)
3. Ik moest (nieuwe) medicijnen gaan gebruiken

Triggers – niet gesprek beginnen

1. Ik vertrouw op de informatie die ik van mijn zorgverlener krijg
2. Ik heb al een gezonde leefstijl
3. Mijn zorgverlener begon er al over

Behoeften

Wat vind jij belangrijk om te weten over een leefstijl onderwerp?

1. Welke leefstijl veranderingen invloed hebben op mijn ziekte, aandoening of gezondheidsklacht(en)
2. Hoe ik veranderingen in mijn leefstijl kan volhouden
3. De voordelen van leefstijl

Waar vind je de meest betrouwbare informatie over leefstijl?

1. Zorgverleners of zorgorganisaties
2. Patiëntenorganisaties
3. Lotgenoten

Hoe wil je deze informatie het liefst vinden of ontvangen?

1. Websites (video's of teksten)
2. Mondeling via de zorgverlener
3. Via online zoekmachines

De meest gezochte leefstijlonderwerpen zijn:

- Leefstijl in het algemeen
- Bewegen
- Voeding
- Medicijnen
- Slapen

16 T/M 24 JAAR MET LICHAAMELIJKE KLACHTEN

Gedragbepalers *informatie zoeken*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **informatie zoeken** voor deze specifieke doelgroep.

Gedragbepalers *gesprek beginnen*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **gesprek beginnen** voor deze specifieke doelgroep.

Triggers – informatie zoeken

Bij patiënten tussen de 16-24 jaar met **lichamelijke klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om informatie te zoeken:

- Ik ging studeren
- Iemand anders moedigde me aan hier informatie over te zoeken

Triggers – niet informatie zoeken

Bij patiënten tussen de 16-24 jaar met **lichamelijke klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om niet naar informatie te zoeken:

- Ik weet niet waar te beginnen

Triggers – gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de 16-24 jaar met **lichamelijke klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om het gesprek te beginnen:

- Ik ging studeren

Triggers – niet gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de 16-24 jaar met **lichamelijke klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven om niet het gesprek te beginnen:

- Ik denk dat mijn zorgverlener dat vervelend vindt
- Ik weet niet hoe hierover te beginnen
- Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin

Behoeften

Aanvullend op de algemene behoeften, blijkt dat patiënten tussen de 16-24 met **lichamelijke klachten** ook **betrouwbare informatie verwachten te vinden bij**:

- Familie/vrienden/kennissen

16 T/M 24 JAAR MET PSYCHISCHE KLACHTEN

Gedragbepalers *informatie zoeken*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **informatie zoeken** voor deze specifieke doelgroep.

Gedragbepalers *gesprek beginnen*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **gesprek beginnen** voor deze specifieke doelgroep.

Triggers – informatie zoeken

Bij patiënten tussen de 16-24 jaar met **psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om informatie te zoeken:

- Ik ging studeren
- Iemand anders moedigde me aan hier informatie over te zoeken
- De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl (psych)

Triggers – niet informatie zoeken

Bij patiënten tussen de 16-24 jaar met **psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om niet naar informatie te zoeken:

- Ik weet niet waar te beginnen

Triggers – gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de 16-24 jaar met **psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om het gesprek te beginnen:

- Ik ging studeren
- De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl

Triggers – niet gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de 16-24 jaar met **psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven om niet het gesprek te beginnen:

- Ik denk dat mijn zorgverlener dat vervelend vindt
- Ik weet niet hoe hierover te beginnen
- Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin

Behoeften

Aanvullend op de algemene behoeften, blijkt dat patiënten tussen de 16-24 jaar met **psychische klachten** ook *betrouwbare informatie verwachten te vinden bij*:

- Familie/vrienden/kennissen

En dat zij de volgende *leefstijlonderwerpen* zochten:

- Ontspanning
- In contact zijn met andere mensen
- In contact zijn met mezelf

25 T/M 44 JAAR MET LICHAMELIJKE KLACHTEN

Gedragbepalers informatie zoeken

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **informatie zoeken** voor deze specifieke doelgroep.

Gedragbepalers gesprek beginnen

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **gesprek beginnen** voor deze specifieke doelgroep.

Triggers – informatie zoeken

Bij patiënten tussen de 25-44 jaar met lichamelijke klachten is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om informatie te zoeken:

- Ik kreeg een nieuwe diagnose
- Iemand anders moedigde me aan hier informatie over te zoeken

Triggers – niet informatie zoeken

Bij patiënten tussen de 25-44 jaar met lichamelijke klachten is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om niet naar informatie te zoeken:

- Ik weet niet waar te beginnen

Behoeften

Aanvullend op de algemene behoeften, blijkt dat patiënten tussen de 25-44 jaar met lichamelijke klachten ook betrouwbare informatie verwachten te vinden bij:

- Familie/vrienden/kennissen

En dat zij de volgende leefstijlonderwerpen zochten:

- Ontspanning
- In contact zijn met andere mensen
- In contact zijn met mezelf

Triggers – gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de 25-44 jaar met lichamelijke klachten is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om het gesprek te beginnen:

- Ik kreeg een nieuwe diagnose

Triggers – niet gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de 25-44 jaar met lichamelijke klachten is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven om niet het gesprek te beginnen:

- Ik denk dat mijn zorgverlener dat vervelend vindt
- Ik weet niet hoe hierover te beginnen
- Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin

25 T/M 44 JAAR MET PSYCHISCHE KLACHTEN

Gedragbepalers *informatie zoeken*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **informatie zoeken** voor deze specifieke doelgroep.

Gedragbepalers *gesprek beginnen*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **gesprek beginnen** voor deze specifieke doelgroep.

Triggers – informatie zoeken

Bij patiënten tussen de **25-44 jaar met psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om informatie te zoeken:

- Ik kreeg een nieuwe diagnose
- De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl
- Iemand anders moedigde me aan hier informatie over te zoeken

Triggers – niet informatie zoeken

Bij patiënten tussen de **25-44 jaar met psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om niet naar informatie te zoeken:

- Ik weet niet waar te beginnen

Triggers – gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de **25-44 jaar met psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om het gesprek te beginnen:

- Ik kreeg een nieuwe diagnose
- De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl

Triggers – niet gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de **25-44 jaar met psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven om niet het gesprek te beginnen:

- Ik denk dat mijn zorgverlener dat vervelend vindt
- Ik weet niet hoe hierover te beginnen
- Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin

Behoeften

Aanvullend op de algemene behoeften, blijkt dat patiënten tussen de **25-44 jaar met psychische klachten** ook *betrouwbare informatie verwachten te vinden bij*:

- Familie/vrienden/kennissen

En dat zij de volgende *leefstijlonderwerpen* zochten:

- Ontspanning
- In contact zijn met andere mensen
- In contact zijn met mezelf

45 T/M 64 JAAR MET LICHAMELIJKE KLACHTEN

Gedragbepalers *informatie zoeken*

De kans dat patiënten tussen **45-64 jaar met lichamelijke klachten** informatie zoeken over leefstijl, is **groter** als:

- Zij **meer last** hebben van hun klachten bij het doen van **lichamelijke activiteiten** zoals trap lopen, wandelen, huishoudelijke taken of sporten.

Gedragbepalers *gesprek beginnen*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **gesprek beginnen** voor deze specifieke doelgroep.

Triggers – informatie zoeken

Bij patiënten tussen de **45-64 jaar met lichamelijke klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om informatie te zoeken:

- Ik kreeg een nieuwe diagnose

Triggers – niet informatie zoeken

Bij patiënten tussen de **45-64 jaar met lichamelijke klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om niet naar informatie te zoeken:

- Ik weet niet waar te beginnen

Triggers – gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de **45-64 jaar met lichamelijke klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om het gesprek te beginnen:

- Ik kreeg een nieuwe diagnose

Triggers – niet gesprek beginnen

Er is geen aanvulling op de algemene triggers om niet het gesprek te beginnen voor deze specifieke doelgroep.

Behoeften

Er is geen aanvulling op de algemene **behoeften** voor deze specifieke doelgroep.

45 T/M 64 JAAR MET PSYCHISCHE KLACHTEN

Gedragbepalers *informatie zoeken*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **informatie zoeken** voor deze specifieke doelgroep.

Gedragbepalers *gesprek beginnen*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **gesprek beginnen** voor deze specifieke doelgroep.

Triggers – informatie zoeken

Bij patiënten tussen de 45-64 jaar met psychische klachten is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om informatie te zoeken:

- Ik kreeg een nieuwe diagnose
- De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl

Triggers – niet informatie zoeken

Bij patiënten tussen de 45-64 jaar met psychische klachten is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om niet naar informatie te zoeken:

- Ik weet niet waar te beginnen

Behoeften

Aanvullend op de algemene behoeften, blijkt dat patiënten tussen de 45-64 jaar met psychische klachten ook betrouwbare informatie verwachten te vinden bij:

- Familie/vrienden/kennissen

En dat zij de volgende leefstijlonderwerpen zochten:

- Ontspanning
- In contact zijn met andere mensen
- In contact zijn met mezelf

Triggers – gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de 45-64 jaar met psychische klachten is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om het gesprek te beginnen:

- Ik kreeg een nieuwe diagnose
- De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl

Triggers – niet gesprek beginnen

Bij patiënten tussen de 45-64 jaar met psychische klachten is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven om niet het gesprek te beginnen:

- Ik weet niet hoe hierover te beginnen
- Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin

65+ JAAR MET LICHAMELIJKE KLACHTEN

Gedragbepalers *informatie zoeken*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **informatie zoeken** voor deze specifieke doelgroep.

Gedragbepalers *gesprek beginnen*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **gesprek beginnen** voor deze specifieke doelgroep.

Triggers – informatie zoeken

Bij patiënten van **65+ jaar met lichamelijke klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om informatie te zoeken:

- Ik kreeg bijwerkingen
- Ik werd geopereerd

Triggers – niet informatie zoeken

Er is geen aanvulling op de algemene triggers om **niet** naar informatie te zoeken voor deze specifieke doelgroep.

Triggers – gesprek beginnen

Bij patiënten van **65+ jaar met lichamelijke klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om het gesprek te beginnen:

- Ik kreeg bijwerkingen
- Ik werd geopereerd

Triggers – niet gesprek beginnen

Er is geen aanvulling op de algemene triggers om **niet** het gesprek te beginnen voor deze specifieke doelgroep.

Behoeften

Er is geen aanvulling op de algemene **behoeften** voor deze specifieke doelgroep.

65+ JAAR MET PSYCHISCHE KLACHTEN

Gedragbepalers *informatie zoeken*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **informatie zoeken** voor deze specifieke doelgroep.

Gedragbepalers *gesprek beginnen*

Er is geen aanvulling op de algemene gedragbepalers voor **gesprek beginnen** voor deze specifieke doelgroep.

Triggers – informatie zoeken

Bij patiënten van **65+ jaar met psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om informatie te zoeken:

- Ik kreeg bijwerkingen
- Ik werd geopereerd
- De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl

Triggers – niet informatie zoeken

Bij patiënten van **65+ jaar met psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om niet naar informatie te zoeken:

- Ik weet niet waar te beginnen

Triggers – gesprek beginnen

Bij patiënten van **65+ jaar met psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende reden geven om het gesprek te beginnen:

- Ik kreeg bijwerkingen
- Ik werd geopereerd
- De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl (psych)

Triggers – niet gesprek beginnen

Bij patiënten van **65+ jaar met psychische klachten** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven om niet het gesprek te beginnen:

- Ik weet niet hoe hierover te beginnen
- Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin

Behoeften

Aanvullend op de algemene behoeften, blijkt dat patiënten tussen de **65+ jaar met psychische klachten** ook *betrouwbare informatie verwachten te vinden bij*:

- Familie/vrienden/kennissen

En dat zij de volgende *leefstijlonderwerpen* zochten:

- Ontspanning
- In contact zijn met andere mensen
- In contact zijn met mezelf

HOOFDSTUK 7

ADVIES

FASE 3: INTERPRETATIE RESULTATEN & ADVIES



7.1 INLEIDING AANBEVELINGEN

Op basis van de resultaten van het onderzoek, stelden we aanbevelingen op en ontwikkelden we een gedragsstrategie. Hierin staan adviezen voor organisaties die aan de slag willen om patiënten te stimuleren om informatie over leefstijl te zoeken of hierover het gesprek te beginnen met hun zorgverlener.

De aanbevelingen zijn ingedeeld als volgt:

- Wanneer zijn de doelgedragingen kansrijk?
- Welke gedragsstrategieën zijn kansrijk?
 - Weten
 - Willen
 - Kunnen
 - Doen
- Wat is de rol van de zorgverlener?
- Waarover bied je informatie aan?
- Wat is er nodig voor kwetsbare doelgroepen?
- Wat zijn randvoorwaarden voor communicatie?
- Wat zijn vervolgstappen?

7.2 WANNEER ZIJN DOELGEDRAGINGEN KANSRIJK?

We onderscheiden in dit onderzoek twee doelgedragingen:

- Informatie zoeken over leefstijl
- Het gesprek beginnen met een zorgverlener over leefstijl

Informatie zoeken over leefstijl

Een groot deel van de patiënten (88,9%) gaf aan al eens naar informatie over leefstijl te hebben gezocht. Dit suggereert dat met patiënten stimuleren om informatie over dit onderwerp te zoeken, slechts een kleine winst te behalen valt.

Een mogelijke verklaring voor de bevinding dat een hoog percentage van de respondenten het doelgedrag al vertoont, is dat een groot deel van de respondenten aangesloten is bij een patiëntenorganisatie. Zij zijn mogelijk vaker dan gemiddeld bezig zijn met hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht. We werven echter ook een 'gemiddelde populatie' patiënten via een panelbureau.

Ook binnen deze populatie zien we dat veruit de meeste respondenten al eens naar informatie zochten.

Gezochte leefstijlonderwerpen

De onderwerpen die het vaakst gezocht worden, zijn leefstijl in het algemeen, bewegen, voeding, medicijnen en slapen. Er wordt minder gezocht op alcohol, drugs en roken. Indien deze onderwerpen wel van belang zijn voor de type aandoening/klachten van patiënten, liggen daar kansen om deze patiënten te stimuleren naar deze onderwerpen op zoek te gaan.

7.2 WANNEER ZIJN DOELGEDRAGINGEN KANSRIJK?

Het gesprek beginnen over leefstijl

Een kleiner deel van de patiënten (60,6%) gaf aan al eens het gesprek over leefstijl met een zorgverlener begonnen te zijn. Er zijn dus minder patiënten die het gesprek beginnen dan patiënten die informatie zoeken. Op ‘het gesprek beginnen over leefstijl’ valt dus meer winst te behalen.

Voor een aantal doelgroepen is het tevens kansrijker om leefstijl te bespreken met de zorgverlener. Bijvoorbeeld voor:

- patiënten met beperkte digitale vaardigheden;
- patiënten die laaggeletterd zijn.

Voor deze patiënten is het lastig om online informatie te vinden of om (geschreven) informatie tot zich te nemen. In gesprek met een zorgverlener kunnen zij beter informatie over leefstijl verwerven.

Kwetsbare doelgroepen

Voor kwetsbare doelgroepen, zoals patiënten met een lage Sociaal Economische Positie (SEP), lage gezondheidsvaardigheden en patiënten met een migratie-achtergrond, zijn beide doelgedragingen minder kansrijk.

Uit de gesprekken met experts kwam naar voren dat de drempel voor zowel het zoeken naar informatie, als het gesprek beginnen groot is.

Deze doelgroepen zijn zeker in staat om het gesprek te voeren, maar om deze doelgroepen in beweging te krijgen lijkt het kansrijker om de zorgverlener het initiatief te laten nemen. De zorgverlener kan in dat geval het gesprek starten, waarna de patiënt het gesprek verder kan voeren. Aanvullend advies over deze doelgroep beschrijven we in *hoofdstuk 7.7*.

7.3 WELKE GEDRAGSSTRATEGIEËN ZIJN KANSRIJK?

Om patiënten te motiveren informatie te zoeken of het gesprek te beginnen met hun zorgverlener over leefstijl, zijn een aantal stappen nodig. We beschrijven deze in 4 fasen:

Weten – Willen – Kunnen - Doen

1. **Weten** patiënten dat zij informatie kunnen zoeken over leefstijl of het gesprek hierover kunnen beginnen met hun zorgverlener? En dat dit een eerste stap is naar het verminderen van klachten of omgaan met hun ziekte of aandoening?
2. **Willen** patiënten informatie zoeken of het gesprek met een zorgverlener beginnen over leefstijl?
3. **Kunnen** patiënten informatie zoeken of het gesprek met een zorgverlener beginnen over leefstijl?
4. **Doen** patiënten dit ook daadwerkelijk?

We omschrijven deze 4 stappen voor zowel het opzoeken van informatie over leefstijl, als het gesprek beginnen met een zorgverlener.

We beschrijven adviezen voor de gehele populatie patiënten. Waar relevant lichten we adviezen toe voor specifieke doelgroepen.

WETEN

WILLEN

KUNNEN

DOEN

7.3.1 WETEN

Voordat patiënten de stap zetten om informatie te zoeken of het gesprek met de zorgverlener te beginnen, is het belangrijk dat zij twee dingen *weten*:

1. **Dat leefstijlaanpassingen hen kunnen helpen om te gaan met hun ziekte of aandoening en/of hun ervaren klachten kunnen verminderen.** In hoeverre patiënten ervaren dat hun leefstijl aanpassen belangrijk is, is in het huidige onderzoek dan ook een belangrijke voorspeller van of ze hier informatie over zoeken of het gesprek over beginnen.
2. **Dat er informatie beschikbaar is over dit onderwerp met betrekking tot hun specifieke klacht, ziekte of aandoening.** Het is dan ook hoopgevend dat ‘Ik denk niet dat er informatie is’ en ‘Ik denk dat de zorgverlener mij geen (goede) informatie over leefstijl kan geven’ maar weinig gekozen werden als trigger om *niet* op zoek te gaan naar informatie of het gesprek te beginnen. Toch geven patiënten die wel op zoek gingen naar informatie aan dat er onderwerpen zijn waar zij niet genoeg informatie over konden vinden. Ook ‘Welke leefstijlveranderingen invloed hebben op hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht’ staat in deze top 3.

- **Gebruik de voorkeurskanalen van patiënten**

Patiënten vinden of ontvangen informatie het liefst via *websites* (video’s of teksten), *mondeling via de zorgverlener* of via *online zoekmachines*. Deze kanalen kunnen daarom het beste ingezet worden in communicatie of interventies om mensen te informeren over (dat er informatie beschikbaar is over) dat/welke leefstijlaanpassingen hen kunnen helpen.

Om te zorgen dat patiënten de stap nemen om informatie te zoeken of het gesprek te beginnen, is het van belang dat zij weten dat dit kan. Zorg er daarom voor dat:

- informatie over dat en welke leefstijlaanpassingen kunnen helpen bij hun specifieke klacht, ziekte of aandoening (online) beschikbaar en vindbaar is;
- zorgverleners over deze kennis beschikken of gericht kunnen doorverwijzen voor de juiste kennis;
- patiënten in eerste instantie actief op deze mogelijkheden gewezen worden, zodat zij weten dat ze informatie kunnen zoeken of een gesprek kunnen beginnen over dit onderwerp.

7.3.2 WILLEN

Patiënten moeten niet alleen *weten* dat er informatie is die zij kunnen zoeken of waar zij het gesprek over kunnen beginnen, maar zij moeten ze de informatie ook *willen* krijgen. Wanneer staan patiënten open voor deze informatie?

- **Maak gebruik van *teachable moments***

De meest genoemde triggers geven een indicatie voor wanneer patiënten open staan voor informatie over leefstijl. De volgende triggers werden het vaakst genoemd in dit onderzoek:

- Als ze zich fitter willen voelen
- Als patiënten meer last krijgen van hun klachten
- Als ze (nieuwe) medicijnen gaan gebruiken

Op deze gebeurtenissen kun je inspelen met communicatie-uitingen. Ook voor zorgverleners zijn dit kansrijke momenten om patiënten te wijzen op het bestaan van informatie over leefstijl en hen aan te zetten hiernaar op zoek te gaan.

Dit kan bijvoorbeeld door in uitingen niet algemeen te koppelen aan “Gezondere leefstijl?”, maar juist: “Steeds meer klachten? Vraag aan je zorgverlener wat jij kunt doen.”

Aanvullend

Life-events worden minder vaak genoemd als triggers om op zoek te gaan naar informatie of het gesprek te beginnen. Denk aan zwanger worden, met pensioen gaan of verhuizen. Dat wil niet zeggen dat dit geen belangrijke triggers zijn om als zorgverlener rekening mee te houden. Deze momenten komen echter wel minder vaak en bij minder mensen voor dan momenten waarop er iets verandert in iemands gezondheid.

7.3.2 WILLEN

Doelgroepspecificaties

‘Klachten verergeren’ en ‘fitter willen voelen’ zijn voor alle doelgroepen de belangrijkste triggers om informatie te zoeken of het gesprek te beginnen. Daarnaast worden de volgende triggers ook vaak gekozen door specifieke leeftijdsgroepen:

- Leeftijd 16-24: *‘Ik ging studeren’*
- Leeftijd 25-64: *‘Ik kreeg een nieuwe diagnose’*
- Leeftijd 65+: *‘Ik werd geopereerd’*
- Bij patiënten met lichamelijk klachten: *‘Ik werd geopereerd’* en *‘Ik kreeg een nieuwe diagnose’*
- Bij psychische klachten: *‘De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl’*

Ook dit zijn relevante gebeurtenissen om op in te spelen met communicatie; extra relevant voor deze specifieke leeftijdsgroepen.

Wat kun je met deze doelgroepspecificaties?

Wanneer je wilt communiceren naar een specifieke groep patiënten, is het relevant om te weten welke *triggers* herkenbaar en belangrijk zijn voor deze specifieke doelgroep.

Zo is het bij jongeren niet alleen relevant om ze aan te spreken op “Verergeren je klachten?” of “Wil je je fitter voelen?”. Het lijkt ook kansrijk om richting deze groep te communiceren rondom het moment dat zij (voor het eerst) gaan studeren. Ook in de inhoud van boodschappen kun je hierop inspelen.

Denk aan:

“Als je gaat studeren verandert er veel, misschien ook rondom jouw klachten. Informatie over studeren met [ziekte] vind je hier ...”, waarin je op de betreffende pagina informatie kunt geven rondom de betreffende ziekte en leefstijl.

Ook voor zorgverleners zijn dit kansrijke momenten om het gesprek te starten met patiënten.

7.3.2 WILLEN

Wat motiveert patiënten?

Naast de boodschap brengen op het moment dat patiënten hiervoor open staan, is het ook belangrijk patiënten te motiveren iets met de boodschap te gaan doen.

- **Verhoog het belang van leefstijlaanpassingen**

Het belang van leefstijlaanpassingen (en het belang van informatie zoeken of het gesprek aangaan) bestaat uit 2 componenten:

1. De **ervaren last** van de patiënt moet hoog genoeg zijn om hier iets aan te willen doen;
2. Patiënten moeten de **overtuiging** hebben dat zij door informatie zoeken, het gesprek aan te gaan of de leefstijl aan te passen, **zelf invloed hebben op de ervaren last**.

Er zijn verschillende manieren om het belang van leefstijlaanpassingen te verhogen:

- **Laat zien dat klachten er niet altijd bij horen**

Patiënten kunnen klachten, of de mate waarin ze deze ervaren, soms ten onrecht toeschrijven aan hun ziekte. Laten zien dat de ervaren last er niet 'bij hoort' kan zorgen dat patiënten zich realiseren dat ervaren klachten te veranderen zijn.

- **Verwijs naar tools die inzicht geven in de ernst van iemands klachten en of en in hoeverre die klachten 'erbij horen'**

Voorbeeld: De Ziektelastmeter voor Chronische aandoeningen. Hiermee krijgen de patiënten inzicht in hoeveel last zij ervaren van hun aandoening (Slok, Kotz, van Breukelen, et al. 2016).

- **Maak inzichtelijk welke klachten aan te pakken zijn door leefstijl**

Uit gesprekken met experts bleek dat het soms lastig is te schatten is wanneer je klachten hebt die zodanig zijn, dat ze kunnen worden verminderd met een vorm van behandeling, waaronder het aanpassen van de leefstijl. Het verhogen van de ervaren controle over de klachten of gezondheid is daarom belangrijk. 100

7.3.2 WILLEN

Op welke manier kan je het belang van leefstijlaanpassingen verhogen?

- **Maak gebruik van zelfovertuiging**

Onze natuurlijke neiging in communicatie is vaak om de ander te overtuigen van het belang van een gedraging, door argumenten aan te dragen. Hierin zit het risico dat deze argumenten niet aansluiten bij de waarden van degene die je wil bereiken.

Denk bijvoorbeeld aan: 'Je kunt beter stoppen met roken, want je kunt hier kanker van krijgen'. Dit argument zal voor sommige mensen goed aansluiten bij wat ze belangrijk vinden, maar het kan ook zijn dat je jouw doelgroep meer 'aan zet' op basis van andere argumenten. Misschien is het belangrijkste argument voor jouw doelgroep wel "ik krijg een slechte huid en gele tanden door roken" of "ik kan niet goed meer sporten door roken".

Zeker bij communicatie richting een brede doelgroep waarin verschillende patiënten allemaal iets anders belangrijk vinden, kun je daarom zelfovertuigingsvragen stellen: vragen die erop gericht zijn de doelgroep zichzelf te laten overtuigen.

Een manier om dit te doen is om bijvoorbeeld in beeld te brengen waarom andere mensen het gesprek met hun zorgverlener over leefstijl aangingen en te eindigen met de vraag "Waarom ga jij het gesprek met je zorgverlener aan?" Ook een vraag als "welke klachten wil jij verminderen? Meer informatie vind je op ..." werkt op deze manier. Op die manier voorkom je weerstand, en speel je dichter in op de intrinsieke motivatie van jouw doelgroep.

7.3.2 WILLEN

- **Zet rolmodellen in**

Ervaringen van *rolmodellen* kunnen ook helpen bij het veranderen van de perceptie van de ervaren last en de ervaren controle van patiënten. Mensen leren namelijk door wat we anderen zien doen.

Rolmodellen kunnen lotgenoten zijn, waarin de doelgroep zich kan herkennen. We luisteren liever naar mensen die dezelfde voor- en nadelen ervaren. Lotgenoten worden tevens beschouwd als een betrouwbare bron. Daarnaast zet je hiermee de juiste *sociale norm* neer.

Door de positieve ervaringen van lotgenoten te laten zien, geef je de doelgroep een gevoel van *zekerheid* over het belang van het aan de slag gaan met leefstijl. Dit vermindert mogelijke weerstand tegen de boodschap.

In communicatie kan dit bijvoorbeeld tot uiting komen als volgt:

- *Voorbeeld: “Ik dacht dat moe zijn er altijd bij hoorde. Sinds ik mij ben gaan verdiepen in hoe het aanpassen van mijn slaappatroon kan helpen, ben ik minder vaak moe” – Rita (64), COPD-patiënt*
- *Voorbeeld: “Ik vulde de Ziektelastmeter in en ik kwam erachter dat de pijn die ik had bij simpele huishoudelijke taken er niet bij hoorde. Ik ben op zoek gegaan naar informatie over hoe bewegen hierbij kan helpen. Sindsdien heb ik minder pijn” – Menno (48), Reuma-patiënt*
- **Zorg voor een duidelijke boodschap**

Ook duidelijke, toegankelijk informatie vanuit bijvoorbeeld patiëntenorganisaties en zorgverleners is hier relevant. Het is belangrijk dat er een consistente boodschap is vanuit de (medische) omgeving over welke klachten aan te pakken of te verminderen zijn door leefstijlaanpassingen.

7.3.2 WILLEN

Andere algemene pijlers zijn nog:

- **Maak inzichtelijk welke leefstijlaanpassingen passen bij specifieke klachten en aandoeningen**

Leefstijl is een groot begrip en het aanpassen hiervan betekent niet voor iedereen hetzelfde. Patiënten geven dan ook aan dat wat zij het belangrijkste vinden om te weten over een leefstijlonderwerp is ‘welke leefstijlveranderingen invloed hebben op hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht’. Om het urgentiegevoel voor leefstijlaanpassingen te verhogen, is het daarom belangrijk dat patiënten zich persoonlijk aangesproken voelen. Benoem daarom specifieke klachten (zoals vermoeidheid, piekeren of lusteloosheid) en aandoeningen (zoals reuma, diabetes of depressie) en verwijs op basis hiervan door naar informatie over leefstijl.

- **Maak makkelijk vindbaar welke leefstijlaanpassingen passen bij specifieke klachten en aandoeningen**

Het aanpassen van je leefstijl is een groot en abstract begrip. Dit kan een drempel vormen om een eerste stap te zetten en heeft daarmee invloed op de motivatie om die eerste stap te nemen. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten minder zoeken naar hoe ze kunnen *beginnen* met veranderen van hun leefstijl. Het is daarom belangrijk om deze drempel (dat het niet zo groot en abstract is) te adresseren in communicatie.

- **Communiceer duidelijke, concrete eerste stappen**

Duidelijke, concrete eerste stappen communiceren zorgt ervoor dat mensen het makkelijker vinden om met het gewenste gedrag te beginnen. Ze hoeven dan niet zelf nog de vertaling te maken naar wat ze kunnen doen of wat er van hen verwacht wordt. Geef daarom duidelijke handelingsperspectieven, zoals: “Vaker moe? Praat erover met je zorgverlener om te kijken wat je er zelf aan kunt doen.”

7.3.2 WILLEN – INFORMATIE ZOEKEN

Naast de voorgaande aanbevelingen, zijn er ook een aantal aanbevelingen die aanvullend belangrijk zijn wanneer je patiënten wilt stimuleren om (online) op zoek te gaan naar informatie over leefstijl.

- **Communiceer via betrouwbare en vertrouwde bronnen**

Een gedragsebepaler voor of mensen informatie zoeken, is in hoeverre patiënten ervaren of verwachten dat de informatie die ze vinden betrouwbaar is. Het is dan ook belangrijk om te communiceren vanuit bronnen die patiënten vertrouwen. Patiënten geven aan de meest betrouwbare informatie over leefstijl denken te vinden bij **zorgverleners of zorgorganisaties, patiëntenorganisaties, lotgenoten of kennisorganisaties over gezondheid** (in deze volgorde). Gebruik daarom deze bronnen om de juiste informatie te verspreiden. Patiëntenorganisaties en lotgenoten bieden ook een goede ingang om *ziektespecifieke informatie* aan te bieden, en zo de informatie persoonlijk relevant te maken per ziektebeeld of klachtenpalet.

- **Spreek patiënten aan op klachten van mentale belasting**

Een andere gedragsebepaler voor of mensen informatie zoeken, is in hoeverre patiënten mentale belasting ervaren. In communicatie kan het inzetten op klachten als piekeren, lusteloosheid en een gespannen gevoel dus een belangrijke *trigger* zijn om patiënten naar informatie over leefstijl toe te leiden.

We adviseren om dit op dezelfde manier te doen als voor eerdere triggers. Bijvoorbeeld: “Pieker je veel? Bespreek het met je zorgverlener” of door de inzet van rolmodellen die laten zien dat deze klachten te verminderen zijn door leefstijlaanpassingen.

7.3.2 WILLEN – INFORMATIE ZOEKEN

Doelgroepspecificaties

- ‘Zorgverleners of zorgorganisaties’ zijn voor alle groepen de meest betrouwbare bron voor informatie over leefstijl. Daarnaast worden **familie, vrienden en kennissen** ook vaak genoemd als meest betrouwbare bron door patiënten *tussen de 16-24 jaar* en door patiënten met *psychische klachten*.
- Voor patiënten tussen de 16-24 jaar is “*Iemand anders (bijvoorbeeld vriend of familielid) moedigde me aan hier informatie over te zoeken*” dan ook een belangrijke reden om informatie te gaan zoeken.

Wat kun je met deze doelgroepspecificaties?

- **Stimuleer patiënten om iemand mee te nemen naar consulten**

We adviseren om *niet* te sturen op informatie over leefstijl zoeken bij naasten. We weten immers niet wat voor kennis deze hebben over leefstijl en gezondheid.

Wel kunnen familie, vrienden en kennissen betrokken worden bij patiënten hun zoektocht naar informatie.

Stuur actief op het meenemen van een naaste naar consulten zodat ook de familie/vriend/kennis die meegaat tijdens het consult meteen de juiste informatie krijgt - en de patiënt aan die juiste informatie kan herinneren. Bovendien is ‘iemand meenemen naar het gesprek’ een gedragsbepaler voor het gesprek aangaan.

• Richt communicatie ook op naasten

Aangezien het aanmoedigen van patiënten in deze leeftijdsgroep een belangrijke voorspeller is, is het ook een mogelijkheid om communicatie te richten op naasten: wat kan je doen als partner/vriend/familielid van iemand die last heeft van klachten. Bijvoorbeeld “Vraag of iemand het fijn vindt als je meegaat naar een afspraak”.

We adviseren communicatie op naasten altijd als een secundaire communicatierichting, naast het motiveren van de patiënt zelf, om zo de eigen regie van de patiënt niet te ondermijnen.

7.3.2 WILLEN – GESPREK BEGINNEN

Angst om dom over te komen

Een gedragsebepaler om het gesprek te beginnen over leefstijl met een zorgverlener is (het gebrek aan) angst om dom over te komen.

- **Erken de angst om dom over te komen**

Een manier om met deze angst om te gaan is *de weerstand erkennen*. Door te erkennen dat het lastig kan zijn om hierover te beginnen en aan te geven dat dit spannend kan zijn, voelen mensen zich eerder begrepen en zal een deel van de weerstand al afnemen.

Deze boodschap communiceren kan vanuit rolmodellen zoals lotgenoten en vanuit de zorgverlener

- **Zet rolmodellen in**

Rolmodellen die op ons lijken kunnen *self-efficacy* boosten: als zij het kunnen, kunnen patiënten die op hen lijken het waarschijnlijk ook. Bovendien worden lotgenoten als belangrijke bron gezien.

Weerstand erkennen en de ervaring delen vanuit een rolmodel dat ook niet alles weet, zal tevens bijdragen aan een positieve *normverandering*. Het laat zien dat het normaal is om een gesprek met je zorgverlener te beginnen over leefstijl, ook al weet je hier nog weinig vanaf. Het is helemaal niet gek als je je zorgverlener naar meer informatie vraagt of deelt wat je zelf hebt gevonden.

- **Herdefinieer de relatie met de zorgverlener**

Een andere manier om die angst te verminderen is het *herdefiniëren van de relatie* tussen patiënt en zorgverlener. Zorgverleners kunnen worden ingezet om aan te geven dat vragen juist heel waardevol voor hen zijn om de behandeling goed op de patiënt af te kunnen stemmen. Het is hierbij belangrijk dat de zorgverlener dit op een positieve manier framed.

Het is belangrijk dat patiënten voelen dat zij samen met de zorgverlener naar het gewenste gedrag toe werken. Dat de zorgverlener er is voor al hun vragen; als je het niet weet, zijn zorgverleners er om je te helpen.

Benoem dit bijvoorbeeld als volgt in communicatie-uitingen: *‘Alleen maar fijn als een patiënt veel vragen stelt. Daardoor weet ik beter hoe ik kan helpen.’* – Arts¹⁰⁶

7.3.2 WILLEN – GESPREK BEGINNEN

- **Zorg voor voldoende (ervaren) tijd en ruimte**

Of patiënten ervaren dat er voldoende tijd is om met hun zorgverlener te praten over leefstijl, is een belangrijke gedragsbepaler. Zorg er dus voor dat patiënten het gevoel hebben dat er tijd en ruimte is om dit gesprek te beginnen.

Hierbij is de *consultatiestijl* van de zorgverlener belangrijk. De zorgverlener bepaalt doorgaans of er ruimte is voor vragen, opmerkingen en of patiënten zich aangemoedigd voelen om zelf onderwerpen in te brengen. Een andere manier om daadwerkelijk meer tijd te hebben om het over leefstijl te hebben, is erop te sturen dat patiënten een *dubbel consult* inplannen als zij over leefstijl willen praten.

Ook communicatie vanuit de zorg waarin duidelijk naar voren komt dat zorginstellingen en –verleners dit belangrijk vinden, kan helpen.

Doelgroepspecificaties

Jongere patiënten (**16-44 jaar**) met *psychische klachten* geven aan dat ze het gesprek met de zorgverlener niet beginnen omdat ze niet weten hoe hierover te beginnen.

Wat kun je met deze doelgroepspecificaties?

Voor deze doelgroep is het extra belangrijk om te zorgen dat zij *weet* hoe ze het gesprek kan beginnen, maar ook dat ze het *vertrouwen in eigen kunnen* heeft (*self-efficacy*).

Veel psychische aandoeningen gaan gepaard met verminderd zelfvertrouwen. Het is extra belangrijk voor deze groep patiënten om het gevoel te krijgen dat ze het gevraagde gedrag ook daadwerkelijk *kunnen* uitvoeren. We beschrijven deze twee aspecten in het volgende hoofdstuk.

7.3.2 WILLEN – GESPREK BEGINNEN

- **Spreek patiënten aan op vermoeidheidsklachten**

Patiënten die aangeven vaker last te hebben van vermoeidheid, hebben een grotere kans om een gesprek te beginnen over leefstijl met hun zorgverlener. Spreek patiënten in communicatie aan op deze klachten, zodat zij zich hier eerder in herkennen en sneller persoonlijke urgentie ervaren.

Voorbeeld: “Ik voelde me steeds vaker vermoeid. Ik dacht dat dit erbij hoorde. Tot ik me verdiepte in ...”

7.3.3 KUNNEN

Naast dat patiënten *willen*, is het van belang dat patiënten het gevraagde, gewenste gedrag ook *kunnen* uitvoeren.

Hiervoor zijn voor zowel informatie zoeken, als voor het gesprek beginnen, twee factoren belangrijk:

1. **Vaardigheden.** Dit zijn objectieve vaardigheden die patiënten wel of niet hebben. Kunnen patiënten bijvoorbeeld lezen of weten patiënten hoe een computer werkt?
2. **Self-efficacy.** Dit is het vertrouwen dat patiënten hebben in zichzelf. Denken ze zelf dat ze ook daadwerkelijk in staat zijn om informatie te zoeken of om het gesprek hierover te beginnen met een zorgverlener?

- **Ondersteun patiënten met benodigde vaardigheden**

Patiënten hebben leesvaardigheden en digitale vaardigheden nodig als ze schriftelijke online informatie tot zich moeten nemen.

Het is daarom voor patiënten met beperkte digitale vaardigheden en laaggeletterden kansrijker om leefstijl te bespreken met hun zorgverlener dan hier zelf informatie over te zoeken.

- **Bied informatie zo laagdrempelig en vindbaar mogelijk aan**

Daarnaast is het voor alle groepen relevant om informatie zo laagdrempelig en toegankelijk mogelijk te maken. Bij *Hoofdstuk 7.6* beschrijven we hoe je informatie zo laagdrempelig en toegankelijk mogelijk aanbiedt.

- **Zorg voor relevante en specifieke informatie, op één centrale plek**

We willen patiënten informatie bieden die voor hen, de ziekte of klacht relevant is. Tegelijkertijd willen we voorkomen dat patiënten tientallen verschillende websites af moeten om de juiste informatie te vinden, of voor elke subklacht een andere website moeten raadplegen.

We adviseren daarom één centrale website, die patiënten leidt naar informatie en websites over de relevante ziekte of klachten. Bijvoorbeeld “Informatie over leefstijl bij longklachten”, of “Informatie over leefstijl bij reuma”.

7.3.3 KUNNEN – INFORMATIE ZOEKEN

- **Self-efficacy verhogen**

Uit eerder literatuuronderzoek kwam naar voren dat het vertrouwen dat patiënten hebben in zichzelf een belangrijke gedragsbepaler is voor informatie zoeken.

Wat kun je doen om *self-efficacy* te verhogen?

- **Zet rolmodellen in**

Rolmodellen inzetten die hun ervaring met informatie zoeken delen, verhoogt het vertrouwen in eigen kunnen. Hierbij is het wel belangrijk dat deze rolmodellen op de patiënt lijken, zodat zij zien dat het ook mensen lukt die op hen lijken. Ook hier adviseren we de inzet van lotgenoten of ervaringsdeskundigen.

- **Maak het zoeken naar informatie zo makkelijk mogelijk**

Communiceer *duidelijke stappen* en maak *concreet*, waar patiënten wat voor informatie kunnen vinden.

- **Laat patiënten oefenen**

Zorg dat patiënten oefenen met het zoeken van informatie over leefstijl of het beginnen van het gesprek hierover. Bijvoorbeeld met het stellen van vragen of het aangeven van behoeften.

7.3.3 KUNNEN – GESPREK BEGINNEN

Het gesprek beginnen met een zorgverlener

Patiënten hebben **gespreksvaardigheden** nodig voor het starten van dit gesprek.

Daarnaast is het **herkennen** en **onder woorden brengen** van specifieke klachten een voorwaarde om over leefstijlaanpassingen die hier iets aan kunnen doen te kunnen praten met een zorgverlener. Met name bij ‘ongrijpbare’ klachten zoals vermoeidheid, energieniveau en stemming, is dit lastig. Experts geven aan dat patiënten soms niet goed weten of en hoe dit soort klachten een rol spelen en hoe ze dit moeten benoemen.

- **Ondersteun patiënten bij het monitoren van klachten**

Zet bijvoorbeeld in op het ontwikkelen van nieuwe of optimaliseren van bestaande tools, waarin patiënten klachten kunnen monitoren. Zo kunnen patiënten zelf meer grip ervaren op ‘vage’ klachten en kunnen ze het feit dat ze meer last ervaren (een belangrijke trigger om gesprek over leefstijl te beginnen) beter verwoorden in gesprek met de zorgverlener

- **Ondersteun patiënten bij het voorbereiden en het voeren van het gesprek.**

Zet bijvoorbeeld in op het ontwikkelen van nieuwe of optimaliseren van bestaande tools, waarmee patiënten het gesprek met de zorgverlener kunnen voorbereiden. Denk hierbij aan apps met voorbeeldvragen over leefstijl per ziektebeeld, of andere tips die het gesprek voeren kunnen faciliteren.

7.3.3 KUNNEN

- **Stimuleer patiënten om hulp te vragen**

Hulp bij het voeren van het gesprek kwam uit het onderzoek naar voren als de belangrijkste gedragsbepaler om het gesprek met de zorgverlener te beginnen.

Stimuleer patiënten om hulp te vragen bij de voorbereiding van een gesprek met hun zorgverlener, of om iemand uit hun omgeving mee te vragen naar het gesprek om hulp te bieden tijdens het gesprek.

Bijvoorbeeld:

- Bied patiënten een duidelijk handelingsperspectief, zoals “Oefen het gesprek met iemand in je omgeving”.
- Mogelijk ervaren patiënten echter een drempel om dit gesprek te oefenen. Zij schamen zich bijvoorbeeld of willen hun omgeving niet ‘tot last’ zijn. Maak gebruik van *social modeling* in je communicatie en laat zien dat de omgeving graag helpt en de patiënt de omgeving niet tot last is.

- **Breng patiënten in contact met “buddy’s”**

Daarnaast kun je patiënten ook in contact brengen met vrijwilligers/ervaringsdeskundigen met wie ze bijvoorbeeld het gesprek kunnen oefenen.

- **Zorg dat de zorgverlener openstaat voor het gesprek over leefstijl en dit positief bekrachtigt**

De rol van de zorgverlener is cruciaal als je patiënten wilt motiveren het gesprek aan te gaan. Uit het onderzoek blijkt dat hoe makkelijk patiënten een thema durven aan te kaarten, afhankelijk is van de consultatiestijl van de zorgverlener. Het is belangrijk dat patiënten zich gehoord voelen door de zorgverlener

- **Geef positieve feedback bij inbreng van de patiënt**

Een positieve reactie wanneer patiënten zelf thema’s opbrengen in een consult zorgt ervoor dat patiënten dit gesprek in het vervolg ook vaker durven aangaan. Vanzelfsprekend zal een afwijzende houding van de zorgverlener ervoor zorgen dat de patiënt zelf minder vaak thema’s durft aan te kaarten.

7.3.3 KUNNEN

Doelgroepspecificatie

Met name **jongere patiënten (16-44 jaar)** en patiënten met **psychische klachten** geven als belangrijke weerstanden om het gesprek te beginnen: 'Ik weet niet hoe hierover te beginnen'

Voor deze groepen is het extra belangrijk om in te zetten op het verhogen van *self-efficacy* en het vertrouwen te geven dat zij de zorgverlener niet tot last zijn.

De zorgverlener kan daar een belangrijke rol spelen. Zo vinden we ook dat patiënten met **psychische klachten** vaak aangeven dat 'de zorgverlener verwees naar informatie over leefstijl' een belangrijke trigger voor hen was om informatie te zoeken of het gesprek te beginnen.

7.3.4 DOEN

Patiënten die wel *weten*, *willen* en *kunnen*, voeren het gewenste gedrag nog steeds niet altijd uit. In de psychologie noemen we dit ook wel de **intentie-gedragskloof**. Verandering kost immers altijd moeite. Dit zorgt voor *inertia*: niet in beweging komen, terwijl je wel zou willen.

Informatie zoeken

Wat helpt om de intentie-gedragskloof te dichten, is het doelgedrag *makkelijk* te maken en een *duidelijk handelingsperspectief* te bieden. Dat kan als volgt:

- **Zorg dat informatie zo eenvoudig mogelijk te vinden is, en dit zo min mogelijk stappen vraagt**

Direct een link waarop je kan klikken om naar de informatie te gaan bijvoorbeeld. Of fysieke informatie die je direct aan de patiënt kunt meegeven.

- **Zorg ook voor duidelijk vindbare informatie per ziektebeeld**

Ieder mens is anders, dus advies op maat is nodig. Het is al heel helpend als er informatie wordt aangeboden die per ziektebeeld relevant is. Zo gelden er mogelijk andere beweegrichtlijnen voor patiënten met reuma en zijn er aanvullende voedingsadviezen voor patiënten met diabetes, in aanvulling op de reguliere Schijf van Vijf.

7.3.4 DOEN

Gesprek beginnen

In het moment zelf kan het voor patiënten lastig zijn om het gesprek over leefstijl te beginnen.

Om patiënten hiermee te helpen, zijn er een aantal dingen die kunnen helpen:

- **Zorg voor herinneringen**

Uit eerder onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van een *prompt* (een herinnering aan het doelgedrag) in de spreekkamer zorgt dat patiënten online gevonden informatie eerder bespreken met hun zorgverlener. Naar de zorgverlener gaan kan soms stress met zich meebrengen en zeker als het hoofddoel van het gesprek *niet* het praten over leefstijl is, kan het goed zijn dat de patiënt hier in het moment niet aan denkt. *Herinneringen* in de wacht- of spreekkamer kunnen patiënten helpen om over leefstijl te beginnen.

- **Laat patiënten zich committeren**

Daarnaast kan *commitment* om het gesprek aan te gaan helpen. Bijvoorbeeld door eerdergenoemde adviezen:

- Het voorbereiden van het gesprek (met iemand anders)
- Of door bij het inplannen van de afspraak al aan te geven dat je het over leefstijl wil hebben.

- **Geef (ervaren) ruimte en tijd**

Zoals eerder aangegeven speelt ook de houding van de zorgverlener en ervaren tijd en ruimte een cruciale rol in de ruimte die patiënten voelen om het gesprek te beginnen. Zie hiervoor ook de volgende pagina.

7.4 WAT IS DE ROL VAN DE ZORGVERLENER

Uit het onderzoek blijkt dat de rol van de zorgverlener cruciaal is in het zoeken naar informatie over leefstijl of het gesprek aangaan over leefstijl. 'Ik vertrouw op de informatie die ik van mijn zorgverlener krijg' is een belangrijke reden dat patiënten *niet* zelf op zoek gaan naar informatie of het gesprek beginnen. In een deel van de gevallen begint de zorgverlener inderdaad zelf al over leefstijl.

De vraag is of het noodzakelijk is om patiënten die leunen op de informatie van hun zorgverlener, te bewegen naar het zelf starten van dit gesprek. Mogelijk kunnen we hierin ook een beroep doen op de zorgverlener. Het belangrijkste is immers dat dit gesprek gevoerd wordt en patiënten een eerste stap zetten naar een gezondere leefstijl.

We adviseren daarom naast de adviezen die uit dit traject komen, parallel in te zetten op het stimuleren van patiënten én zorgverleners om het gesprek te beginnen.

Uit ons onderzoek kwam naar voren dat het slagen van het gesprek over leefstijl onder andere afhankelijk is van de *consultatiestijl* van de zorgverlener, de *tijd en ruimte* die een zorgverlener hiervoor creëert en het *belang* dat de zorgverlener zelf hecht aan leefstijl.

Zorgverleners zijn dus een essentieel middel in het voeren van het gesprek. Daarnaast vervullen zij een belangrijke rol om patiënten te leiden naar geschikte hulp of informatie. Het is daarom van belang dat zorgverleners de juiste attitude, vaardigheden en tools hebben om dit op een constructieve manier te doen. Wanneer een patiënt zich niet gehoord voelt, zal deze niet snel weer over leefstijl beginnen.

We adviseren daarom om ook de attitude, motivatie, weerstanden en behoeften van zorgverleners in kaart te brengen en te onderzoeken wat zorgorganisaties en –verleners kunnen doen om leefstijl een vanzelfsprekender onderdeel van behandeling te maken.

7.5 WAAROVER BIED JE INFORMATIE AAN?

Uit dit onderzoek bleek dat patiënten het meest zoeken naar en het gesprek beginnen over de leefstijlpijlers leefstijl in het algemeen, bewegen, voeding, medicijnen en slapen.

We adviseren om patiënten met name te interesseren voor informatie om ze aan te spreken op *relevante triggers*, zoals vermoeidheid, je weer fitter voelen, nieuwe medicijnen etc. en dan naar relevante informatie over de leefstijlonderwerpen te leiden. Patiënten kunnen dan zelf een keuze maken voor de leefstijlinformatie die zij interessant vinden.

Taboes en schaamte

Leefstijlpijlers waar het minst vaak op wordt gezocht en over wordt gesproken zijn alcohol, drugs en roken. Dit is begrijpelijk, want elke patiënt eet, beweegt en slaapt in zijn leven, en minder mensen drinken alcohol, roken of gebruiken drugs.

Toch is het belangrijk om erbij stil te staan dat een alternatieve verklaring ook kan liggen in het *taboe* en mogelijke *schaamte* die liggen op het gebruik hiervan. Hier kunnen *weerstand erkennen, een positieve sociale norm, rolmodellen, storytelling of garanties* een uitkomst bieden. Dit kan tot uiting komen door te laten zien dat hierover praten spannend kan zijn, maar meer mensen zoals jij hierover praten of informatie zoeken, en dat dat hen geholpen heeft. Bovendien wil je laten zien dat het niet gek is om hierover te praten en dat de zorgverlener geen negatief oordeel heeft over jou als je hierover praat.

Let op! Het is hierbij belangrijk dat de sociale norm inzet op *het praten over middelengebruik*, maar hierin middelengebruik niet normaliseert.

7.5 WAAROVER BIED JE INFORMATIE AAN?

Doelgroepspecificatie

Met name **jongere patiënten (25-44 jaar)** en patiënten met **psychische klachten** geven aan ook vaak te zoeken naar informatie of het gesprek te beginnen over ontspanning, in contact zijn met andere mensen en in contact zijn met mezelf.

Wat kun je met deze doelgroepsspecificatie?

- **Bied informatie aan over verbinding en ontspanning**

Voor deze doelgroepen zijn dit belangrijke leefstijlthema's, waarvan het belangrijk is om deze onder de aandacht te brengen. 'Zingeving' of 'verbinding met anderen' zijn thema's die moeilijker te kwantificeren en uit te drukken zijn dan bijvoorbeeld eet- of beweeggedrag.

- **Ondersteun patiënten bij het monitoren van deze pijlers**

Evenals bij het monitoren van meer 'ongrijpbare' klachten, kunnen monitoringtools ook helpen om patiënten meer inzicht te laten krijgen in hun gevoel van zingeving, mate van ontspanning, gevoel van verbondenheid etc.

- **Faciliteer contact met lotgenoten**

Contact met andere mensen kan ook gefaciliteerd worden door bijvoorbeeld activiteiten te organiseren waar lotgenoten elkaar kunnen ontmoeten. Het kan sociale steun bieden om anderen te ontmoeten die in een vergelijkbare situatie zitten.

7.6 RANDVOORWAARDEN VOOR COMMUNICATIE

Er zijn een aantal voorwaarden voor het framen van de boodschap in communicatie, die ervoor zorgen dat boodschap ook op de juiste manier bij de doelgroep aankomt.

- **Zorg in de communicatie voor duidelijk doelgedrag:** wees specifiek over het gewenste gedrag. Dit betekent dat je helder en concreet communiceert over wat patiënten kunnen doen, bijvoorbeeld “Zoek informatie over wat jij zelf kan doen om (de last die je hebt van) [je klachten] te verminderen op de website van patiëntenorganisatie x”; met bij voorkeur een directe link naar de website.
- **Communiceer kleine stapjes:** laat patiënten zien dat ze in staat zijn om te beginnen met de gewenste veranderingen. Kleine stappen verlagen de drempel om aan de slag te gaan en zorgen voor *succeservaringen*. *Succeservaringen zorgen voor een hogere self-efficacy*.
- **Maak het makkelijk en toegankelijk:** maak het gewenste gedrag zo gemakkelijk en toegankelijk mogelijk. Dit kan door middelen van aanbieden van faciliteiten die aansluiten bij de patiënten.

V voorkom bijvoorbeeld ingewikkelde websitelinks die een patiënt moet overtypen uit een brief of folder of stimuleer zorgverleners om patiënten direct informatie mee te geven of te mailen.

- **Communiceer de juiste sociale norm:** vermijd het overbrengen van negatieve sociale normen. Bijvoorbeeld: “Te weinig Nederlanders bewegen”. Communiceren over wat er nog *niet* goed gaat met als doel om urgentie te creëren, heeft vaak een averechts effect. In plaats van te benadrukken dat veel mensen het gewenste gedrag nog *niet* uitvoeren, kan je beter benadrukken dat veel mensen/een meerderheid het gewenste gedrag al *wel* uitvoert; uiteraard alleen als dit ook waar is. Licht voorbeelden uit waarin je laat zien dat anderen het doelgedrag al uitvoeren
- **Zet in op positieve framing:** focus op de voordelen en positieve uitkomsten van een gezonde leefstijl, in plaats van de negatieve gevolgen van ongezond gedrag. Wat levert aan de slag gaan met leefstijl direct op voor jouw doelgroep? Maak het persoonlijk relevant en breng het dichtbij. Dus naast “Ik ben nu minder moe”, ook “...daardoor kan ik weer op mijn kleinkinderen passen”.

7.7 WAT IS ER NODIG VOOR KWETSBARE DOELGROEPEN?

Zoals eerder toegelicht richtten we ons in dit onderzoek niet op een kwetsbare groep patiënten, zoals patiënten met een lage Sociaal Economische Positie (SEP), lage gezondheidsvaardigheden en patiënten met een migratieachtergrond. Op basis van de gesprekken met experts en literatuur doen we voor deze groep toch een aantal aanbevelingen.

- **Vergroot de rol van de zorgverlener**

Uit de gesprekken met experts kwam naar voren dat de doelgedragingen waarin het initiatief bij de patiënt zelf ligt voor deze kwetsbare doelgroep minder kansrijk lijkt te zijn. Experts vragen zich af of je van hen kan verwachten zelf het initiatief te nemen. De focus bij deze doelgroep zal daarom meer moeten liggen op initiatief vanuit de zorgverlener.

- **Bied informatie toegankelijk aan**

Het is ook voor deze specifieke doelgroep belangrijk om informatie over leefstijlaanpassingen op een passende manier te communiceren. Voor hen is bijvoorbeeld een andere en aanvullende blik nodig op de toegankelijkheid en begrijpelijkheid van informatie. Voor meer adviezen over communicatie en interventieontwikkeling voor deze doelgroep, raadpleeg de publicatie van Pharos: *Gezondheid en kwaliteit van zorg voor iedereen. Wat maakt het verschil?* (Pharos, 2018).

- **Voer aanvullend onderzoek uit naar daadwerkelijke aanpassingen in leefstijl**

Aanvullend onderzoek is nodig om erachter te komen wat deze doelgroep nodig heeft om het eerste stapje te zetten naar het aanpassen van hun leefstijl. Houd er hierbij rekening mee dat sturen op informatie zoeken en het gesprek beginnen niet de meest kansrijke doelgedragingen zijn voor deze doelgroep. Onderzoek met name wat deze doelgroep nodig heeft om leefstijlaanpassingen te beginnen en vol te houden.

7.8. HET INZETTEN VAN ERVARINGSDESKUNDIGEN ALS ROLMODEL

In het rapport spraken we meerdere malen over het inzetten van *lotgenoten* in het overbrengen van communicatie.

Patiëntenorganisaties geven aan de lotgenoten een herkenbare term is, maar het woord *ervaringsdeskundigen* heeft een positievere lading. In communicatie en bijvoorbeeld het werven van rolmodellen adviseren we daarom om de term *ervaringsdeskundige* aan te houden.

Het inzetten van rolmodellen kan meerdere functies hebben:

- **Het modelleren van gewenst gedrag**

Rolmodellen kunnen concrete handelingsperspectieven laten zien en hoe je dit uitvoert. Bijvoorbeeld hoe je je voorbereidt op het gesprek met de zorgverlener of hoe je dit gesprek voert.

- **Sociale normstelling**

Rolmodellen laten aan patiënten zien dat anderen, zoals zij, ook op zoek gaan naar informatie over leefstijl en het gesprek hierover aangaan met hun zorgverlener.

- **Verhogen van self-efficacy**

Laten zien dat anderen, zoals jij, in staat zijn het gesprek aan te gaan verhoogt het vertrouwen in het eigen kunnen van de doelgroep.

- **Verhogen van response-efficacy**

Response-efficacy is het vertrouwen dat het gevraagde gedrag effect heeft. Laat zien dat anderen, zoals zij, het gesprek zijn aangaan met de zorgverlener of informatie hebben gezocht en dat dat hen echt iets heeft opgeleverd. Dit kan ook door te laten zien dat anderen hun leefstijl hebben aangepast en daar nu positieve resultaten van ondervinden. Dit verhoogt het vertrouwen dat het uitvoeren van deze gedragingen ook voor de patiënten iets kan doen.

7.8. HET INZETTEN VAN ERVARINGSDESKUNDIGEN ALS ROLMODEL

Wat zijn de do's?

Er zijn een aantal voorwaarden voor in te zetten rolmodellen:

- **Geloofwaardigheid**

De ervaringsdeskundigen die als rolmodellen fungeren, moeten geloofwaardig zijn. Dit betekent dat ze zelf de gedragingen die ze promoten, moeten volgen.

- **Herkenbaarheid en realistisch gedrag**

Herkenbaarheid is ook cruciaal; rolmodellen moeten vergelijkbare uitdagingen hebben overwonnen als de doelgroep, zodat hun verhaal resoneert. Een rolmodel dat moeiteloos het gesprek aanging met de zorgverlener, is voor een doelgroep die dat lastig vindt niet de goede keuze. De doelgroep moet zichzelf in de uitdagingen van het rolmodel herkennen.

- **Specifiek gedrag**

Laat rolmodellen specifiek gedrag modelleren. Dit betekent dat ze duidelijke, praktische tips delen over hoe ze het gesprek aangaan of informatie zoeken. Het is daarin essentieel dat deze stap niet te groot voelt, zodat de drempel om dit gedrag ook te vertonen voor de doelgroep zo laag mogelijk is.

- **Representatie**

Zorg ervoor dat de geselecteerde ervaringsdeskundigen divers zijn in termen van leeftijd, geslacht, achtergrond, etc., zodat verschillende leden uit je doelgroep zich kunnen identificeren met ten minste één rolmodel.

- **Positieve uitkomst**

Zorg dat rolmodellen laten zien dat het gewenste gedrag voor hen een positieve uitkomst heeft. Wat heeft het hen gebracht? Dit maakt het belonend voor de doelgroep om het ook te doen.

7.8. HET INZETTEN VAN ERVARINGSDESKUNDIGEN ALS ROLMODEL

Wat zijn de dont's?

Er zijn een aantal dont's voor het inzetten van rolmodellen:

- **Vermijd onrealistische ideaalplaatjes**

Het presenteren van rolmodellen die onrealistische of ogenschijnlijke onbereikbare doelen hebben bereikt, kan ontmoedigend werken. Zorg daarom dat er geen onrealistische gedragingen of resultaten worden gecommuniceerd. “Nu ben ik minder vaak moe” is geloofwaardiger dan “ik ben nooit meer moe”. “Ik eet minder suiker” geloofwaardiger dan “nooit meer”.

Ook in termen van gedrag is het belangrijk dat je de lat niet te hoog legt. “Nu ren ik marathons” kan als een inspirerende stip op de horizon voelen, maar als de doelgroep nu al moeite heeft met wandelen zal zij eerder ontmoedigd dan gemotiveerd raken.

- **Vermijd generalisaties**

Iedere patiënt is anders. Voorkom daarom uitspraken als “iedereen” of “niemand” zou dit op deze manier moeten doen. Zorg dat diverse rolmodellen verschillende manieren presenteren die voor hen werken.

- **Vermijd ‘het wijzende vingertje’**

Het is belangrijk dat de doelgroep zich herkent in rolmodellen. De kracht schuilt erin dat het “mensen zoals jij” zijn. Voorkom daarom dat rolmodellen belerend of moraliserende uitspraken doen, dit kan juist weerstand opwekken bij de doelgroep, waardoor deze niet meer openstaat voor de boodschap.

7.9. WETEN IS NOG GEEN DOEN

Veel patiënten geven al aan informatie te zoeken en een groot deel van de patiënt is hier al eerder het gesprek over begonnen met de zorgverlener. Patiënten hechten ook veel belang aan informatie over hoe ze veranderingen in hun leefstijl kunnen **volhouden**.

Hier ligt een belangrijk signaal en een belangrijke kans voor het aanbieden van informatie en ondersteunen van patiënten. Informatie of het gesprek met de zorgverlener beginnen is namelijk een eerste stap in het opdoen van kennis, maar betekent nog niet automatisch (lange termijn) gedragsverandering. Weten hoe je je leefstijl kunt aanpassen, is iets anders dan dit ook daadwerkelijk doen.

We adviseren daarom om hier rekening mee te houden en te onderzoeken welke opties er zijn om patiënten ook op de langere termijn te ondersteunen bij de informatie die ze vonden of kregen over leefstijlaanpassingen implementeren in hun dagelijks leven.

*“Richt vervolgonderzoek
op wat patiënten nodig
hebben om
leefstijlveranderingen op
de lange termijn vol te
houden”*

ADVIEZEN TOEGESPITST OP TYPE ORGANISATIE

AANBEVELINGEN VOOR ZORGVERLENERS

WETEN

Om te zorgen dat patiënten de stap nemen om informatie te zoeken of het gesprek te beginnen, is het van belang dat zij weten dat dit kan. Zorg er daarom voor dat:

- zorgverleners over deze kennis beschikken of gericht kunnen doorverwijzen voor de juiste kennis;
- patiënten in eerste instantie actief op deze mogelijkheden gewezen worden, zodat zij weten dat ze informatie kunnen zoeken of een gesprek kunnen beginnen over dit onderwerp.

WILLEN

Speel in op teachable moments

Maak gebruik van de momenten waarop patiënten open staan voor informatie over leefstijl, door hen op deze momenten te wijzen op het bestaan van deze informatie en hen aan te zetten hiernaar op zoek te gaan.

- Als de klachten van patiënten erger worden.

- Als ze zich fitter willen voelen
- Als ze (nieuwe) medicijnen gaan gebruiken

Verhoog ervaren controle

Het is soms lastig in te schatten wanneer je klachten hebt die zodanig zijn, dat ze kunnen worden verminderd met een vorm van behandeling, waaronder het aanpassen van je leefstijl. Het verhogen van de ervaren controle over de klachten of gezondheid is daarom belangrijk.

Verwijs naar tools die inzicht geven in de ernst van iemands klachten en, óf en in hoeverre die klachten ‘erbij horen’.

Verminder de angst om dom over te komen in het gesprek

Door te erkennen dat het lastig kan zijn om hierover te beginnen, voelen mensen zich eerder begrepen en zal een deel van deze weerstand al afnemen. Verlaag de drempel en de angst, door aan te geven dat vragen juist heel waardevol zijn om de behandeling goed op de patiënt te kunnen afstemmen. Frame dit altijd op een positieve manier.

Zorg dat patiënten voldoende ruimte en tijd ervaren in het gesprek

Hierbij is de consultatiestijl van de zorgverlener belangrijk. De zorgverlener bepaalt doorgaans of er ruimte is voor vragen, opmerkingen en of patiënten zich aangemoedigd voelen om zelf onderwerpen in te brengen. Tevens kan het inplannen van een dubbel consult, of specifiek een consult om het over leefstijl te hebben, zorgen voor objectieve ruimte in het gesprek.

KUNNEN

Zorg dat je als zorgverlener openstaat voor het gesprek over leefstijl en dit positief bekrachtigt

- Bied patiënten duidelijk handelingsperspectief, zoals “oefen het gesprek met iemand in je omgeving”.
- Daarnaast kan je patiënten ook in contact brengen met vrijwilligers/ervaringsdeskundigen waarmee ze dit gesprek kunnen oefenen.

- Stimuleer patiënten om iemand mee te nemen naar gesprekken.

DOEN

Zorg voor herinneringen in de wacht- of spreekkamer

Herinneringen in de wacht- of spreekkamer kunnen patiënten helpen herinneren om over leefstijl te beginnen. Naar de zorgverlener gaan kan soms stress met zich meebrengen, en zeker als het hoofddoel van het gesprek niet het praten over leefstijl is, kan het goed zijn dat de patiënt hier in het moment niet aan denkt.

Laat patiënten zich committeren

Commitment om het gesprek aan te gaan kan helpen. Bijvoorbeeld door patiënten te stimuleren het gesprek voor te bereiden (bij voorkeur met iemand anders die meegaat). Of door ze bij het inplannen van de afspraak al aan te laten geven dat ze het over leefstijl willen hebben.



behavior
change
group

D&B

AANBEVELINGEN VOOR ZORG- EN PATIËNTENORGANISATIES

WETEN

Om te zorgen dat patiënten de stap nemen om informatie te zoeken of het gesprek te beginnen, is het van belang dat zij weten dat dit kan. Zorg er daarom voor dat:

- informatie over dat en welke leefstijlaanpassingen kunnen helpen bij hun specifieke klacht, ziekte of aandoening (online) beschikbaar en vindbaar is;
- zorgverleners over deze kennis beschikken of gericht kunnen doorverwijzen voor de juiste kennis;
- patiënten in eerste instantie actief op deze mogelijkheden gewezen worden, zodat zij weten dat ze informatie kunnen zoeken of een gesprek kunnen beginnen over dit onderwerp.

WILLEN

Speel in op teachable moments

Maak gebruik van de momenten waarop patiënten open staan voor informatie over leefstijl, door deze te benoemen in communicatie-uitingen.

- Als de klachten van patiënten erger worden
- Als ze zich fitter willen voelen
- Als ze (nieuwe) medicijnen gaan gebruiken

Verhoog het belang van leefstijlaanpassingen

- Laat zien dat klachten er niet altijd bij horen.
- Verwijs naar tools die inzicht geven in de ernst van iemands klachten en, óf en in hoeverre die klachten ‘erbij horen’.
- Maak inzichtelijk welke klachten aan te pakken zijn door leefstijl.

Zet ervaringsdeskundigen in als rolmodel

Positieve ervaringen van ervaringsdeskundigen, zorgen voor een sociale normstelling en het verhogen van self-efficacy. Laat concrete handelingsperspectieven en positieve uitkomsten zien.

Maak het doelgedrag concreet met kleine, duidelijke stappen

Patiënten vinden het dan makkelijker om met het gewenste gedrag te beginnen.

Maak inzichtelijk en makkelijk vindbaar welke leefstijlaanpassingen passen bij welke specifieke klachten en aandoeningen

Erken de angst om dom over te komen

Door aan te geven dat het lastig kan zijn om hierover te beginnen, en dat je hier angstig voor kunt zijn, voelen patiënten zich eerder begrepen. Breng deze boodschap via ervaringsdeskundigen.

Herdefinieer de relatie met zorgverlener in communicatie-uitingen

Arts: “Alleen maar fijn als een patiënt veel vragen stelt. Daardoor weet ik beter hoe ik kan helpen.”

KUNNEN

Verhoog self-efficacy door:

- Ervaringsdeskundigen in te zetten om hun positieve ervaring met informatie zoeken en het gesprek beginnen te delen.
- Biedt patiënten hulp bij het beginnen van het gesprek met de zorgverlener over leefstijl. Zet in op het ontwikkelen van nieuwe, en optimaliseren van bestaande tools, waarin patiënten klachten kunnen monitoren en/of het gesprek met een zorgverlener kunnen voorbereiden.
- Stimuleer patiënten om hulp te vragen bij de voorbereiding van het gesprek of iemand mee te nemen naar het gesprek met de zorgverlener.

DOEN

Maak het zoeken van informatie zo makkelijk mogelijk

- Biedt een duidelijk handelingsperspectief.
- Zorg voor een directe link naar informatie.

AANBEVELINGEN VOOR INFORMATIEVERSTREKKERS

WELKE INFORMATIE?

Om te zorgen dat patiënten de stap nemen om informatie te zoeken of het gesprek te beginnen, is het van belang dat zij weten dat dit kan. Zorg er daarom voor dat informatie over dat en welke leefstijlaanpassingen kunnen helpen bij hun specifieke klacht, ziekte of aandoening (online) beschikbaar en vindbaar is;

- Laat zien dat klachten er niet altijd bij horen
- Maak inzichtelijk welke klachten aan te pakken zijn door leefstijl
- Maak vindbaar welke leefstijlaanpassingen passen bij specifieke klachten en aandoeningen

Bied naast informatie over relevante leefstijlaanpassingen, ook informatie over hoe patiënten leefstijlaanpassingen kunnen volhouden. Geef daarbij direct een handelingsperspectief door te verwijzen naar tools die hen daarbij kunnen helpen.

HOE BIED JE INFORMATIE AAN?

- Maak de informatie makkelijk en toegankelijk.
- Communiceer kleine stapjes. Laat patiënten zien dat ze in staat zijn om te beginnen met het aanpassen van hun leefstijl .
- Zet in op positieve framing: focus op de voordelen en positieve uitkomsten van een gezonde leefstijl, in plaats van de negatieve gevolgen van ongezond gedrag.
- Communiceer de juiste sociale norm. In plaats van te benadrukken dat veel mensen het gewenste gedrag nog niet uitvoeren, kan je beter benadrukken dat veel mensen/een meerderheid het gewenste gedrag al uitvoert;
- Zorg in de communicatie voor duidelijk doelgedrag: wat kan een patiënt zelf doen om klachten te verminderen?
- Communiceer via zorgverleners of zorgorganisaties, patiëntenorganisaties, ervaringsdeskundigen of kennisorganisaties over gezondheid. Deze worden gezien als meest betrouwbare bronnen van informatie.

AANBEVELINGEN VOOR SPECIFIEKE DOELGROEPEN

Naast algemene adviezen, beschrijven we aanvullende adviezen voor specifieke doelgroepen.

WILLEN

Speel in op teachable moments

De volgende triggers worden ook vaak genoemd door specifieke doelgroepen. Ook dit zijn relevante gebeurtenissen om op in te spelen met communicatie.

- **Leeftijd 16-24:** 'Ik ging studeren'
- **Leeftijd 25-64:** 'Ik kreeg een nieuwe diagnose'
- **Leeftijd 65+:** 'Ik werd geopereerd'
- Bij patiënten met **lichamelijke klachten:** 'Ik werd geopereerd' en 'Ik kreeg een nieuwe diagnose'
- Bij **psychische klachten:** 'De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl'

Familie, vrienden en kennissen worden ook vaak genoemd als meest betrouwbare bron door patiënten tussen de **16-24 jaar** en door patiënten met

psychische klachten. Communiceer voor deze patiënten ook via deze betrouwbare en vertrouwde bronnen.

Voor patiënten tussen de **16-24 jaar** is "Iemand anders (bijvoorbeeld vriend of familielid) moedigde me aan hier informatie over te zoeken" ook een belangrijke reden om informatie te gaan zoeken. **Stimuleer deze patiënten om iemand mee te nemen naar consulten en richt communicatie ook op naasten.**

KUNNEN

Patiënten tussen **16-44 jaar** en patiënten met **psychische klachten** geven als belangrijkste weerstand om het gesprek te beginnen: 'Ik weet niet hoe hierover te beginnen'. Veel psychische aandoeningen gaan gepaard met verminderd zelfvertrouwen. Het is extra belangrijk voor deze groep patiënten om het gevoel te krijgen dat ze het gevraagde gedrag ook daadwerkelijk kunnen uitvoeren. **Zet voor deze patiënten extra in op het verhogen van self-efficacy en het geven van**

vertrouwen dat zij de zorgverlener niet tot last zijn.

Daarnaast kan de zorgverlener hierin een belangrijke rol spelen. Patiënten met **psychische klachten** geven vaker aan dat 'de zorgverlener verwees naar informatie over leefstijl' een belangrijke trigger voor hen was om informatie te zoeken of het gesprek te beginnen.

WAAROVER BIED JE INFORMATIE AAN?

Patiënten tussen **25-44 jaar** en patiënten met **psychische klachten** geven aan ook vaak te zoeken naar informatie of het gesprek te beginnen over *ontspanning, in contact zijn met andere mensen en in contact zijn met mezelf.*

- **Bied ook informatie aan over verbinding en ontspanning**
- **Ondersteun deze patiënten ook bij het monitoren van deze pijlers**
- **Faciliteer ook contact met lotgenoten**

REFERENTIES



REFERENTIES

- ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Zorgautoriteit, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorginstituut Nederland, Zorgthuisnl, & Zorgverzekeraars Nederland. (2022, September 16). *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Sport. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Bannigan, K., & Watson, R. (2009). Reliability and validity in a nutshell. *Journal of clinical nursing*, 18, 3237-3243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02939.x>
- Basnyat, I., Nekmat, E., Jiang, S., & Lin, J. (2018). Applying the modified comprehensive model of information seeking to online health information seeking in the context of India. *Journal of Health Communication*, 23(6), 563-572. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1493058>
- Borgers, R., Mullen, P. D., Meertens, R., Rijken, M., Eussen, G., Plagge, I., Visser, A. P., & Blijham, G. H. (1993). The information-seeking behavior of cancer outpatients: A description of the situation. *Patient Education and Counseling*, 22(1), 35-46. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(93\)90087-d](https://doi.org/10.1016/0738-3991(93)90087-d)
- CBS. (2023). *Leefstijl en preventie; geslacht, leeftijd, persoonskenmerken: 2014-2021*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83385NED>
- Chang, C., & Huang, M. (2020). Antecedents predicting health information seeking: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Information Management*, 54, 102115. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2020.102115>
- de Been, M., van den Muijsenbergh, M., & Duijnhoven, T. (2018). Gezondheid en Kwaliteit Van Zorg Voor Iedereen: Wat Maakt Het Verschil. *Health Quality of Care for Everyone: What Makes the Difference*.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory. *Handbook of Theories of Social Psychology: Volume 1*, 416-437. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n21>
- GGZ Standaarden. (2013, December 16). *Samenvattingskaart generieke module*. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/zelfmanagement/introductie>
- Golubinski, V., Oppel, E., & Schreyögg, J. (2020). A systematic scoping review of psychosocial and psychological factors associated with patient activation. *Patient Education and Counseling*, 103(10), 2061-2068. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.005>
- Hennessy, E. A., Johnson, B. T., Acabchuk, R. L., McCloskey, K., & Stewart-James, J. (2020). Self-regulation mechanisms in health behavior change: A systematic meta-review of meta-analyses, 2006–2017. *Health Psychology Review*, 14(1), 6-42. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1679654>
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, 39(4p1), 1005-1026. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x>
- Höchli, B., Brügger, A., & Messner, C. (2018). How focusing on superordinate goals motivates broad, long-term goal pursuit: A theoretical perspective. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01879>
- Johnson, B. T., Scott-Sheldon, L. A., & Carey, M. P. (2010). Meta-synthesis of health behavior change meta-analyses. *American Journal of Public Health*, 100(11), 2193-2198. <https://doi.org/10.2105/aiph.2008.155200>
- Lin, M., Weng, W., Apriliyasari, R. W., Van Truong, P., & Tsai, P. (2020). Effects of patient activation intervention on chronic diseases: A meta-analysis. *Journal of Nursing Research*, 28(5), e116. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000387>

REFERENTIES

- Loef, M., & Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 55(3), 163-170. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>
- Newland P, Lorenz R, Oliver BJ. Patient activation in adults with chronic conditions: A systematic review. *Journal of Health Psychology*. 2021;26(1):103-114. <https://doi.org/10.1177/1359105320947790>
- Petit, V. (2019). The Behavioural Drivers Model: A Conceptual Framework for Social and Behaviour Change Programming. *UNICEF*. https://www.unicef.org/mena/media/5586/file/The_Behavioural_Drivers_Model_0.pdf%20.pdf
- Pharos. (2022). *Begrijpelijke vragenlijsten - de basis voor goede zorg*. <https://www.pharos.nl/infosheets/begrijpelijke-vragenlijsten-de-basis-voor-goede-zorg/>
- Rademakers, J., Maindal, H. T., Steinsbekk, A., Gensichen, J., Brenk-Franz, K., & Hendriks, M. (2016). Patient activation in Europe: An international comparison of psychometric properties and patients' scores on the short form patient activation measure (PAM-13). *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1828-1>
- Regeer, H., van Empelen, P., Bilo, H.J.G., de Koning, E.J.P. & Huisman, S.D. (2021). Change is possible: How increased patient activation is associated with favorable changes in well-being, self-management and health outcomes among people with type 2 diabetes mellitus: A prospective longitudinal study. *Patient Education and Counseling*.
- Rhodes, R. E., & De Bruijn, G. (2013). How big is the physical activity intention-behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework. *British Journal of Health Psychology*, 18(2), 296-309. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12032>
- Ricke, E., Dijkstra, A., & Bakker, E. W. (2023). Prognostic factors of adherence to home-based exercise therapy in patients with chronic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Sports and Active Living*, 5. <https://doi.org/10.3389/fspor.2023.1035023>
- Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Park, C., & Whittemore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1469-1489. <https://doi.org/10.1111/jan.12902>
- Sharma, H. (2022). How short or long should be a questionnaire for any research? Researchers dilemma in deciding the appropriate questionnaire length. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 16(1), 65. https://doi.org/10.4103/sja.sja_163_21
- Sheeran, P., & Webb, T. L. (2016). The intention-behavior gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 503-518. <https://doi.org/10.1111/spc3.12265>
- Slok A.H.M., Kotz D, van Breukelen G., et al. (2016). Effectiveness of the Assessment of Burden of COPD (ABC) tool on health-related quality of life in patients with COPD: a cluster randomised controlled trial in primary and hospital care. *BMJ open*, 6(7), e011519.
- Smit, D., Peelen, J., Vrijns, J. N., & Spijker, J. (2020). An exploration of the conditions for deploying self-management strategies: A qualitative study of experiential knowledge in depression. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02559-3>
- Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3), 220-247. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr0803_1
- Tan, S. S., & Goonawardene, N. (2017). Internet health information seeking and the patient-physician relationship: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e9. <https://doi.org/10.2196/imir.5729>
- Trope, Y., & Liberman, N. (2012). Construal level theory. *Handbook of Theories of Social Psychology: Volume 1*, 118-134. <https://doi.org/10.4135/9781446249215.n7>
- Vereniging Arts en Leefstijl. (2021). *Leefstijlroer*. <https://www.artsenleefstijl.nl/leefstijlroer>

BIJLAGE



VERDIEPING GEDRAGSBEPALERS - ZELFMANAGEMENT

- **Autonomie:** De mate van ervaren autonomie. Autonomie is de mogelijkheid om zelf beslissingen en keuzes te maken en is een cruciale voorwaarde voor effectief zelfmanagement. Wanneer patiënten de autonomie hebben om beslissingen te nemen die in lijn zijn met hun ervaringen, kunnen ze hun aandoening beter beheren en gezondere copingstrategieën ontwikkelen (Smit et al., 2020).
- **Comorbiditeit:** De hoeveelheid aandoeningen die een patiënt tegelijkertijd heeft. Het hebben van minder comorbiditeit (het tegelijkertijd hebben van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij één persoon) wordt geassocieerd met het beter uitvoeren van fysieke oefeningen, omdat dit potentiële obstakels voor zelfmanagementgedrag vermindert (Ricke et al., 2023).
- **Complexiteit systeem:** De ervaren complexiteit van het zorgsysteem. Het manoeuvreren binnen het gezondheidszorgsysteem en het waarborgen van continuïteit van zorg, blijken uitdagingen voor sommige patiënten met chronische aandoeningen. Lange wachttijden voor afspraken, onbeantwoorde telefoonberichten en verwarrende communicatie met klinisch personeel ondermijnden hun zelfmanagement. Meerdere of wisselende zorgverleners, of onsamenvattende adviezen van zorgverleners kunnen een struikelblok vormen bij het ontwikkelen van zelfmanagement (Schulman-Green et al., 2016).
- **Depressie:** De mate van het aantal depressieve klachten van een patiënt heeft invloed op de naleving van zelfmanagement. Patiënten met minder depressieve symptomen voeren vaker de fysieke oefeningen uit. Depressie kan fungeren als een barrière, waardoor het moeilijker wordt voor patiënten om actief deel te nemen aan hun gezondheidszorg. Het aanpakken van mentale gezondheidsproblemen is cruciaal om effectief zelfmanagement te bevorderen (Golubinski et al., 2020; Ricke et al., 2023).
- **Energieniveau:** Het ervaren energieniveau van een patiënt is van invloed op het vermogen om zelfmanagement uit te voeren. Patiënten met een laag energieniveau kunnen moeite hebben om hun dagelijkse activiteiten uit te voeren, zoals het bereiden van gezonde maaltijden of het uitvoeren van lichaamsbeweging. Dit kan leiden tot een verminderde motivatie om zelfmanagement uit te voeren en kan het risico op complicaties verhogen (Schulman-Green et al., 2016).
- **Ervaren controle over het gedrag:** De mate waarin personen controle ervaren draagt bij aan het wel of niet uitvoeren van fysieke oefeningen. Hoe meer controle patiënten ervaren hoe eerder ze geneigd zijn om fysieke oefeningen uit te voeren (Ricke et al., 2023).

VERDIEPING GEDRAGSBEPALERS - ZELFMANAGEMENT

- **Ervaring:** De mate van ervaring van patiënten met hun aandoening of ziekte. Ervaring wordt uitgelegd als het unieke begrip en de geleefde ervaringen van een patiënt met hun aandoening. Deze ervaringskennis stelt patiënten in staat om factoren te identificeren die hun herstel en zelfmanagement bevorderen of belemmeren (Smit et al., 2020).
- **Faciliterende omgeving:** De mate van een (niet)faciliterende omgeving. In de fysieke omgeving kunnen zich obstakels bevinden voor zelfmanagement bijvoorbeeld een gebrek aan transport naar de sportschool of medische afspraken, en blootstelling aan ongezond voedsel in restaurants en diverse sociale settings (Schulman-Green et al., 2016).
- **Financiële stress:** De mate van financiële stress beïnvloedt het vermogen van een patiënt om zelfmanagement uit te voeren. Patiënten die zich zorgen maken over het financieren van hun dagelijkse kosten, zijn minder snel geneigd om hun medicatie op tijd in te nemen of om hun dieet en lichaamsbeweging te handhaven (Schulman-Green et al., 2016).
- **Gezondheidsstatus:** De ervaren gezondheid van patiënten heeft invloed op de mate waarin ze zelfmanagement kunnen toepassen. De gezondheidsstatus van een patiënt omvat verschillende aspecten, zoals de aanwezigheid van andere aandoeningen, de ernst van de ziekte, de symptomen, de effecten van de behandeling en de cognitieve functies. Deze factoren kunnen het vermogen van een patiënt om zelfmanagement uit te voeren beïnvloeden. Bijvoorbeeld, patiënten met ernstige symptomen kunnen moeite hebben om hun medicatie op tijd in te nemen of om hun dieet en lichaamsbeweging te handhaven (Ricke et al., 2023; Schulman-Green et al., 2016).
- **Gezondheidsvaardigheden:** De mate waarin patiënten beschikken over gezondheidsvaardigheden. Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden die nodig zijn om basisinformatie tot je te nemen en te beoordelen om juiste gezondheidsbeslissingen te maken. Het hebben van meer of betere gezondheidsvaardigheden heeft een positieve invloed op patiëntactivatie. Patiënten die de mogelijkheid hebben om geïnformeerd te zijn over gezondheidskwesties en in staat zijn om gezondheidsinformatie te begrijpen en toe te passen, hebben meer kans om zelfmanagementactiviteiten te vertonen. Aan de basis van gezondheidsvaardigheden liggen functionele (gezondheids-)vaardigheden: de basisvaardigheden, zoals lezen en communiceren (Golubinski et al., 2020).

VERDIEPING GEDRAGSBEPALERS - ZELFMANAGEMENT

- **Hoop en optimisme:** De mate waarin patiënten hoop en optimisme over de toekomst ervaren. Hoop wordt gedefinieerd als een gevoel van het succesvol kunnen behalen van doelen en manieren zien om die doelen te behalen. Hoop en optimisme hebben een positieve invloed op patiëntactivering. Een optimistisch vooruitzicht en hoop op verbetering verhogen de mate van patiëntactivatie (Golubinski et al., 2020).
- **Motivatie:** De maten waarin patiënten gemotiveerd waren het gedrag uit te voeren is een belangrijke voorspeller voor het uitvoeren van fysieke oefeningen. Hoe meer motivatie de patiënten ervaren hoe eerder patiënten geneigd zijn de fysieke oefeningen uit te voeren (Ricke et al., 2023).
- **Relaties met zorgverleners:** De ervaren relatie tussen een patiënten en hun zorgverleners kan het vermogen van een patiënt om zelfmanagement uit te voeren beïnvloeden. Een positieve ervaring van de patiënt-zorgverlener relatie faciliteert zelfmanagement. Tijd om zorgen te delen en vertrouwen, empathie en ondersteuning van zorgverleners zijn hierbij cruciaal. Samenwerking tussen patiënten en zorgverleners, met gedeelde doelen en tijd voor begrip van veranderingen, stimuleert effectief zelfmanagement. Goede communicatie en aanbevelingen voor cultureel gevoelige strategieën vergroten de kans op ontwikkeling zelfmanagement (Schulman-Green et al., 2016).
- **Sociale ondersteuning:** De mate waarin patiënten ondersteuning ervaren van hun sociale omgeving. Sociale ondersteuning heeft een positieve invloed op patiëntactivatie. Als patiënten meer steun voelen, van bijvoorbeeld hun familie, draagt dit bij aan de mate van patiëntactivatie (Golubinski et al., 2020). Daarentegen kan gebrek aan steun of negatieve steun een hindernis vormen, zoals het niet volgen van behandelingsadviezen bij gebrek aan steun voor het uitproberen van nieuwe diëten (Schulman-Green et al., 2016).
- **Sociale steun:** De mate van *ervaren* sociale steun. Sociale ondersteuning van familie, vrienden en naasten is belangrijk voor het ontwikkelen van zelfmanagement strategieën (Smit et al., 2020).
- **Stress:** De mate van stress beïnvloedt het vermogen van een patiënt om zelfmanagement uit te voeren. Patiënten die veel stress ervaren, kunnen moeite hebben om zich te concentreren op hun zelfmanagementtaken en kunnen zich overweldigd voelen door de complexiteit van hun zorgregime (Schulman-Green et al., 2016).

VERDIEPING GEDRAGSBEPALERS - ZELFMANAGEMENT

- **Thuisomgeving:** De mate van een faciliterende thuisomgeving. Binnen de huissfeer blijkt samenleven met familieleden met diverse dieetvoorkeuren een barrière te zijn voor het volgen van aanbevolen diëten. Individuen ervaren conflicten met familieleden over het aangeboden voedsel in huis en gaven aan dat ze voedsel kregen aangeboden door familieleden dat niet strookte met hun voorgeschreven dieet (Schulman-Green et al., 2016).
- **Toegang tot educatieve bronnen:** De toegang tot externe educatieve bronnen, zoals informatie verkrijgen via de radio, boeken of brochures, een faciliterende rol speelden (Schulman-Green et al., 2016).
- **Toegang tot zorg:** De mate van toegang tot specialisten, verpleegkundige zorg, zelfmanagementprogramma's en alternatieve therapieën dragen bij aan het vermogen tot zelfmanagement (Schulman-Green et al., 2016).
- **Toekomstperspectief:** De mate waarin patiënten hoopvol naar de toekomst kijken. Het hebben van een positief toekomstperspectief is een belangrijke factor in zelfmanagement. Patiënten die een hoopvolle kijk op hun gezondheid behouden, zijn eerder geneigd om gedrag te vertonen dat zelfmanagement ondersteunt. Een positief toekomstperspectief kan dienen als een motiverende kracht en individuen aanmoedigen om tijd en moeite te investeren in het beheren van hun aandoening voor een verbeterd welzijn (Smit et al., 2020).
- **Werkomgeving.** De mate van een faciliterende werkomgeving beïnvloedt zelfmanagement. Binnen de context van werk, vormen tijd- en schemabeperkingen die het werk oplegt een hindernis voor het effectief uitvoeren van zelfmanagementgedragingen zoals het volgen van diëten, lichaamsbeweging en medicatie. Daarentegen vergemakkelijkten steun van werkgevers en collega's, samen met een gevoel van verbondenheid op het werk, het proces van zelfmanagement (Schulman-Green et al., 2016).
- **Zelf-effectiviteit:** De mate van ervaren zelfeffectiviteit gaat over het vertrouwen dat patiënten hebben in hun eigen kunnen. Een verhoogde mate van zelf-effectiviteit heeft een gunstige invloed op patiëntactivatie (Golubinski et al., 2020; Hennessy et al., 2020; Ricke et al., 2023).
- **Zelfregulatie:** Het vermogen om flexibel, gedrag, aandacht, emoties en cognitieve strategieën te activeren, controleren, remmen, volhouden en/of aanpassen in reactie op interne prikkels, omgevingsprikkels en feedback van anderen, in een poging om persoonlijk relevante doelen te bereiken (Hennessy et al., 2020).

VERDIEPING GEDRAGSBEPALERS - INFORMATIE ZOEKEN

- **Beschikbaarheid:** De verwachte beschikbaarheid van informatie voorspeld het zoekgedrag naar informatie. Als gebruikers verwachten dat informatie te vinden is dan zullen ze eerder zoeken (Chang & Huang, 2020).
- **Geloofwaardigheid:** Het ervaren vertrouwen van gebruikers in de nauwkeurigheid van medische informatie online. Hoe hoger het vertrouwen van de gebruikers, hoe eerder ze naar informatie zoeken (Chang & Huang, 2020).
- **Gezondheidsstatus:** De ervan algemene gezondheid van personen. Gezondheidsstatus was geen sterke voorspeller voor het opzoeken van gezondheidsinformatie. Het had alleen voorspellende waarde voor jongere proefpersonen met een relatief slechte gezondheidsstatus (Chang & Huang, 2020).
- **Gezondheidsvaardigheden:** De mate waarin personen de mogelijkheid hebben om gezondheidsinformatie te begrijpen, daarover te kunnen communiceren en vervolgens beslissingen over te maken. Lage gezondheidsvaardigheden werden geassocieerd met een lage waargenomen behoefte aan gezondheidsinformatie (Chang & Huang, 2020).
- **Mediagebruik:** Het gebruik van media (frequentie en duur van internetgebruik) hangt positief samen met het waargenomen nut en de kenmerken van het internet voor gezondheidsinformatie (Basnyat et al., 2018).
- **Nut:** De verwachte bruikbaarheid van de informatie op het medium voor een specifieke gezondheidssituatie. Hoe nuttiger de informatie werd gezien, hoe vaker men zocht (Basnyat et al., 2018).
- **Subjectieve Normen:** De subjectieve normen zijn de mate waarin personen verwachten dat belangrijke personen in hun omgeving ook gezondheidsinformatie opzoeken. De subjectieve normen zijn belangrijk voor online zoekgedrag. Als gebruikers het gevoel hebben dat belangrijke mensen in hun omgeving ook informatie zoeken, dan zullen zij het ook eerder doen (Chang & Huang, 2020).
- **Vatbaarheid en ernst van de aandoening:** De mate van ervaren vatbaarheid en ernst. Vatbaarheid voor en waargenomen ernst van ziekte zijn rechtstreeks gerelateerd aan de waargenomen bruikbaarheid van het internet. Hoe groter de ervaren vatbaarheid en ernst, hoe minder bruikbaar online informatie werd ingeschat (Basnyat et al., 2018).

VERDIEPING GEDRAGSBEPALERS - INFORMATIE ZOEKEN

- **Vertrouwen in het medium:** De mate van vertrouwen in het medium. Het vertrouwen in het internet als een betrouwbare informatiebron is direct gerelateerd aan de neiging om online gezondheidsinformatie op te zoeken (Basnyat et al., 2018).
- **Zelfeffectiviteit:** De mate van ervaren zelf-effectiviteit had invloed op online zoekgedrag. Persoonlijke overtuigingen met betrekking tot zelf-effectiviteit, gemeten aan de hand van uitspraken zoals 'ik kan mezelf redden', 'mijn doelen bereiken' en 'de ziekte goed beheersen.' hadden een positieve relatie met het ervaren nut over online gezondheidsinformatie (Basnyat et al., 2018; Chang & Huang, 2020).

VERDIEPING GEDRAGSBEPALERS - HET GESPREK AANGAAN

- **Aanwezigheid van een familielid:** De aanwezigheid van een familielid bij doktersbezoeken helpt patiënten herinneren wat ze moeten vragen en maakt de context comfortabeler om online resultaten te delen. Dit kan patiënten aanmoedigen om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken (Tan & Goonawardene, 2017).
- **Angst en onzekerheid:** De mate van angst en onzekerheid. De angst en onzekerheid van patiënten over hun ziekte en behandeling bleken belangrijke factoren te zijn bij het vormgeven van hun informatie zoekgedrag. Patiënten die hoge niveaus van angst en onzekerheid ervaren, zijn mogelijk meer gemotiveerd om informatie te zoeken om deze negatieve emoties te verminderen (Borgers et al., 1993).
- **Behoefte:** De mate van behoefte aan informatie over hun ziekte. De behoefte van patiënten aan informatie over hun ziekte en behandeling bleek de meest gekozen reden te zijn om informatie te zoeken. Patiënten die een hoge behoefte aan informatie ervaren, zijn eerder geneigd ernaar op zoek te gaan (Borgers et al., 1993).
- **Communicatievaardigheden van de patiënt:** De mate waarin de patiënt in staat is zich uit te drukken en vragen te kunnen stellen aan de zorgverlener. Hoe meer communicatievaardigheden de patiënt had, hoe eerder diegene geneigd is het gesprek te beginnen (Borgers et al., 1993).
- **Consulstatiestijl zorgverlener:** De mate waarin de zorgverlener de ruimte schept om vragen te stellen of openstaat voor opmerkingen. Artsen die ruimte maken voor vragen en patiënten aanmoedigen om actief deel te nemen aan het gesprek zijn bevorderlijk voor het inbrengen van de online informatie door patiënten (Borgers et al., 1993; Tan & Goonawardene, 2017).
- **Ervaren belang van online informatie:** De perceptie van patiënten over het belang van online gezondheidsinformatie. Patiënten die online gezondheidsinformatie als belangrijk beschouwen, zijn meer geneigd om het met hun zorgverlener te bespreken (Tan & Goonawardene, 2017).
- **Ervaren effectiviteit van het consult:** Patiënten die hun consult als effectief beschouwen, zijn meer geneigd om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken (Tan & Goonawardene, 2017).
- **Ervaren schaamte:** Dit verwijst naar het gevoel van schaamte of ongemak dat patiënten kunnen ervaren bij het bespreken van online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener. Patiënten die schaamte ervaren, zijn mogelijk minder geneigd om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken (Tan & Goonawardene, 2017).

VERDIEPING GEDRAGSBEPALERS - HET GESPREK AANGAAN

- **Ervaren situaties aan de kant van de specialist** (bijvoorbeeld desinteresse, haast) en in de organisatie (bijvoorbeeld tijd, aanwezigheid van een klinisch assistent, telefoontjes) (Borgers et al., 1993).
- **Ervaren support van naasten:** De mate van ervaren support van naasten. Als een aanwezige naasten meer betrokken is en meer emotionele support geeft dan zijn patiënten eerder geneigd het gesprek te beginnen (Borgers et al., 1993).
- **Ervaren terughoudendheid om de diagnostische processen van zorgverleners te verstoren:** De mate waarin patiënten niet het diagnostische proces van de zorgverlener willen verstoren. Patiënten die deze terughoudendheid ervaren, zijn mogelijk minder geneigd om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken (Tan & Goonawardene, 2017).
- **Ervaren tijdsgebrek tijdens het consult:** Dit verwijst naar de mate waarin patiënten ervaren dat er tijdens hun consult niet genoeg tijd is om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken. Patiënten die een gebrek aan tijd ervaren, zijn minder geneigd om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken (Tan & Goonawardene, 2017).
- **Ervaren weerstand zorgverlener:** De mate van ervaren weerstand van patiënten van hun zorgverlener om online resultaten te bespreken. Artsen kunnen terughoudend zijn om online resultaten te bespreken tijdens consultaties. Dit kan patiënten ontmoedigen om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken (Tan & Goonawardene, 2017).
- **Intentie:** De mate waarin patiënten van plan waren het gesprek aan te gaan met hun hulpverlener was voorspellend voor het aangaan van het gesprek. In 59% van de gevallen realiseerden patiënten de intentie om informatie te zoeken door zelf een onderwerp aan te snijden tijdens het gesprek met de hulpverlener (Borgers et al., 1993).
- **Prompt:** De aanwezigheid van een prompt (een herinnering aan het doelgedrag). Het tegenkomen van een behandeling-gerelateerde advertentie die suggereert om met een zorgverlener te praten zorgt dat patiënten online resultaten bespreken tijdens consultaties (Tan & Goonawardene, 2017).
- **Patiënttevredenheid:** De mate van tevredenheid van patiënten over hun consult. Dit verwijst naar de tevredenheid van patiënten met hun consult van hun zorgverlener. Patiënten die tevreden zijn met hun consult, zijn meer geneigd om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken (Tan & Goonawardene, 2017).

VERDIEPING GEDRAGSBEPALERS - HET GESPREK AANGAAN

- **Verwachtingen over de zorgverlener-patiëntrelatie:** Patiënten kunnen bepaalde opvattingen hebben over de zorgverlener-patiëntrelatie die hen ervan weerhouden om online resultaten te bespreken tijdens consulten. Zo bestaat er onder sommige patiënten bijvoorbeeld het beeld dat de zorgverlener een autoriteitsfiguur is waar naar geluisterd dient te worden. Dit kan patiënten ontmoedigen om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken (Tan & Goonawardene, 2017).
- **Zelf-effectiviteit:** De mate waarin patiënten in hun vermogen vertrouwen om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken. Patiënten die een hoge mate van zelf-effectiviteit hebben, zijn meer geneigd om online gezondheidsinformatie met hun zorgverlener te bespreken. (Borgers et al., 1993; Tan & Goonawardene, 2017).

VERDIEPING OVERIGE LITERATUUR

- **Attitude:** Mensen zijn meer geneigd om samen te beslissen als ze een positieve houding hebben ten opzichte van samen beslissen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als ze het belangrijk vinden om betrokken te worden bij hun behandeling en als ze vertrouwen hebben in de expertise van hun zorgverlener (Kramer et al., 2020).
- **Contact met zorgverleners:** Dit verwijst naar de mate waarin mensen contact hebben gehad met zorgverleners met betrekking tot hun gezondheidstoestand. Mensen die contact hebben gehad met zorgverleners zijn meer geneigd om gezonde gedragingen te vertonen en behouden, omdat ze advies en ondersteuning van zorgverleners kunnen ontvangen (Patiëntenfederatie Nederland, 2022).
- **Ervaren support van zorgverleners:** Dit verwijst naar de mate waarin mensen geloven dat zorgverleners hen kunnen ondersteunen bij het beheren van hun gezondheidstoestand. Mensen die geloven dat zorgverleners hen kunnen ondersteunen, zijn meer geneigd om gezonde gedragingen aan te nemen en te behouden (Patiëntenfederatie Nederland, 2022).
- **Kennis:** Mensen zijn meer geneigd om samen te beslissen als ze voldoende kennis hebben over hun aandoening en de behandelmogelijkheden (Kramer et al., 2020).
- **Patiënt-zorgverlenerrelatie:** De perceptie van een patiënt dat de zorgverlener weinig bekend is met hun persoonlijke achtergrond en behoeften. Het gevoel dat de zorgverlener de patiënt niet goed kent, heeft een negatieve invloed op samen-beslisgedrag. Daarentegen kan het gevoel dat de patiënt de zorgverlener wel goed kent, leiden tot meer actieve samen-beslissingen (Kramer et al., 2020).
- **Persoonlijke gezondheidsovertuigingen:** Dit verwijst naar de mate waarin mensen geloven dat een gezonde levensstijl invloed kan hebben op hun gezondheid. Mensen die geloven dat een gezonde levensstijl hun gezondheid positief kan beïnvloeden, zijn mogelijk eerder geneigd om gezonde gedragingen aan te nemen en te behouden (Patiëntenfederatie Nederland, 2022).
- **Persoonlijke relevantie:** Mensen zijn meer geneigd om samen te beslissen als ze het gevoel hebben dat de beslissing persoonlijk relevant is voor hen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als de behandeling invloed heeft op hun dagelijks leven of als de behandeling keuzes vereist die persoonlijke waarden en voorkeuren raken (Kramer et al., 2020).

VERDIEPING OVERIGE LITERATUUR

- **Sociale steun:** Dit verwijst naar de hulp en aanmoediging die door anderen wordt geboden. Mensen die ondersteunende sociale netwerken hebben, zijn mogelijk meer geneigd om gezonde gedragingen aan te nemen en te behouden (Patiëntenfederatie Nederland, 2022).
- **Subjectieve norm:** Mensen zijn meer geneigd om samen te beslissen als ze het gevoel hebben dat belangrijke anderen in hun omgeving dit ook belangrijk vinden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als ze gesteund worden door hun partner of familieleden om samen beslissingen te nemen (Kramer et al., 2020).
- **Voorbereiding van het gesprek:** De mate waarin mensen zich voorbereiden op een gesprek met hun zorgverlener over hun gezondheid en behandelopties. Mensen die zich niet voorbereiden, vertonen minder samen-beslisgedrag. Het voorbereiden op het gesprek bevordert juist actief samen-beslisgedrag (Kramer et al., 2020).

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

Hallo,

Als je ziek bent, een aandoening of gezondheidsklacht hebt, wil je je zo goed mogelijk voelen. En kunnen doen wat belangrijk voor je is. Gezond leven kan daarbij helpen. Zoals goed slapen, bewegen en gezond eten.

Patiëntenfederatie Nederland wil weten wat jij daarvan vindt. Onderzoeksbureau Dijksterhuis & Van Baaren heeft daarom in opdracht van Patiëntenfederatie een vragenlijst gemaakt. Met dit onderzoek willen we de informatie over en ondersteuning bij gezond leven verbeteren.

Jouw mening is daarvoor belangrijk.

Wat vragen we je te doen?

- De vragenlijst invullen.
- Het duurt ongeveer 10 - 15 minuten.
- Dit kan op je mobiel, tablet of computer.

Is het anoniem?

- Ja, het is anoniem.
- Dat betekent dat we niet weten wie je bent.
- We vragen geen persoonlijke gegevens, zoals jouw naam en adres.

Wie kan meedoen?

Je kan meedoen als:

- Je 16 jaar of ouder bent.
- Je de afgelopen 2 jaar één of meer van deze dingen hebt gehad:
 - Een operatie of nog een operatie moet ondergaan.
 - Een klacht, ziekte of aandoening met je lichaam.
 - Een depressie of andere psychische klacht.

Alvast bedankt voor je hulp!

Dijksterhuis & Van Baaren, in opdracht van Patiëntenfederatie Nederland.
Patiëntenfederatie Nederland is deelnemer in de Coalitie Leefstijl in de Zorg.

Heb je een vraag over dit onderzoek? Stuur een mail naar:

samenbeslissen@patientenfederatie.nl

Mocht je klachten hebben of problemen tegenkomen tijdens deelname, dan kan je die sturen naar gezondleven@dbgedrag.nl

Toestemming geven deelname onderzoek

* 1. Geef jij ons toestemming jouw anonieme antwoorden te analyseren voor dit onderzoek? Je mag altijd stoppen. Ook zonder reden.

- ☐ Ja, ik geef toestemming en wil deelnemen aan het onderzoek.
- ☐ Nee, ik geef geen toestemming en wil niet deelnemen aan het onderzoek.

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

Introductie

Voordat je de vragenlijst invult, leggen we 3 woorden uit. Deze woorden komen vaak terug in de vragenlijst. Lees ze goed, zodat je begrijpt wat we hiermee bedoelen.

Leefstijl:

Dit gaat over hoe je leeft. Bijvoorbeeld wat je eet, hoe vaak je beweegt, of je rookt, hoe laat je naar bed gaat en hoe je je ontspant. Iedereen heeft zijn eigen manier van leven. Dat noemen we leefstijl.

Zorgverlener:

Dit is iemand die mensen helpt die ziek zijn of zich niet goed voelen. Voorbeelden zijn een dokter, een verpleegkundige, een psycholoog of een fysiotherapeut. Ze weten veel over gezondheid en geven advies of behandelingen.

Zorgorganisatie:

Een zorgorganisatie is een plek of groep mensen die helpt om mensen beter te maken of gezond te houden. In een zorgorganisatie krijg je medische hulp en advies. Bijvoorbeeld: ziekenhuizen, verpleeghuizen, fysiotherapiepraktijken en GGZ-instellingen.

Soms zie je achter vragen of woorden (i) staan. Dit betekent extra informatie. Als je hier op klikt, verschijnt er een toelichting op de vraag of uitleg van het woord.
Let op: je kan pas door naar de volgende pagina als alle vragen zijn beantwoord.

* 2. Had je in de afgelopen 2 jaar een **lichamelijke** ziekte, aandoening of gezondheidsklacht?

- ☐ Ja
☐ Nee

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 3. Wat past het beste bij jouw **lichamelijke** ziekte, aandoening of gezondheidsklacht?

- ☐ Ik heb of had een **kortdurende of eenmalige** gezondheidsklacht.
- ☐ Ik heb of had een **terugkerende of langdurige** ziekte of klacht.
(Een langdurige ziekte of klacht kan voorbij gaan, bijvoorbeeld na een behandeling)
- ☐ Ik heb een **chronische** ziekte of aandoening.
(Een chronische ziekte gaat nooit meer weg)

* 4. Is er voor jouw **lichamelijke** ziekte, aandoening of gezondheidsklacht een diagnose gesteld door een zorgverlener?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 5. Welke **diagnose(s)** heb jij gehad?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Diabetes
- ☐ Hart- of vaatziekten
- ☐ Hersen- of zenuwaandoening zoals migraine, Parkinson, epilepsie of MS
- ☐ Hooraandoening
- ☐ Huidaandoening
- ☐ Kanker
- ☐ Lichamelijke beperking
- ☐ Longaandoening
- ☐ Maag-, lever-, darmaandoening
- ☐ Nier-, blaas-, prostaataandoening
- ☐ Oogaandoening
- ☐ Een aandoening aan je gewrichten, spieren en pezen, zoals reuma
- ☐ Een aandoening aan je botten zoals osteoporose
- ☐ Schildklieraandoening
- ☐ Weet ik niet
- ☐ Anders, namelijk

* 6. Hoeveel last had je **in de afgelopen maand** door je lichamelijke ziekte, aandoening of gezondheidsklacht bij het doen van..

	Helemaal niet	Een beetje	Best wel	Erg	Heel erg
..zware lichamelijke activiteiten (trap lopen, haasten, sporten)?	☐	☐	☐	☐	☐
..matige lichamelijke activiteiten (wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)?	☐	☐	☐	☐	☐
..dagelijkse activiteiten (jezelf wassen, scheren)?	☐	☐	☐	☐	☐
..sociale activiteiten (praten, omgaan met kinderen, vrienden/familie bezoeken)?	☐	☐	☐	☐	☐
..activiteiten waarbij je goed moet nadenken (werken, studeren, lezen, autorijden)?	☐	☐	☐	☐	☐

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 7. Had je in de afgelopen 2 jaar een **psychische** ziekte, aandoening of gezondheidsklacht?

- ☐ Ja
☐ Nee

* 8. Wat past het beste bij jouw **psychische** ziekte, aandoening of gezondheidsklacht?

- ☐ Ik heb of had een **kortdurende** of **eenmalige** gezondheidsklacht.
☐ Ik heb of had een **terugkerende** of **langdurige** ziekte of gezondheidsklacht.
(Een langdurige ziekte of gezondheidsklacht kan voorbij gaan, bijvoorbeeld na een behandeling)
☐ Ik heb een **chronische** ziekte of aandoening.
(Een chronische ziekte gaat nooit meer weg)

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 9. Is er voor jouw **psychische** ziekte, aandoening of gezondheidsklacht een diagnose gesteld door een zorgverlener?

- ☐ Ja
☐ Nee

* 10. Welke **diagnose(s)** heb jij gehad?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Depressie
☐ Angststoornis
☐ ADHD
☐ Persoonlijkheidsstoornis *(afhankelijke, dwangmatige, ontwijkende of borderline)*
☐ Autisme
☐ Bipolaire stoornis
☐ Schizofrene stoornis
☐ Psychotische stoornis
☐ Posttraumatische stressstoornis
☐ Neuropsychiatrie
☐ Weet ik niet
☐ Anders, namelijk

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 11. Hoeveel last had je **in de afgelopen maand** door je psychische ziekte, aandoening of gezondheidsklacht bij het doen van..

	Helemaal niet	Een beetje	Best wel	Erg	Heel erg
..zware lichamelijke activiteiten (trap lopen, haasten, sporten)?	☐	☐	☐	☐	☐
..matige lichamelijke activiteiten (wandelen, huishoudelijk werk, boodschappen doen)?	☐	☐	☐	☐	☐
..dagelijkse activiteiten (jezelf wassen, scheren)?	☐	☐	☐	☐	☐
..sociale activiteiten (praten, omgaan met kinderen, vrienden/familie bezoeken)?	☐	☐	☐	☐	☐
..activiteiten waarbij je goed moet nadenken (werken, studeren, lezen, autorijden)?	☐	☐	☐	☐	☐

* 12. Van welk type ziekte, aandoening of gezondheidsklacht ervaar je de **meeste last**?

- ☐ Een lichamelijke ziekte, aandoening of gezondheidsklacht
- ☐ Een psychische ziekte, aandoening of gezondheidsklacht
- ☐ Beide typen evenveel

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 13. Voor welk type ziekte, aandoening of gezondheidsklacht wil je deze vragenlijst over leefstijl invullen?

- ☐ Een lichamelijke ziekte, aandoening of gezondheidsklacht
- ☐ Een psychische ziekte, aandoening of gezondheidsklacht

Beantwoord de rest van de vragen over jouw lichamelijke ziekte(n), aandoening(en) of gezondheidsklacht(en)

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

Beantwoord de rest van de vragen over jouw psychische ziekte(n), aandoening(en) of gezondheidsklacht(en)

* 14. Heb je wel eens **zelf naar informatie gezocht** over hoe leefstijl kan helpen bij jouw ziekte, aandoening of gezondheidsklacht? ⁽¹⁾

☐ Ja

☐ Nee

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 15. Welke informatie heb je hierover opgezocht? (i)

Ik ben op zoek gegaan naar informatie over..

(Let op: vul hier voor elk onderwerp ja of nee in)

	Ja	Nee
..leefstijl in het algemeen	☐	☐
..beweging	☐	☐
..voeding	☐	☐
..alcohol	☐	☐
..drugs	☐	☐
..roken	☐	☐
..medicijnen	☐	☐
..slapen	☐	☐
..in contact zijn met andere mensen (bijvoorbeeld vrienden of familie)	☐	☐
..in contact zijn met mezelf	☐	☐
..ontspanning	☐	☐

anders, namelijk

* 16. Waarom ging jij op zoek naar deze informatie? (i)

- ☐ Ik werd geopereerd
- ☐ Ik kreeg (meer) last van mijn ziekte, aandoening, gezondheidsklacht(en)
- ☐ Ik moest (nieuwe) medicijnen gaan gebruiken
- ☐ Ik kreeg bijwerkingen van mijn medicijnen
- ☐ Ik kreeg een (nieuwe) diagnose
- ☐ Ik kreeg een nieuwe/andere behandeling (of operatie)
- ☐ Ik wilde me fitter voelen
- ☐ Ik kwam in contact met andere mensen met dezelfde ziekte, aandoening of gezondheidsklacht
- ☐ De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl
- ☐ Iemand anders (bijvoorbeeld vriend of familielid) moedigde me aan hier informatie over te zoeken
- ☐ Ik ging studeren
- ☐ Ik stopte met werken
- ☐ Ik kreeg een (andere) baan
- ☐ Ik ging alleen wonen
- ☐ Mijn relatie ging over
- ☐ Ik ging samen met iemand (anders) wonen
- ☐ Ik kreeg een (andere) relatie
- ☐ Ik ging trouwen
- ☐ Ik werd zwanger/kreeg een kind
- ☐ Ik wilde zwanger worden
- ☐ Iemand in mijn omgeving werd ziek/ging dood
- ☐ Anders, namelijk

17. Kan je iets meer vertellen over waarom jij op zoek ging naar deze informatie? (i)

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 18. Waarom ging je niet op zoek naar informatie over hoe leefstijl kan helpen bij jouw ziekte, aandoening of gezondheidsklacht?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ik weet niet waar te beginnen
- ☐ Ik denk niet dat er informatie is
- ☐ Ik denk dat de informatie die ik vind niet goed is
- ☐ Ik vertrouw op de informatie die ik van mijn zorgverlener krijg
- ☐ Ik vertrouw op de beslissing van mijn zorgverlener, deze weet wat het beste is voor mij
- ☐ Mijn behandeling of medicijnen helpen mij al genoeg
- ☐ Ik heb al een gezonde leefstijl
- ☐ Ik denk dat het geen zin heeft om mijn leefstijl aan te passen
- ☐ Ik denk dat ik mijn leefstijl niet kan aanpassen
- ☐ Ik denk dat mijn leefstijl aanpassen duur is
- ☐ Ik vergeet het om op zoek te gaan naar informatie over leefstijl
- ☐ Anders, namelijk

19. Kan je iets meer vertellen over waarom jij niet op zoek ging naar deze informatie? (i).

* 20. Ben je van plan in **de komende 3 maanden** zelf naar deze informatie? (i)

- ☐ Ja
- ☐ Nee

* 21. De volgende stellingen gaan over het vinden van informatie over hoe leefstijl kan helpen bij jouw ziekte, aandoening of gezondheidsklacht.

Ben je het eens met deze stellingen?

Als je niet naar informatie hebt gezocht, geef dan bij elke stelling aan wat je verwacht.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Neutraal	Een beetje eens	Helemaal eens	Weet ik niet
Hierover is genoeg informatie.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik kan deze informatie goed vinden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informatie die ik hierover vind is betrouwbaar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informatie die ik hierover vind is nuttig.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* 22. Hoe belangrijk vinden **mensen in jouw omgeving** het om te zoeken naar deze informatie? (i)

- ☐ Heel onbelangrijk
- ☐ Een beetje onbelangrijk
- ☐ Neutraal
- ☐ Een beetje belangrijk
- ☐ Heel belangrijk
- ☐ Weet ik niet

* 23. Zijn er mensen die jou kunnen **helpen** met zoeken naar deze informatie? (i)

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 24. Heb je wel eens **met een zorgverlener** **gepraat** over hoe leefstijl kan helpen bij jouw ziekte, aandoening of gezondheidsklacht?

- ☐ Ja
☐ Nee
☐ Weet ik niet

* 25. Met wie heb je **hierover** **gepraat?** (i)
(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Huisarts
☐ Praktijkondersteuner huisarts (POH)
☐ Arts of specialist in het ziekenhuis
☐ Verpleegkundige in het ziekenhuis
☐ Verpleegkundige thuiszorg
☐ Revalidatie-arts
☐ Diëtist of voedingsdeskundige
☐ Fysiotherapeut of ergotherapeut
☐ Bedrijfsarts, verzekeringsarts of arbeidsdeskundige
☐ Psycholoog
☐ Psychiater
☐ Sociaal werker, maatschappelijk werker, sociaal pedagogisch hulpverlener
☐ Anders, namelijk

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 26. Wie begon dit gesprek? (i)

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ikzelf
- ☐ Mijn zorgverlener
- ☐ Weet ik niet meer
- ☐ Iemand anders, namelijk

* 27. Waarom begon je hier niet zelf het gesprek over met je zorgverlener? (i)

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ik denk dat mijn zorgverlener dat vervelend vindt
- ☐ Ik weet niet hoe hierover te beginnen
- ☐ Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin
- ☐ Ik vertrouw op de informatie die ik al van mijn zorgverlener krijg
- ☐ Ik wil de behandeling of beoordeling van de zorgverlener niet verstoren
- ☐ Ik vind dat de zorgverlener mij moet vertellen hoe het zit, niet andersom
- ☐ Ik denk dat de zorgverlener mij geen (goede) informatie over leefstijl kan geven
- ☐ Ik vind dat de zorgverlener niks te zeggen heeft over mijn leefstijl
- ☐ Ik leef al gezond
- ☐ Ik heb medicijnen die mij al voldoende helpen
- ☐ Ik denk dat het geen zin heeft om mijn leefstijl aan te passen
- ☐ Ik denk dat ik mijn leefstijl niet kan aanpassen
- ☐ Er is geen tijd voor tijdens het gesprek
- ☐ Ik vergeet het tijdens het gesprek
- ☐ Mijn zorgverlener begon er al over
- ☐ Anders, namelijk

28. Kan je iets meer vertellen over waarom je hier niet over begon? (i)

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 29. Waarom begon je hier zelf een gesprek over met je zorgverlener? (i)
(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ik werd geopereerd
- ☐ Ik kreeg (meer) last van mijn ziekte, aandoening, gezondheidsklacht
- ☐ Ik ging studeren
- ☐ Ik stopte met werken
- ☐ Ik kreeg een (andere) baan
- ☐ Ik ging alleen wonen
- ☐ Mijn relatie ging over
- ☐ Ik ging samen met iemand (anders) wonen
- ☐ Ik kreeg een (andere) relatie
- ☐ Ik ging trouwen
- ☐ Ik werd zwanger/kreeg een kind
- ☐ Ik wilde zwanger worden
- ☐ Iemand in mijn omgeving werd ziek/ging dood
- ☐ Ik moest (nieuwe) medicijnen gaan gebruiken
- ☐ Ik kreeg bijwerkingen van mijn medicijnen
- ☐ Ik kreeg een (nieuwe) diagnose
- ☐ Ik kreeg een nieuwe/andere behandeling (of operatie)
- ☐ Ik wilde me fitter voelen
- ☐ Ik kwam in contact met andere mensen met dezelfde ziekte, aandoening of gezondheidsklacht
- ☐ Iemand anders (bijvoorbeeld vriend of familielid) moedigde me aan hier informatie over te zoeken
- ☐ De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl
- ☐ De zorgverlener vroeg of ik bij het volgende gesprek wilde delen wat ik (online) had gelezen
- ☐ Anders, namelijk

30. Kan je iets meer vertellen over waarom je hierover begon? (i)

* 31. We zijn benieuwd waarover je met je zorgverlener hebt gepraat.

Ik ben het gesprek begonnen over..

	Ja	Nee
..leefstijl in het algemeen	☐	☐
..beweging	☐	☐
..voeding	☐	☐
..alcohol	☐	☐
..drugs	☐	☐
..roken	☐	☐
..medicijnen	☐	☐
..slapen	☐	☐
..in contact zijn met andere mensen (bijvoorbeeld vrienden of familie)	☐	☐
..in contact zijn met mezelf	☐	☐
..ontspanning	☐	☐

anders, namelijk

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 32. Ben je momenteel onder behandeling bij een zorgverlener voor jouw ziekte, aandoening of gezondheidsklacht?

- ☐ Ja
☐ Nee

* 33. Ben je van plan **in de komende 3 maanden** zelf een gesprek met een zorgverlener te beginnen over hoe leefstijl kan helpen bij jouw ziekte, aandoening of gezondheidsklacht(en)?

- ☐ Ja
☐ Nee

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 34. Hoe belangrijk vinden **mensen in jouw omgeving** het om een gesprek te beginnen met een zorgverlener over hoe leefstijl kan helpen?

- ☐ Heel onbelangrijk
- ☐ Een beetje onbelangrijk
- ☐ Neutraal
- ☐ Een beetje belangrijk
- ☐ Heel belangrijk
- ☐ Weet ik niet

* 35. Zijn er **mensen die je kunnen helpen** met het gesprek beginnen met je zorgverlener over hoe leefstijl kan helpen bij jouw ziekte, aandoening of gezondheidsklacht?

- ☐ Ja
- ☐ Nee
- ☐ Weet ik niet

* 36. Hoe vaak neem je iemand mee naar gesprekken met je zorgverlener?

- ☐ Nooit
- ☐ Af en toe
- ☐ Regelmatig
- ☐ Heel vaak
- ☐ Altijd

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 37. De volgende stellingen gaan over jouw ervaring met of verwachting over je zorgverlener.

Ben je het eens met deze stellingen?

Als je geen gesprek over leefstijl hebt gehad met je zorgverlener, geef dan bij die stellingen aan wat je verwacht.

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Neutraal	Een beetje eens	Helemaal eens	Weet ik niet
Mijn zorgverlener luistert goed naar mij	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn zorgverlener kan begrijpelijk uitleggen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn zorgverlener en ik bepalen samen welke zorg of behandeling ik krijg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn zorgverlener vindt het lastig als ik een gesprek begin over leefstijl	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik ben bang om dom over te komen als ik met mijn zorgverlener praat over leefstijl	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn zorgverlener kan mij goed advies geven over leefstijl	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Er is genoeg tijd in gesprekken met mijn zorgverlener om het over leefstijl te hebben	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mijn zorgverlener kan mij doorverwijzen naar iemand die mij ondersteunt bij (het veranderen van) mijn leefstijl	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* 38. De volgende stellingen gaan over de invloed van het veranderen van je leefstijl.

Ben je het eens met deze stellingen?

Door het veranderen van mijn leefstijl...

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Neutraal	Een beetje eens	Helemaal eens	Weet ik niet
... kan ik beter omgaan met mijn ziekte, aandoening of gezondheidsklacht	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... voorkom ik dat mijn ziekte aandoening of gezondheidsklacht erger wordt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zorg ik dat ik minder last heb van mijn ziekte, aandoening of gezondheidsklacht	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* 39. Ben je het eens met de volgende stellingen?

	Helemaal oneens	Een beetje oneens	Neutraal	Een beetje eens	Helemaal eens
Ik ben zelf verantwoordelijk voor mijn gezondheid	☐	☐	☐	☐	☐
Door mijn ziekte, aandoening of gezondheidsklacht heb ik mijn leefstijl aangepast	☐	☐	☐	☐	☐

* 40. Hoeveel last had je **in de afgelopen maand** van..

	Helemaal niet	Een beetje	Best wel	Erg	Heel erg
..piekeren	☐	☐	☐	☐	☐
..lusteloosheid	☐	☐	☐	☐	☐
..spanningen (of een gespannen gevoel)	☐	☐	☐	☐	☐
..vermoeidheid	☐	☐	☐	☐	☐
..pijn	☐	☐	☐	☐	☐

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

* 41. Hoe belangrijk vind je informatie over de onderstaande leefstijl onderwerpen? (1)

	Helemaal niet	Een beetje	Best wel	Erg	Heel erg	Weet ik niet
Beweging	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Voeding	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alcohol	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Drugs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Roken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medicijnen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Slapen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In contact zijn met andere mensen (bijvoorbeeld vrienden of familie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
In contact zijn met mezelf	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ontspanning	☐	☐	☐	☐	☐	☐

* 42. Wat vind jij belangrijk om te weten over een leefstijl onderwerp?
(Meerdere antwoorden mogelijk)

Informatie over...

- ☐ De voordelen van leefstijl
- ☐ Welke leefstijl veranderingen invloed hebben op mijn ziekte, aandoening of gezondheidsklacht
- ☐ Hoe ik kan beginnen met veranderen van mijn leefstijl
- ☐ Hoe ik veranderingen in mijn leefstijl kan volhouden
- ☐ Wie mij kan helpen bij het beginnen en volhouden van veranderingen in mijn leefstijl
- ☐ Ik vind informatie over leefstijl niet belangrijk

* 43. Je gaf aan al eens informatie te hebben gezocht over leefstijl. Heb je genoeg informatie kunnen vinden over...

	Ja	Nee	Niet naar gezocht
De voordelen van leefstijl	☐	☐	☐
Welke leefstijl veranderingen invloed hebben op mijn ziekte, aandoening of gezondheidsklacht	☐	☐	☐
Hoe ik kan beginnen met het veranderen van mijn leefstijl	☐	☐	☐
Hoe ik veranderingen in mijn leefstijl kan volhouden	☐	☐	☐
Wie mij kan helpen bij beginnen en volhouden van veranderingen in mijn leefstijl	☐	☐	☐

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

44. Waar vind je de meest betrouwbare informatie over leefstijl?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Familie/vrienden/kennissen
- ☐ Social media-influencers en bloggers
- ☐ Zorgverleners of zorgorganisaties
- ☐ Patiëntenorganisaties
- ☐ Lotgenoten (lotgenoten zijn mensen met jouw ziekte, aandoening of klacht)
- ☐ Zorgverzekeraars
- ☐ De overheid
- ☐ Gebedshuizen en hun voorgangers (gebedshuizen zoals een kerk, synagoge of moskee. Voorgangers zoals predikant, priester, rabbi of imam)
- ☐ Nieuwsmedia
- ☐ Kennisorganisaties over gezondheid (zoals het Voedingscentrum, RIVM, Nivel)
- ☐ Anders, namelijk

45. Hoe wil je deze informatie het liefst vinden of ontvangen?

- ☐ Mondeling via de zorgverlener
- ☐ Via de online zoekmachines zoals Google, Bing of Yahoo
- ☐ Sociale media (video's of teksten)
- ☐ Websites (video's of teksten)
- ☐ Via bijeenkomsten of evenementen over gezond leven met een ziekte, aandoening of gezondheidsklacht
- ☐ Via podcastst en webinars
- ☐ Via apps
- ☐ Via (fysieke) folders of posters
- ☐ Via de krant of tijdschriften
- ☐ Via de radio
- ☐ Via de televisie
- ☐ Via boeken
- ☐ Anders, namelijk

46. Wat kan jouw zorgverlener doen zodat jij sneller of makkelijker met hem of haar in gesprek gaat over leefstijl?

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

47. Wat kan een zorgverlener doen zodat jij sneller of makkelijker met hem of haar in gesprek gaat over leefstijl?

* 48. Ben je...

- ☐ Man
- ☐ Vrouw
- ☐ Anders
- ☐ Dat zeg ik liever niet

* 49. Hoe oud ben je?

* 50. Wat is de hoogste opleiding die je hebt afgemaakt?

- ☐ Geen opleiding
- ☐ Lagere school, basisschool of speciaal basisonderwijs
- ☐ LTS, LEAO, LHNO, VMBO-K, VMBO-B
- ☐ MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t
- ☐ MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS
- ☐ HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS
- ☐ HBO, HTS, HEAO, HBO-V
- ☐ Universiteit
- ☐ Iets anders, namelijk:

BIJLAGE 2 - VRAGENLIJST

Toestemming delen antwoorden

* 51. Patiëntenorganisaties zoals ReumaNederland en Diabetes Vereniging Nederland willen graag aanvullend onderzoek doen. Zij willen bijvoorbeeld weten wat mensen met een ziekte als reuma of diabetes vinden.

Geef jij ons toestemming jouw anonieme antwoorden te delen voor aanvullend onderzoek?

- ☐ Ja, ik geef toestemming voor het delen van mijn antwoorden met patiëntenorganisaties.
- ☐ Nee, ik geef geen toestemming voor het delen van mijn antwoorden met patiëntenorganisaties.

Einde vragenlijst

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk bedankt voor je deelname.

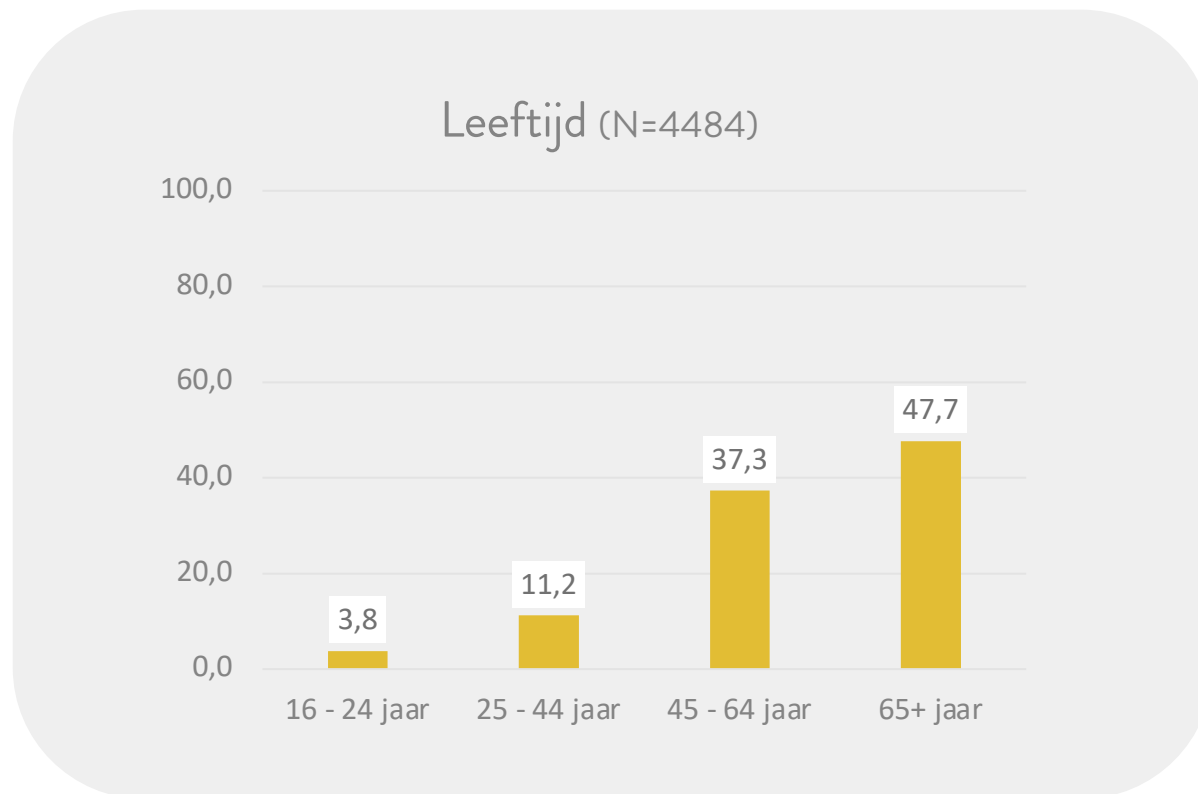
Meer weten over het onderzoek?

Begin 2024 vind je meer informatie over het onderzoek op www.patiëntenfederatie.nl

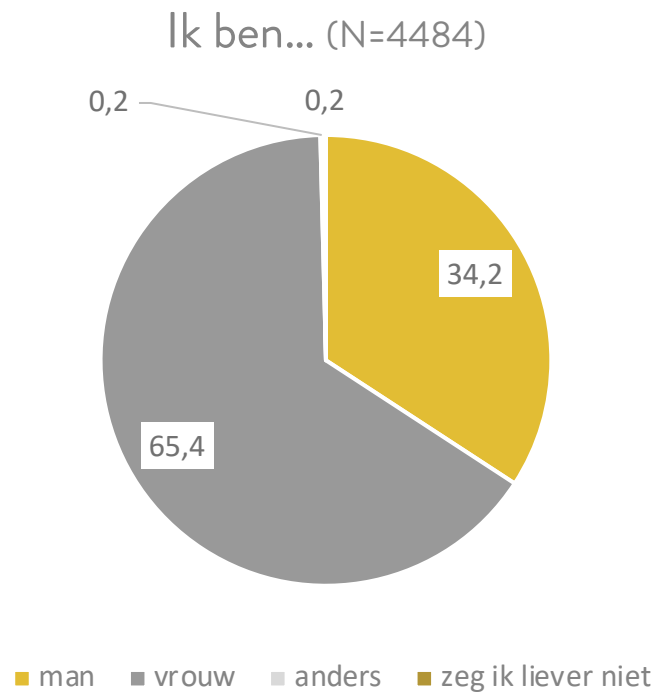
Heb je een vraag over dit onderzoek? Stuur dan een mail naar: samenbeslissen@patiëntenfederatie.nl

Mocht je klachten hebben of problemen tegen zijn gekomen tijdens deelname, dan kan je die sturen naar gezondleven@dbgedrag.nl

BIJLAGE 3 – DEMOGRAFISCHE GEGEVENS: LEEFTIJD

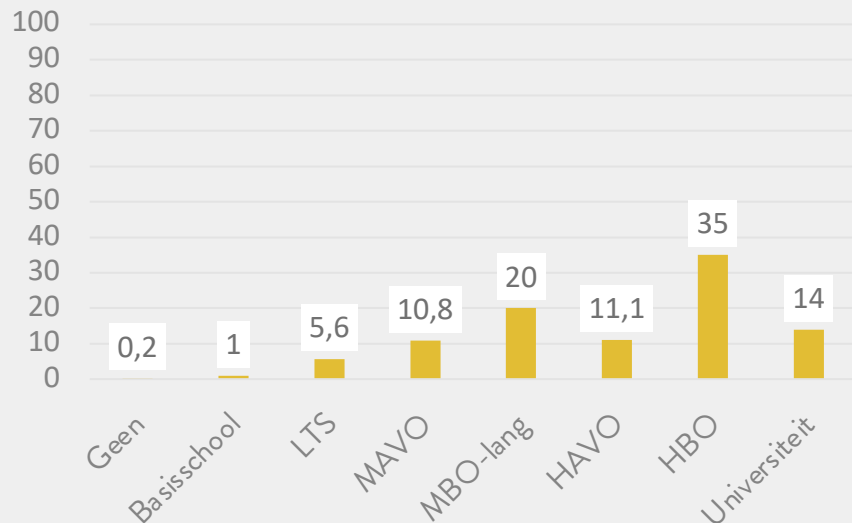


BIJLAGE 3 – DEMOGRAFISCHE GEGEVENS: GESLACHT



BIJLAGE 3 – DEMOGRAFISCHE GEGEVENS: OPLEIDINGSNIVEAU

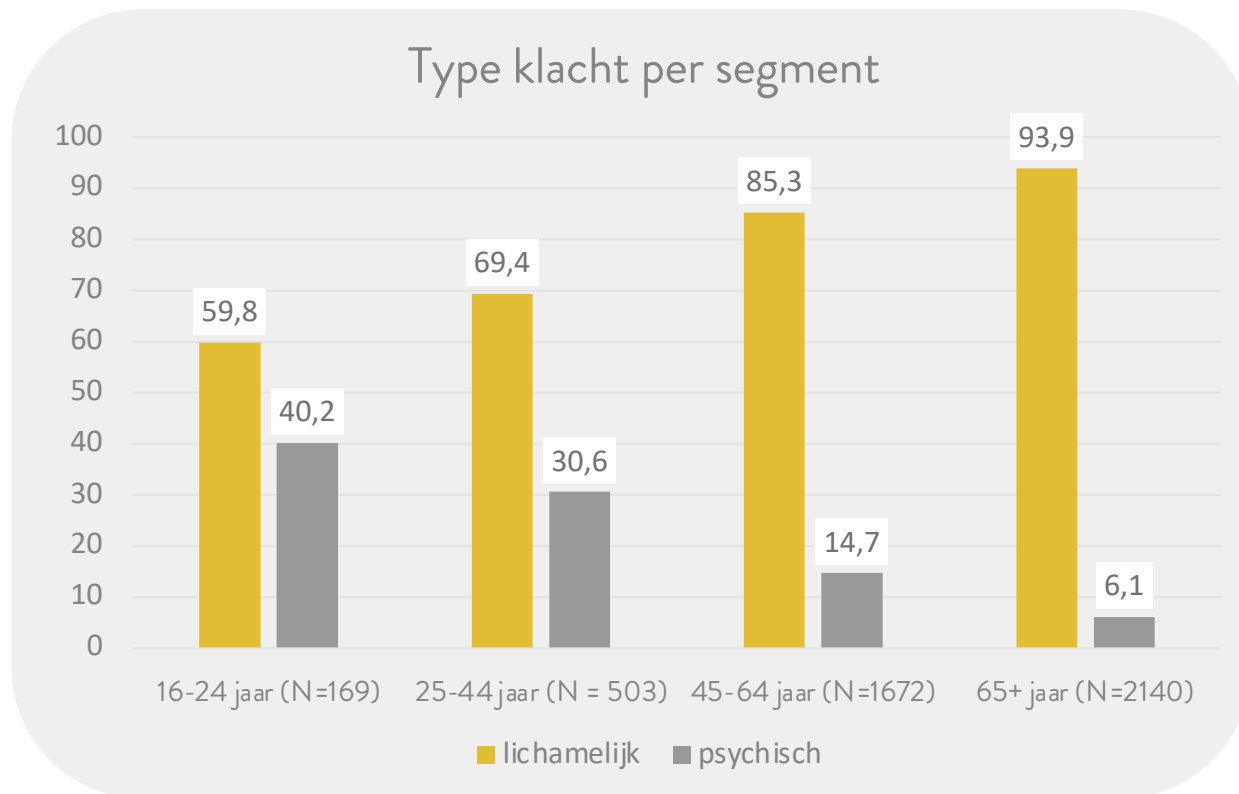
Hoogstafgeronde opleiding (N=4484)



Legenda

Geen	= geen opleiding
Basisschool	= lagere school, basisschool of speciaal basisonderwijs
LTS	= LTS, LEAO, LHNO, VMBO-K, VMBO-B
MAVO	= MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t
MBO-lang	= MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS
HAVO	= HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS
HBO	= HBO, HTS, HEAO, HBO-V
Universiteit	= Universiteit

BIJLAGE 3 – DEMOGRAFISCHE GEGEVENS: TYPE KLACHT



BIJLAGE 4 – EFFECTGROOTTE + SIGNIFICANTIENIVEAU INFORMATIE ZOEKEN

We gebruikten een logistisch regressiemodel om te bepalen welke factoren samenhangen met of een patiënt naar informatie zoekt.

Variabele	Significant	Effectgrootte*
Lichamelijke klacht ^a	<.001	2.484
Leeftijdscategorie ^b	<.001	
16-24	.99	1.014
24-44	.025	1.515
45-64	<.001	1.631
Leefstijlaanpassingen	<.001	1.442
Ervaren belang	<.001	1.419
Mentale belasting	<.001	1.239
Ervaren sociale norm	.003	1.164
Eigen verantwoordelijkheid	.001	.846
Betrouwbaarheid informatie	.040	1.126
Ervaren last klacht bij lichamelijke activiteiten	.845	1.013
Ervaren last klacht bij mentale activiteiten	.646	1.033
Informatie kunnen vinden	.065	1.107
Ervaren vermoeidheid	.076	1.095
Hulp kunnen krijgen bij informatie zoeken ^c	.745	.966

Voetnoot: N = 4483; ^a Referentie categorie = Psychische klacht, ^b Referentie categorie = 65+, ^c Referentie categorie = Geen hulp kunnen krijgen/niet weten

* Effectgrootte = Odds ratio

BIJLAGE 5 - VERSCHILLEN TUSSEN DOELGROEPEN GEDRAGSBEPALERS – INFORMATIE ZOEKEN

We keken of de invloed van de gedragsbepalers verschilt tussen de doelgroepsegmenten. De belangrijkste resultaten staan in Hoofdstuk 6. In deze bijlage wordt beschreven wat precies het verband is tussen de gedragsbepalers en de doelgroepsegmenten waarop de gedragsbepalers verschillen.

Als patiënten tussen de **25-44 met psychische klachten** en patiënten tussen de **45-65+ met lichamelijke klachten** **meer belang ervaren** van aanpassingen maken in hun leefstijl is de kans (nog) groter dat zij naar informatie over leefstijl zoeken.

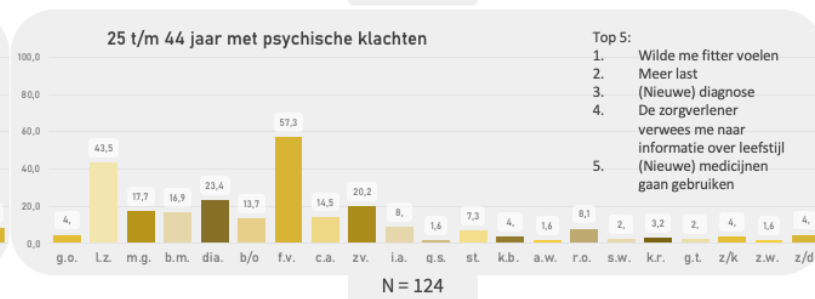
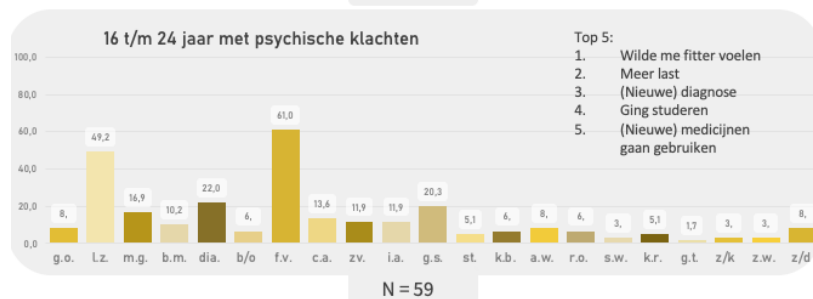
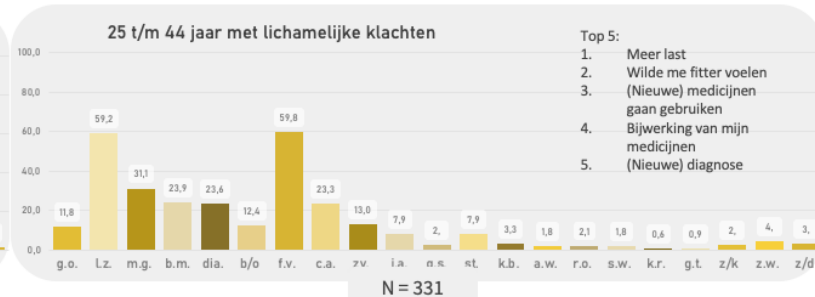
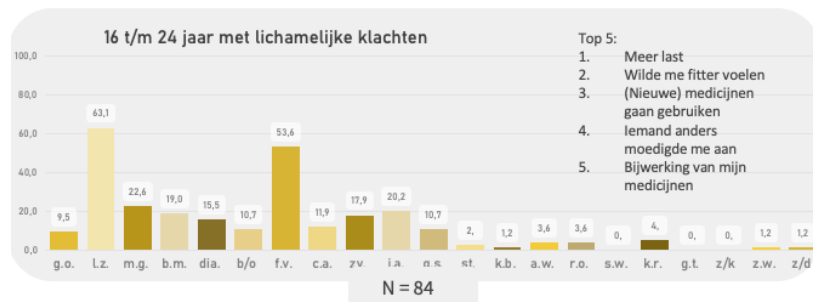
Als patiënten tussen de **25-44 jaar met psychische klachten** denken dat er **mensen zijn die hun kunnen helpen** met het zoeken naar informatie is de kans groter dat zij op zoek gaan naar informatie over leefstijl.

Als patiënten tussen de **45-64 jaar met psychische klachten** **meer last** hebben van hun klachten bij het doen van **lichamelijke activiteiten** is de kans groter dat zij op zoek gaan naar informatie over leefstijl.

Als patiënten tussen **45-65+ jaar met lichamelijke klachten** sterker vinden dat zij **zelf verantwoordelijk** zijn voor hun gezondheid is de kans (nog) kleiner dat zij informatie over leefstijl zoeken.

BIJLAGE 6 – TRIGGERS INFORMATIE ZOEKEN

WAAROM GING JIJ OP ZOEK NAAR DEZE INFORMATIE? (1/2)



■ g.o. = Geopereerd

■ b.m. = Bijwerkingen van mijn medicijnen

■ f.v. = Wilde me fitter voelen

■ i.a. = Iemand anders moedigde me aan

■ k.b. = Kreeg een (andere) baan

■ s.w. = Ging samen wonen

■ z/k = Werd zwanger/kreeg een kind

■ l.z. = (Meer) last

■ dia. = (Nieuwe) diagnose

■ c.a. = contact met mensen met dezelfde ziekte...

■ g.s. = Ging studeren

■ a.w. = Ging alleen wonen

■ k.r. = Kreeg een (andere) relatie

■ z.w. = Wilde zwanger worden

■ m.g. = (Nieuwe) medicijnen gaan gebruiken

■ b/o = Nieuwe/andere behandeling (of operatie)

■ z.v. = De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl

■ s.w. = Stopte met werken

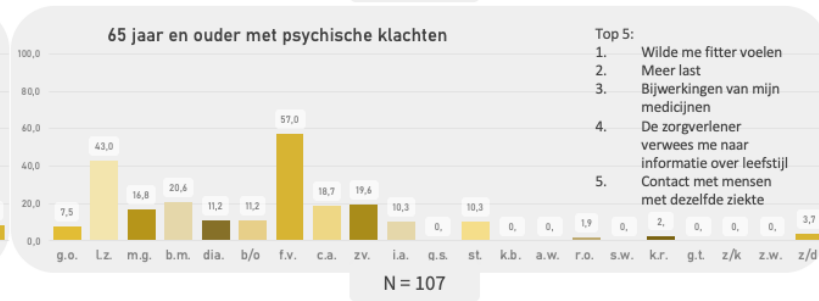
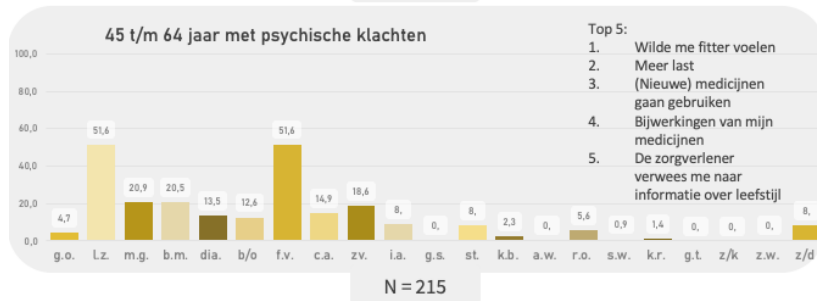
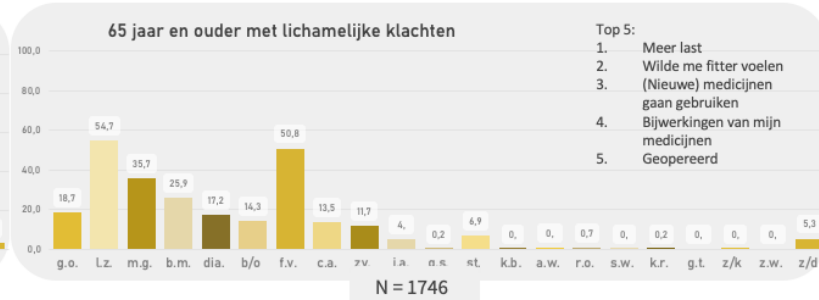
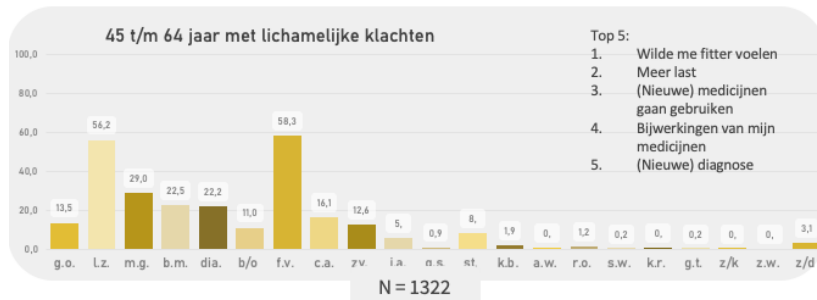
■ r.o. = Relatie ging over

■ g.t. = Ging trouwen

■ z/d = Iemand in mijn omgeving werd ziek/ging dood

BIJLAGE 6 – TRIGGERS INFORMATIE ZOEKEN

WAAROM GING JIJ OP ZOEK NAAR DEZE INFORMATIE? (2/2)



- g.o. = Geopereerd
- b.m. = Bijwerkingen van mijn medicijnen
- f.v. = Wilde me fitter voelen
- i.a. = Iemand anders moedigde me aan
- k.b. = Kreeg een (andere) baan
- s.w. = Ging samen wonen
- z/k = Werd zwanger/kreeg een kind

- l.z. = (Meer) last
- dia. = (Nieuwe) diagnose
- c.a. = contact met mensen met dezelfde ziekte...
- g.s. = Ging studeren
- a.w. = Ging alleen wonen
- k.r. = Kreeg een (andere) relatie
- z.w. = Wilde zwanger worden

- m.g. = (Nieuwe) medicijnen gaan gebruiken
- b/o = Nieuwe/andere behandeling (of operatie)
- z.v. = De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl
- s.w. = Stopte met werken
- r.o. = Relatie ging over
- g.t. = Ging trouwen
- z/d = Iemand in mijn omgeving werd ziek/ging dood

BIJLAGE 7 - VERSCHILLEN TUSSEN DOELGROEPEN TRIGGERS – INFORMATIE ZOEKEN

We keken of triggers om informatie te zoeken verschillen tussen de leeftijdscategorieën en type klachten (lichamelijke vs. psychisch). De belangrijkste resultaten staan in Hoofdstuk 6. In deze bijlage wordt beschreven wat precies het verband is tussen de genoemde triggers en de doelgroepsegmenten waarop ze verschillen.

Leeftijdscategorieën

Bij patiënten tussen de **16-24 jaar** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om informatie te zoeken:

- ‘Ik ging studeren’

Bij patiënten tussen de **25-64 jaar** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om informatie te zoeken:

- ‘Ik kreeg een nieuwe diagnose’

Bij patiënten van **65+ jaar** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om informatie te zoeken:

- ‘Ik werd geopereerd’

Type klachten

Bij patiënten met **lichamelijke klachten** is er een grotere kans om als reden te geven om informatie te zoeken:

- ‘Ik werd geopereerd’
- ‘Ik kreeg een nieuwe diagnose’

Bij patiënten met **psychische klachten** is er een grotere kans om volgende reden aan te geven als reden om informatie te zoeken:

- ‘De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl’

BIJLAGE 7 - VERSCHILLEN TUSSEN DOELGROEPEN TRIGGERS – INFORMATIE ZOEKEN

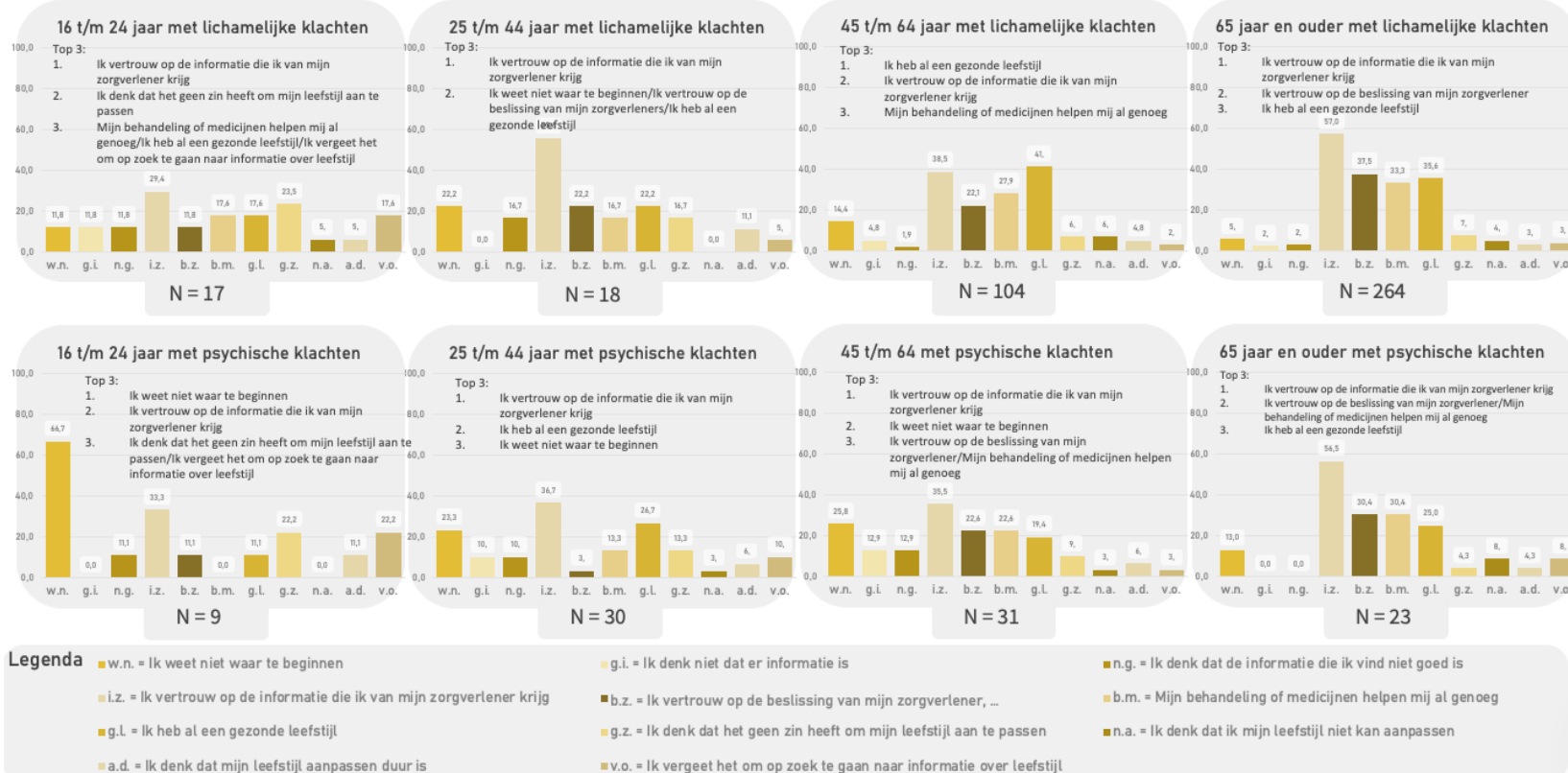
Doelgroepsegmenten

Bij patiënten tussen de 16-24 jaar met lichamelijke klachten is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven als reden om informatie te zoeken:

- 'Iemand anders (bijvoorbeeld vriend of familielid) moedigde me aan hier informatie over te zoeken'

BIJLAGE 8 – TRIGGERS GEEN INFORMATIE ZOEKEN

WAAROM GING JE NIET OP ZOEK NAAR INFORMATIE



BIJLAGE 9 - VERSCHILLEN TUSSEN DOELGROEPEN TRIGGERS – NIET INFORMATIE ZOEKEN

We keken of triggers om geen informatie te zoeken verschillen tussen de leeftijdscategorieën en type klachten (lichamelijke vs. psychisch). De belangrijkste resultaten staan in Hoofdstuk 6. In deze bijlage wordt beschreven wat precies het verband is tussen de genoemde triggers en de doelgroepsegmenten waarop ze verschillen.

Type klachten

Bij patiënten met **psychische klachten** is er een grotere kans om volgende redenen aan te geven als redenen om niet naar informatie te zoeken:

- ‘Ik weet niet waar te beginnen’

BIJLAGE 10 – GESPREK BEGINNEN: MET WIE?

MET WIE HEB JE HIEROVER GEPRAAKT?



BIJLAGE 11 – EFFECTGROOTTE SIGNIFICANTIE GESPREK BEGINNEN

We gebruikten een logistisch regressiemodel om te bepalen welke factoren samenhangen met of een patiënt naar informatie zoekt.

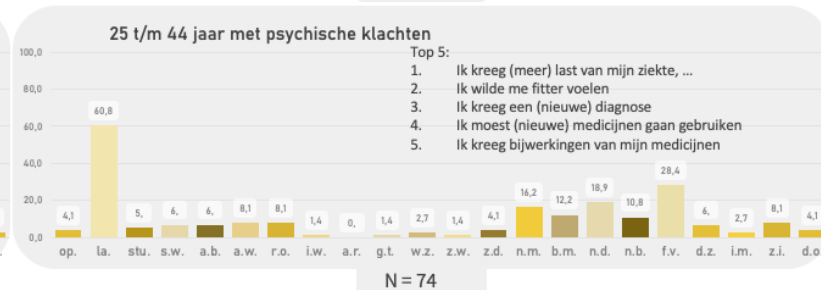
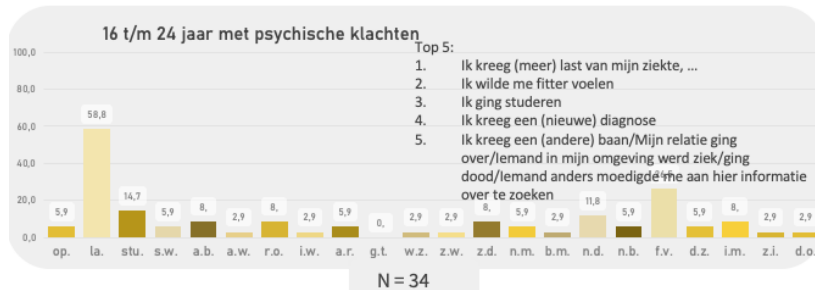
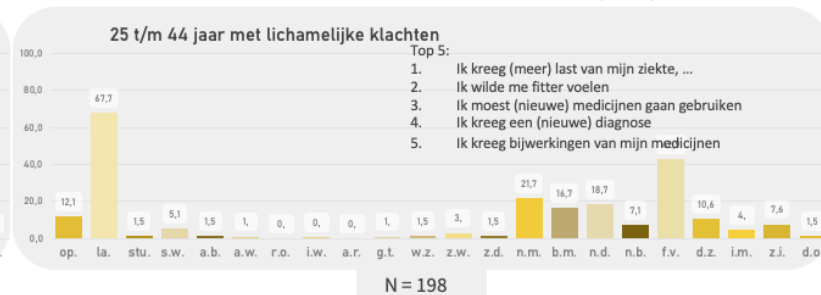
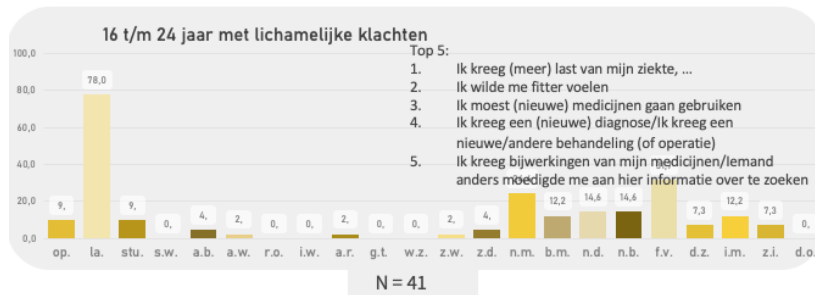
Variabele	Significant	Effectgrootte*
Hulp kunnen krijgen bij gesprek beginnen ^c	<.001	.629
Lichamelijke klacht ^a	.020	1.362
Leefstijlaanpassingen	<.001	1.207
Ervaren belang	<.001	1.206
Eigen verantwoordelijkheid	<.001	.842
Ervaren sociale norm	<.001	1.173
Angst om dom over te komen	<.001	.865
Ervaren vermoeidheid	.018	1.091
Voldoende tijd tijdens gesprek	.022	1.078
Frequentie iemand meenemen naar gesprek	.027	1.069
Mentale belasting	.660	1.018
Leeftijdscategorie ^b	.213	
16-24	.123	.689
24-44	.139	.825
45-64	.983	1.002
Ervaren last klacht bij lichamelijke activiteiten	.246	1.055
Ervaren last klacht bij mentale activiteiten	.986	1.001
Ervaren communicatievaardigheden zorgverlener	.988	.999
Mate van samen beslissen	.634	1.022
Perceptie van hoe lastig zorgverlener gesprek vindt	.181	.953
Verwachting over doorverwijscapaciteit zorgverlener	.203	.955

Voetnoot: N = 3669; ^a Referentie categorie = Psychische klacht, ^b Referentie categorie = 65+, ^c Referentie categorie = Geen hulp kunnen krijgen/niet weten

* Effectgrootte = Odds ratio

BIJLAGE 12 – TRIGGERS GESPREK BEGINNEN

WAAROM BEGON JE HIER ZELF EEN GESPREK OVER MET JE ZORGVERLENER? (1/2)

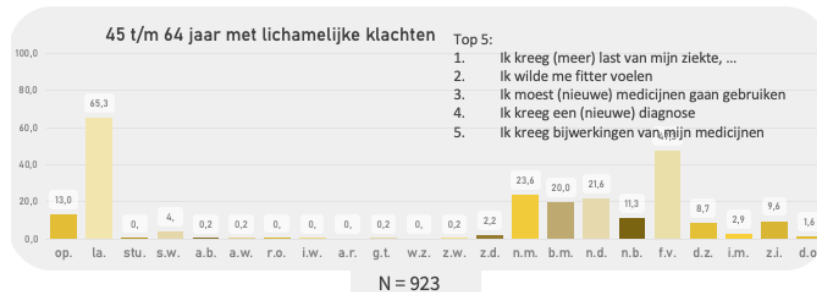


- op. = geopereerd
- stu. = Ik ging studeren
- a.b. = Ik kreeg een (andere) baan
- r.o. = Mijn relatie ging over
- a.r. = Ik kreeg een (andere) relatie
- w.z. = Ik werd zwanger/kreeg een kind
- z.d. = Iemand in mijn omgeving werd ziek/ging dood
- b.m. = Ik kreeg bijwerkingen van mijn medicijnen
- n.b. = Ik kreeg een nieuwe/andere behandeling (of operatie)
- d.z. = Ik kwam in contact met andere mensen met dezelfde ziekte, ...
- z.i. = De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl

- la. = Ik kreeg (meer) last van mijn ziekte, ...
- s.w. = Ik stopte met werken
- a.w. = Ik ging alleen wonen
- i.w. = Ik ging samen met iemand (anders) wonen
- g.t. = Ik ging trouwen
- z.w. = Ik wilde zwanger worden
- n.m. = Ik moest (nieuwe) medicijnen gaan gebruiken
- n.d. = Ik kreeg een (nieuwe) diagnose
- f.v. = Ik wilde me fitter voelen
- i.m. = Iemand anders moedigde me aan hier informatie over te zoeken
- d.o. = De zorgverlener vroeg of ik wilde delen wat ik (online) had gelezen

BIJLAGE 12 – TRIGGERS GESPREK BEGINNEN

WAAROM BEGON JE HIER ZELF EEN GESPREK OVER MET JE ZORGVERLENER? (2/2)



- op. = Ik werd geopereerd
- stu. = Ik ging studeren
- a.b. = Ik kreeg een (andere) baan
- r.o. = Mijn relatie ging over
- a.r. = Ik kreeg een (andere) relatie
- w.z. = Ik werd zwanger/kreeg een kind
- z.d. = Iemand in mijn omgeving werd ziek/ging dood
- b.m. = Ik kreeg bijwerkingen van mijn medicijnen
- n.b. = Ik kreeg een nieuwe/andere behandeling (of operatie)
- d.z. = Ik kwam in contact met andere mensen met dezelfde ziekte, ...
- z.i. = De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl

- la. = Ik kreeg (meer) last van mijn ziekte, ...
- s.w. = Ik stopte met werken
- a.w. = Ik ging alleen wonen
- i.w. = Ik ging samen met iemand (anders) wonen
- g.t. = Ik ging trouwen
- z.w. = Ik wilde zwanger worden
- n.m. = Ik moest (nieuwe) medicijnen gaan gebruiken
- n.d. = Ik kreeg een (nieuwe) diagnose
- f.v. = Ik wilde me fitter voelen
- i.m. = Iemand anders moedigde me aan hier informatie over te zoeken
- d.o. = De zorgverlener vroeg of ik wilde delen wat ik (online) had gelezen

BIJLAGE 13 - VERSCHILLEN TUSSEN DOELGROEPEN TRIGGERS – GESPREK BEGINNEN

We keken of triggers om het gesprek te beginnen over leefstijl, verschillen tussen de leeftijdscategorieën en type klachten (lichamelijke vs. psychisch). De belangrijkste resultaten staan in Hoofdstuk 6. In deze bijlage wordt beschreven wat precies het verband is tussen de genoemde triggers en de doelgroepsegmenten waarop ze verschillen.

Leeftijdscategorieën

Bij patiënten tussen de **16-24 jaar** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven om het gesprek te beginnen:

- ‘Iemand anders (bijvoorbeeld vriend of familielid) moedigde me aan hier het gesprek over te beginnen’

Bij patiënten tussen de **45-64 jaar** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven om het gesprek te beginnen:

- ‘Ik kreeg een nieuwe diagnose’

Bij patiënten van **65+ jaar** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven om het gesprek te beginnen:

- ‘Ik werd geopereerd’

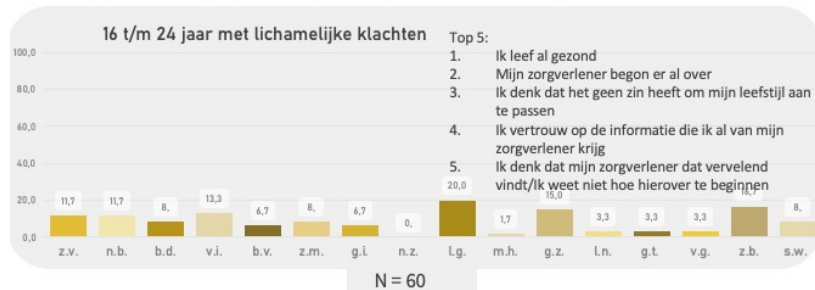
Type klachten

Bij patiënten met **psychische klachten** is er een grotere kans om volgende reden aan te geven om het gesprek te beginnen :

- ‘De zorgverlener verwees me naar informatie over leefstijl’

BIJLAGE 14 – TRIGGERS GESPREK NIET BEGINNEN

WAAROM BEGON JE HIER NIET ZELF HET GESPREK OVER MET JE ZORGVERLENER? (1/2)

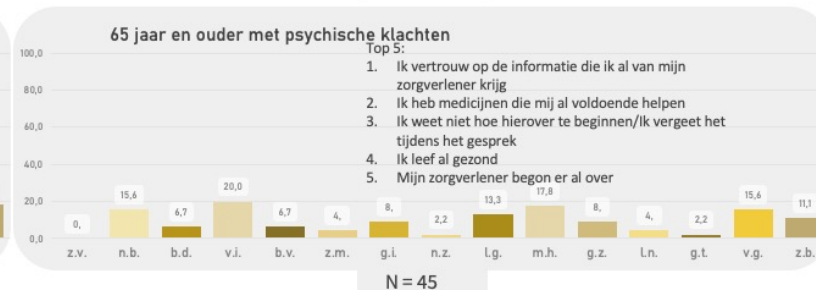
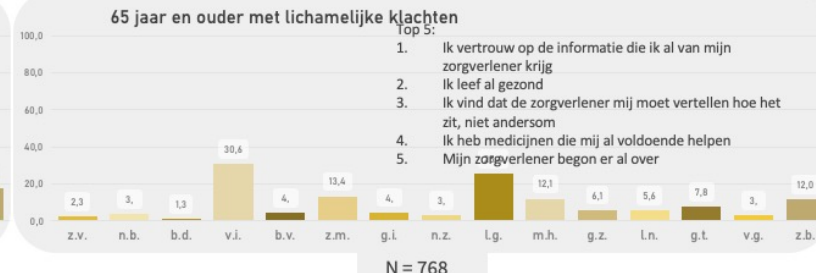
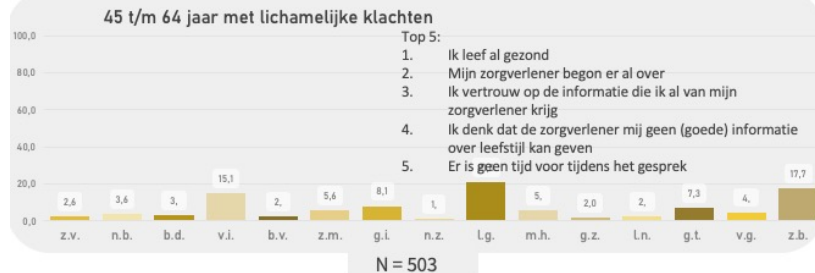


- z.v. = Ik denk dat mijn zorgverlener dat vervelend vindt
- b.d. = Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin
- b.v. = Ik wil de behandeling of beoordeling van de zorgverlener niet verstoren
- g.i. = Ik denk dat de zorgverlener mij geen (goede) informatie over leefstijl kan geven
- l.g. = Ik leef al gezond
- g.z. = Ik denk dat het geen zin heeft om mijn leefstijl aan te passen
- g.t. = Er is geen tijd voor tijdens het gesprek
- z.b. = Mijn zorgverlener begon er al over

- n.b. = Ik weet niet hoe hierover te beginnen
- v.i. = Ik vertrouw op de informatie die ik al van mijn zorgverlener krijg
- z.m. = Ik vind dat de zorgverlener mij moet vertellen hoe het zit, niet andersom
- n.z. = Ik vind dat de zorgverlener niks te zeggen heeft over mijn leefstijl
- m.h. = Ik heb medicijnen die mij al voldoende helpen
- l.n. = Ik denk dat ik mijn leefstijl niet kan aanpassen
- v.g. = Ik vergeet het tijdens het gesprek

BIJLAGE 14 – TRIGGERS GESPREK NIET BEGINNEN

WAAROM BEGON JE HIER NIET ZELF HET GESPREK OVER MET JE ZORGVERLENER? (2/2)



- z.v. = Ik denk dat mijn zorgverlener dat vervelend vindt
- b.d. = Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin
- b.v. = Ik wil de behandeling of beoordeling van de zorgverlener niet verstoren
- g.i. = Ik denk dat de zorgverlener mij geen (goede) informatie over leefstijl kan geven
- l.g. = Ik leef al gezond
- g.z. = Ik denk dat het geen zin heeft om mijn leefstijl aan te passen
- g.t. = Er is geen tijd voor tijdens het gesprek
- z.b. = Mijn zorgverlener begon er al over

- n.b. = Ik weet niet hoe hierover te beginnen
- v.i. = Ik vertrouw op de informatie die ik al van mijn zorgverlener krijg
- z.m. = Ik vind dat de zorgverlener mij moet vertellen hoe het zit, niet andersom
- n.z. = Ik vind dat de zorgverlener niks te zeggen heeft over mijn leefstijl
- m.h. = Ik heb medicijnen die mij al voldoende helpen
- l.n. = Ik denk dat ik mijn leefstijl niet kan aanpassen
- v.g. = Ik vergeet het tijdens het gesprek

BIJLAGE 15 - VERSCHILLEN TUSSEN DOELGROEPEN TRIGGERS – NIET GESPREK BEGINNEN

We keken of triggers om niet het gesprek te beginnen, verschillen tussen de leeftijdscategorieën en type klachten (lichamelijke vs. psychisch). De belangrijkste resultaten staan in Hoofdstuk 6. In deze bijlage wordt beschreven wat precies het verband is tussen de genoemde triggers en de doelgroepsegmenten waarop ze verschillen.

Leeftijdscategorieën

Bij patiënten tussen de **16-44 jaar** is er een grotere kans dat ze de volgende redenen geven om niet het gesprek te beginnen:

- ‘Ik denk dat mijn zorgverlener dat vervelend vindt’
- ‘Ik weet niet hoe hierover te beginnen’
- ‘Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin’

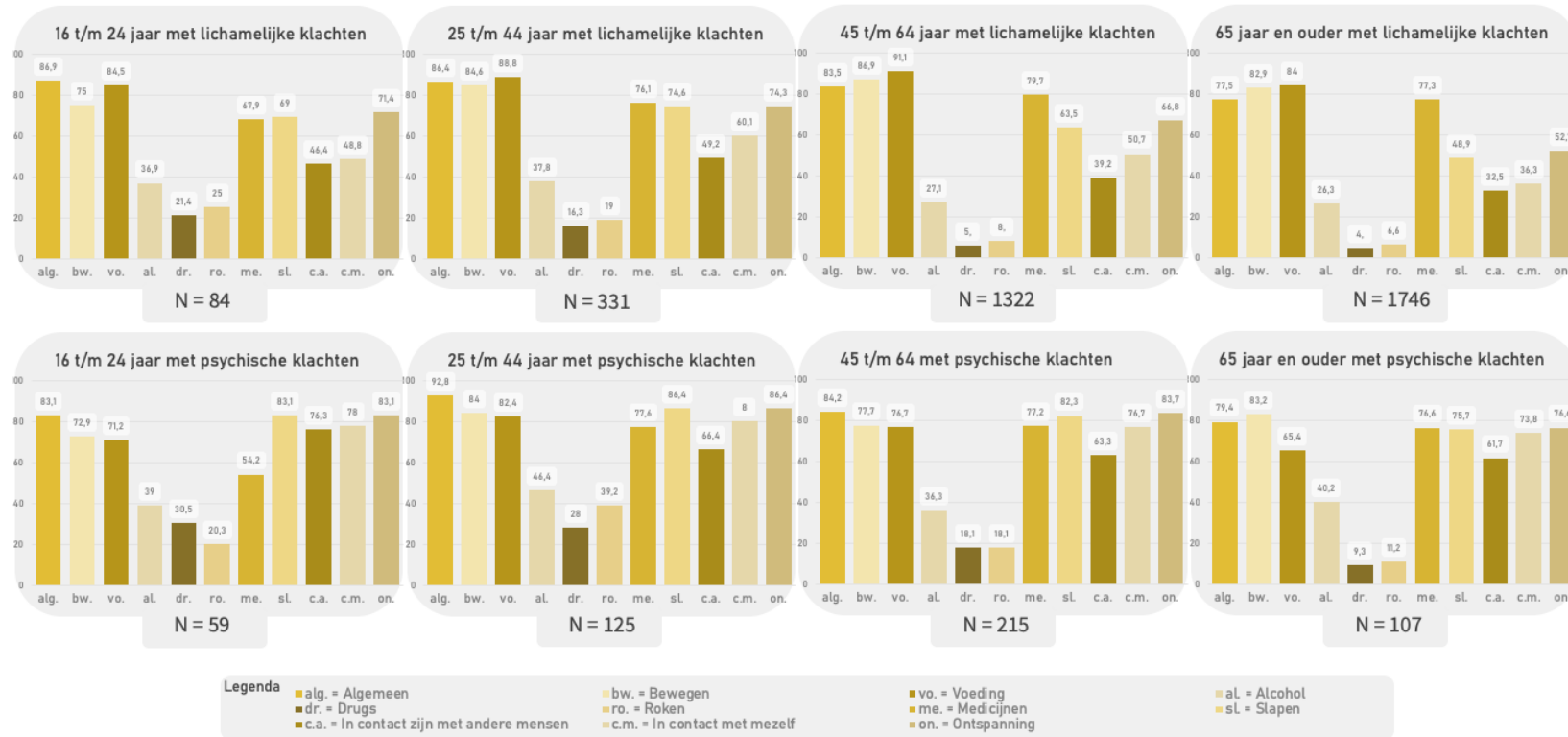
Type klachten

Bij patiënten met **psychische klachten** is er een grotere kans om volgende redenen aan te geven om niet het gesprek te beginnen:

- ‘Ik weet niet hoe hierover te beginnen’
- ‘Ik ben bang dat ik dom overkom als ik hierover begin’

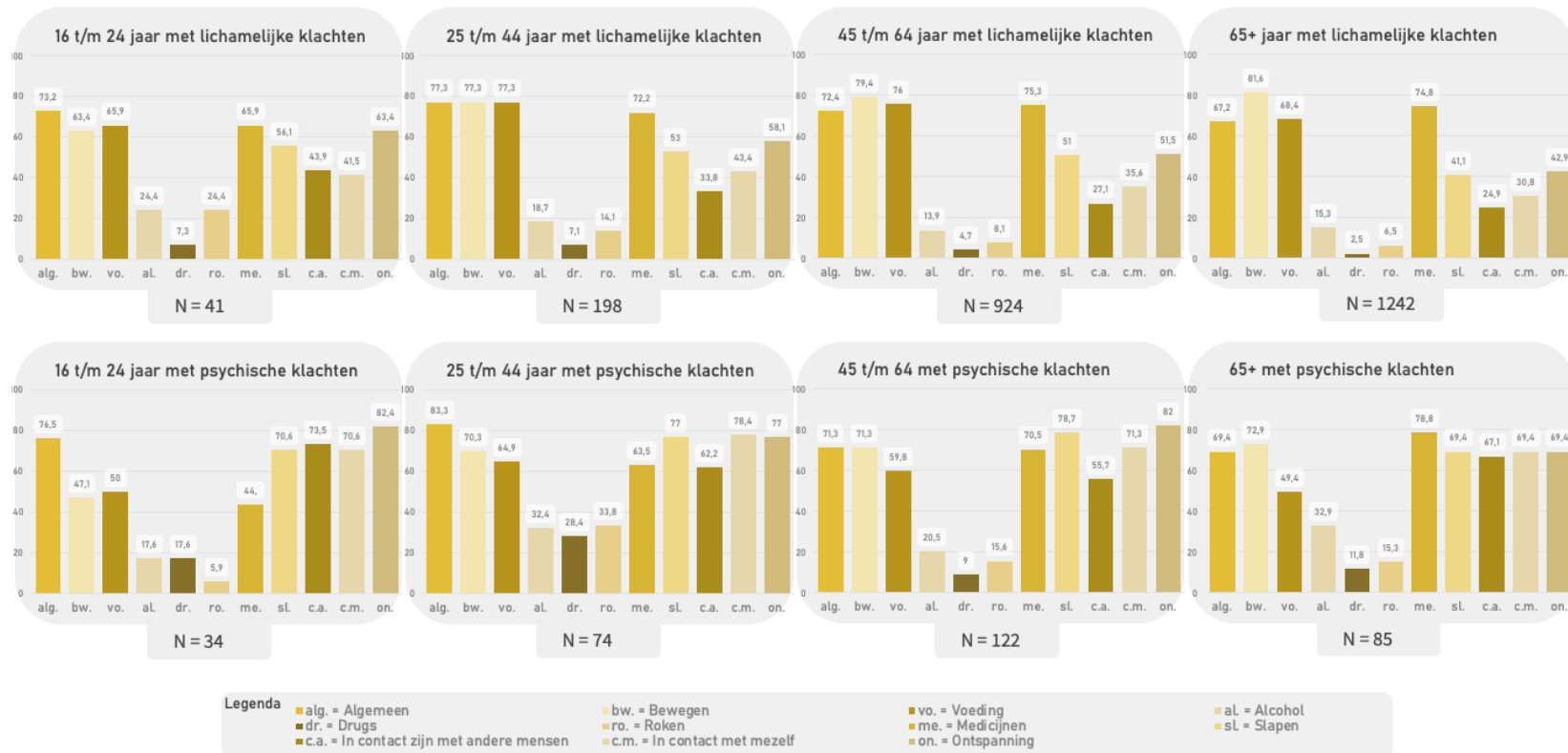
BIJLAGE 16 – LEEFSTIJLONDERWERPEN: INFORMATIE ZOEKEN

IK BEN OP ZOEK GEGAAN NAAR INFORMATIE OVER...



BIJLAGE 16 – LEEFSTIJLONDERWERPEN: GESPREK BEGINNEN

IK BEN HET GESPREK BEGONNEN OVER...



BIJLAGE 17 - VERSCHILLEN TUSSEN DOELGROEPEN LEEFSTIJLONDERWERPEN

We keken of de genoemde leefstijlonderwerpen verschillen tussen de leeftijdscategorieën en type klachten (lichamelijke vs. psychisch). De belangrijkste resultaten staan in Hoofdstuk 6. In deze bijlage wordt beschreven wat precies het verband is tussen de genoemde leefstijlonderwerpen en de doelgroepsegmenten waarop ze verschillen.

Leeftijdscategorieën

Bij patiënten tussen de **25-44 jaar** is er een grotere kans dat ze informatie zoeken of een gesprek beginnen over de volgende onderwerpen:

- Ontspanning
- In contact zijn met andere mensen
- In contact zijn met mezelf

Type klachten

Bij patiënten met **psychische klachten** is de kans groter dat ze informatie zoeken of een gesprek beginnen over de volgende onderwerpen:

- In contact zijn met andere mensen
- In contact zijn met mezelf
- Ontspanning

BIJLAGE 18 – BEHOEFTE – BELANGRIJKE INFORMATIE

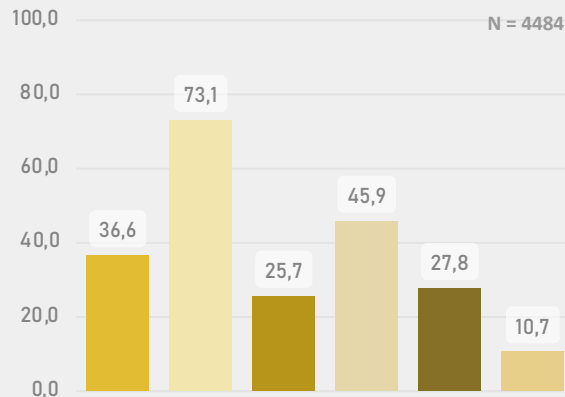
1. Wat vind jij belangrijk om te weten over een leefstijlonderwerp?

Patiënten gaven aan het meest geïnteresseerd te zijn in informatie over...

1. Welke leefstijlveranderingen invloed hebben op hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht
2. Hoe ze veranderingen in hun leefstijl kunnen volhouden
3. De voordelen van leefstijl

WAT VIND JIJ BELANGRIJK OM TE WETEN OVER
EEN LEEFSTIJL ONDERWERP?

**patiënten algemeen*

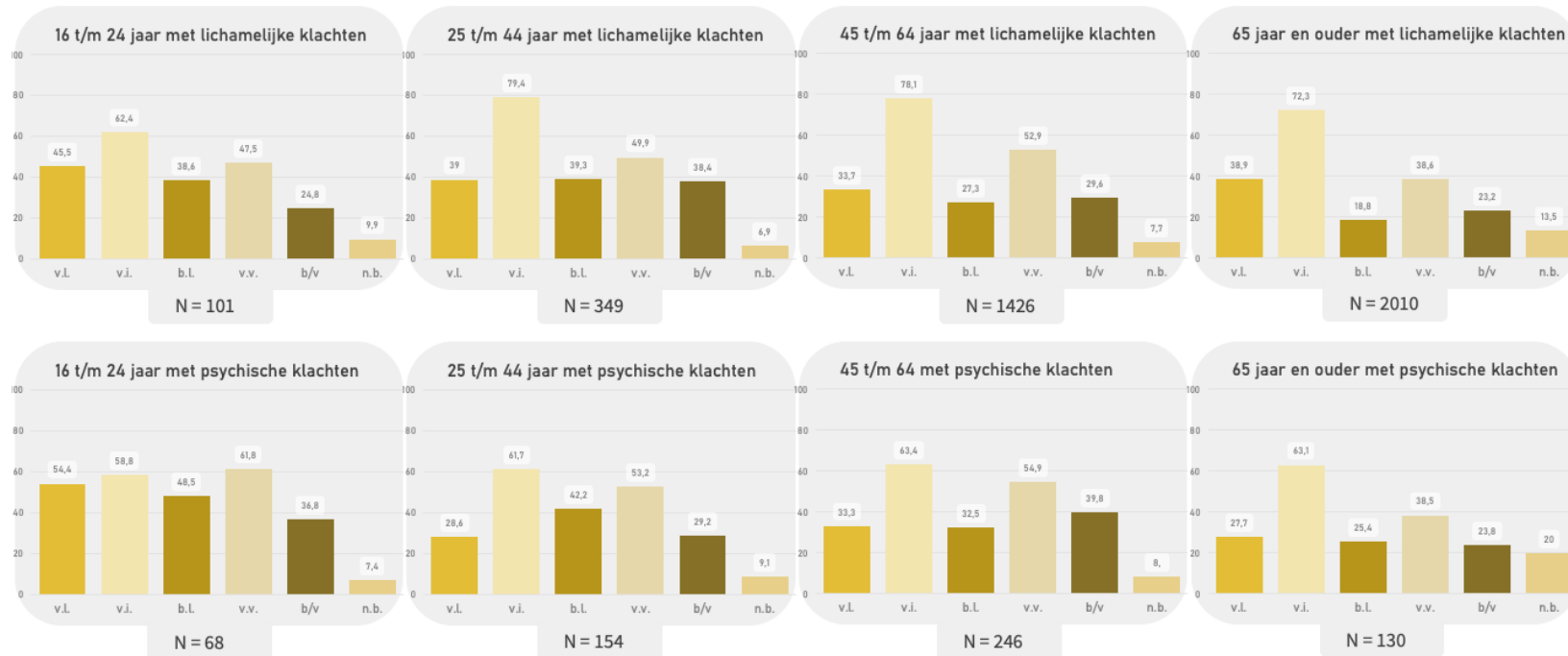


Informatie over...

- De voordelen van leefstijl
- Welke leefstijl veranderingen invloed hebben op mijn ziekte, ...
- Hoe ik kan beginnen met veranderen van mijn leefstijl
- Hoe ik veranderingen in mijn leefstijl kan volhouden
- Wie mij kan helpen bij het beginnen en volhouden van veranderingen in mijn leefstijl
- niet Ik vind informatie over leefstijl niet belangrijk

BIJLAGE 18.1 – BEHOEFTE – BELANGRIJKE INFORMATIE

WAT VIND JIJ BELANGRIJK OM TE WETEN OVER EEN LEEFSTIJL ONDERWERP?



Legenda

- v.l. = De voordelen van leefstijl
- b.l. = Hoe ik kan beginnen met veranderen van mijn leefstijl
- b/v = Wie mij kan helpen bij het beginnen en volhouden van veranderingen in mijn leefstijl

- v.j. = Welke leefstijl veranderingen invloed hebben op mijn ziekte, ...
- v.v. = Hoe ik veranderingen in mijn leefstijl kan volhouden
- n.b. = Ik vind informatie over leefstijl niet belangrijk

BIJLAGE 19 - BEHOEFTE – GENOEG INFORMATIE

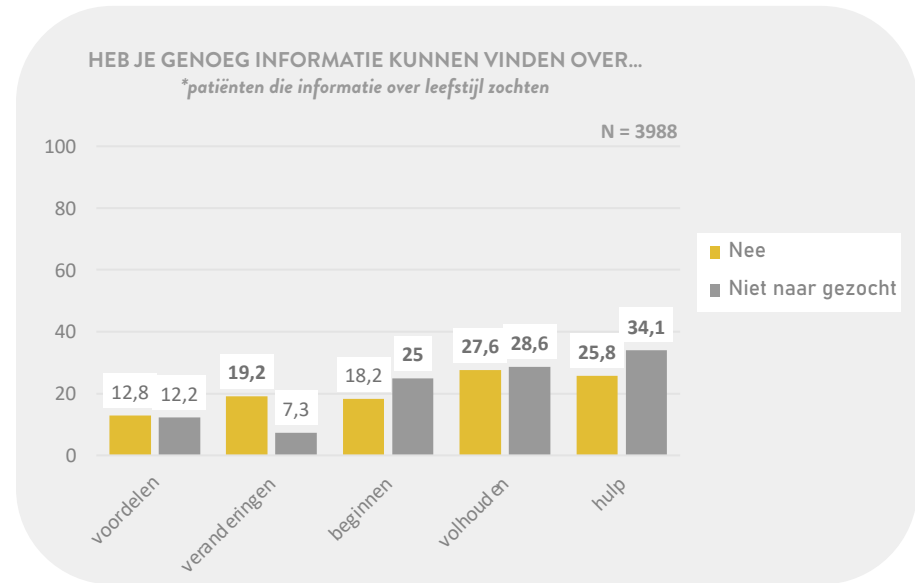
2. Heb je genoeg informatie kunnen vinden over...

Patiënten die informatie over leefstijl hebben gezocht, gaven het vaakst aan **niet genoeg informatie** te kunnen vinden over:

1. Hoe ze veranderingen in hun leefstijl kunnen volhouden
2. Wie ze kan helpen bij het beginnen en volhouden van veranderingen in hun leefstijl
3. Welke leefstijlveranderingen invloed hebben op hun ziekte, aandoening of gezondheidsklacht

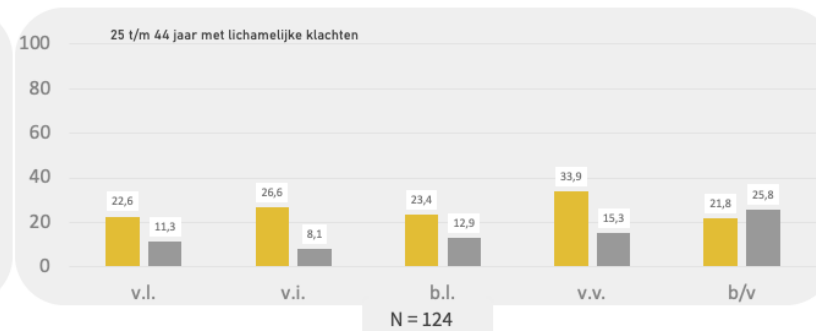
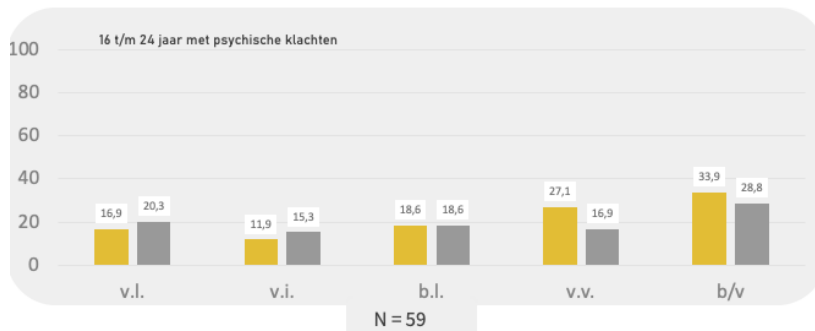
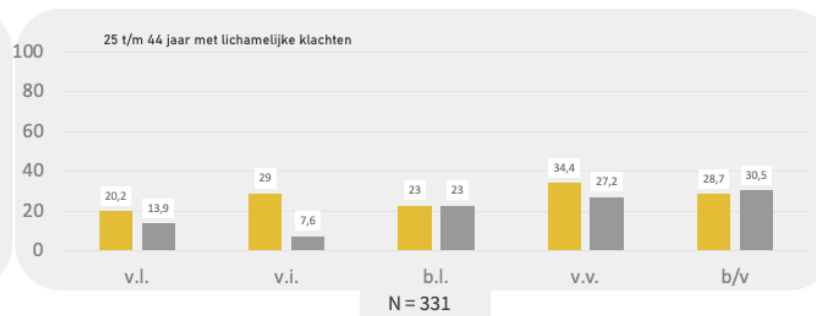
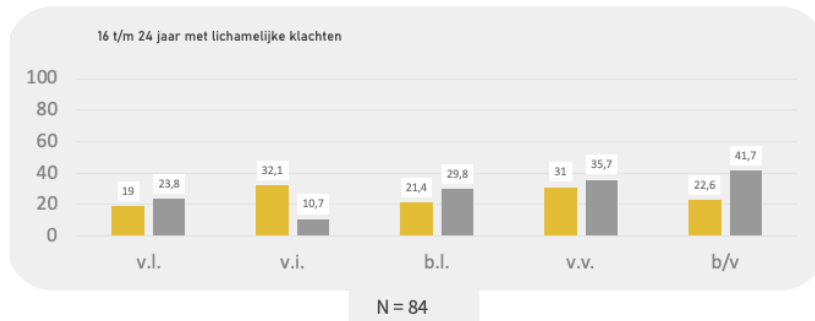
Daarnaast gaven patiënten aan het vaakst **niet gezocht** te hebben naar:

1. Wie ze kan helpen bij het beginnen en volhouden van veranderingen in mijn leefstijl
2. Hoe ze veranderingen in hun leefstijl kunnen volhouden
3. Hoe ze kunnen beginnen met veranderen van hun leefstijl



BIJLAGE 19.1 – BEHOEFTE – GENOEG INFORMATIE

HEB JE GENOEG INFORMATIE KUNNEN VINDEN OVER... (1/2)



- Nee
- Niet naar gezocht

v.l. = De voordelen van leefstijl

v.i. = Welke leefstijl veranderingen invloed hebben op mijn ziekte, ...

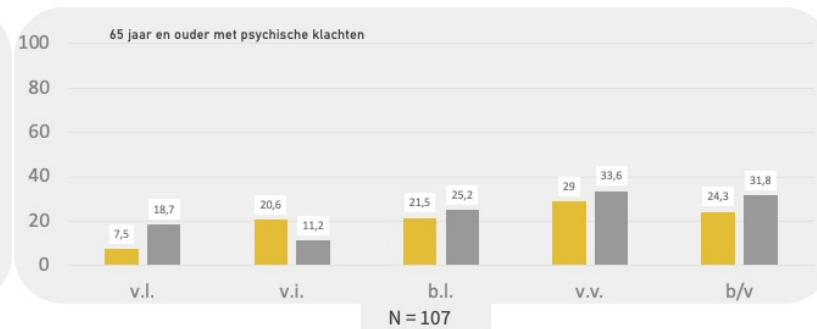
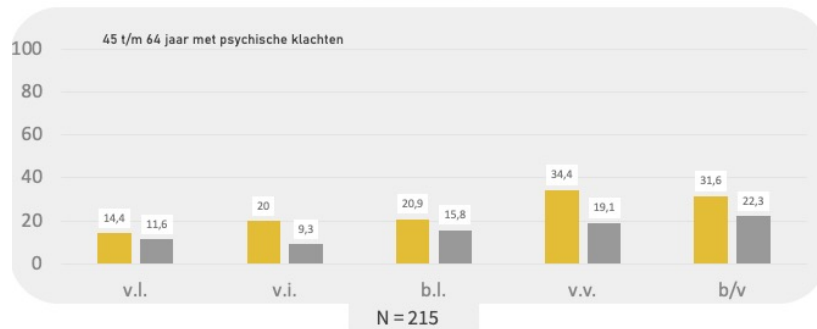
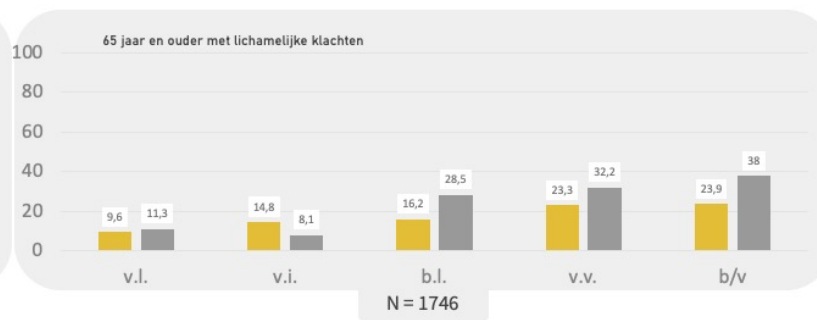
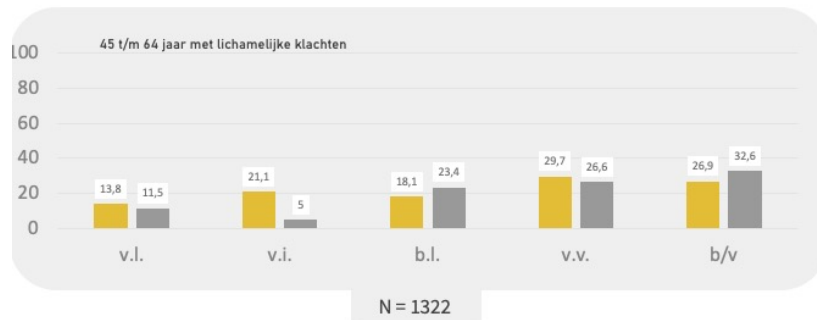
b.l. = Hoe ik kan beginnen met veranderen van mijn leefstijl

v.v. = Hoe ik veranderingen in mijn leefstijl kan volhouden

b/v = Wie mij kan helpen bij het beginnen en volhouden van veranderingen in mijn leefstijl

BIJLAGE 19.1 – BEHOEFTE – GENOEG INFORMATIE

HEB JE GENOEG INFORMATIE KUNNEN VINDEN OVER... (2/2)



■ Nee

■ Niet naar gezocht

v.l. = De voordelen van leefstijl

v.i. = Welke leefstijl veranderingen invloed hebben op mijn ziekte, ...

b.l. = Hoe ik kan beginnen met veranderen van mijn leefstijl

v.v. = Hoe ik veranderingen in mijn leefstijl kan volhouden

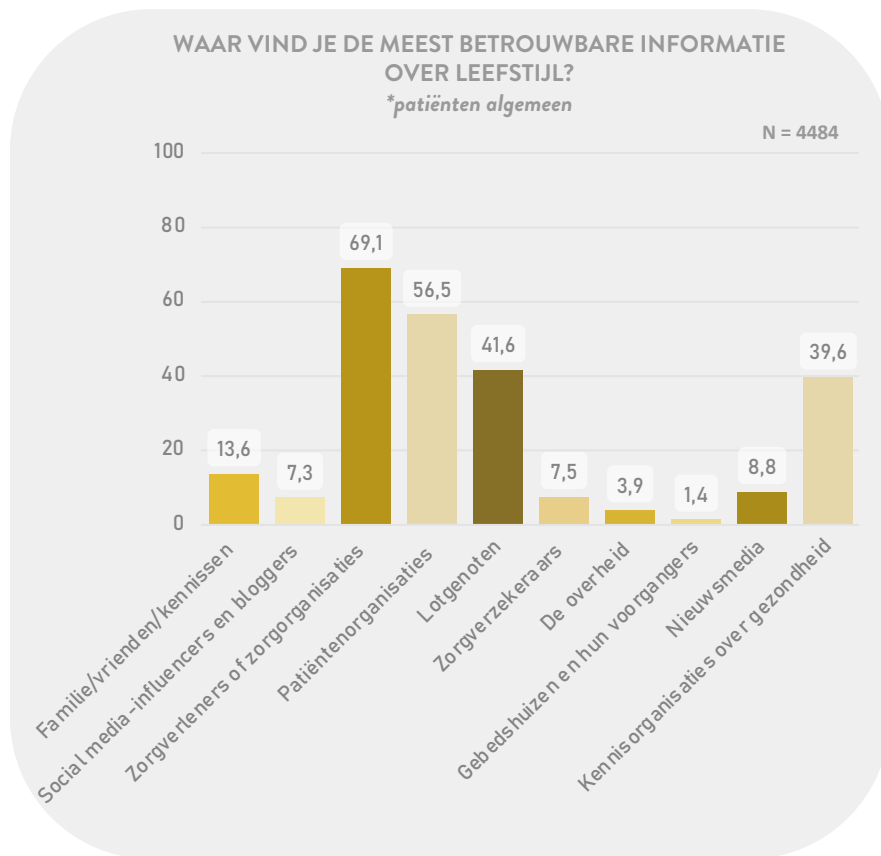
b/v = Wie mij kan helpen bij het beginnen en volhouden van veranderingen in mijn leefstijl

BIJLAGE 20 – BEHOEFTE – BETROUWBARE INFORMATIE

3. Waar vind je de meest betrouwbare informatie over leefstijl?

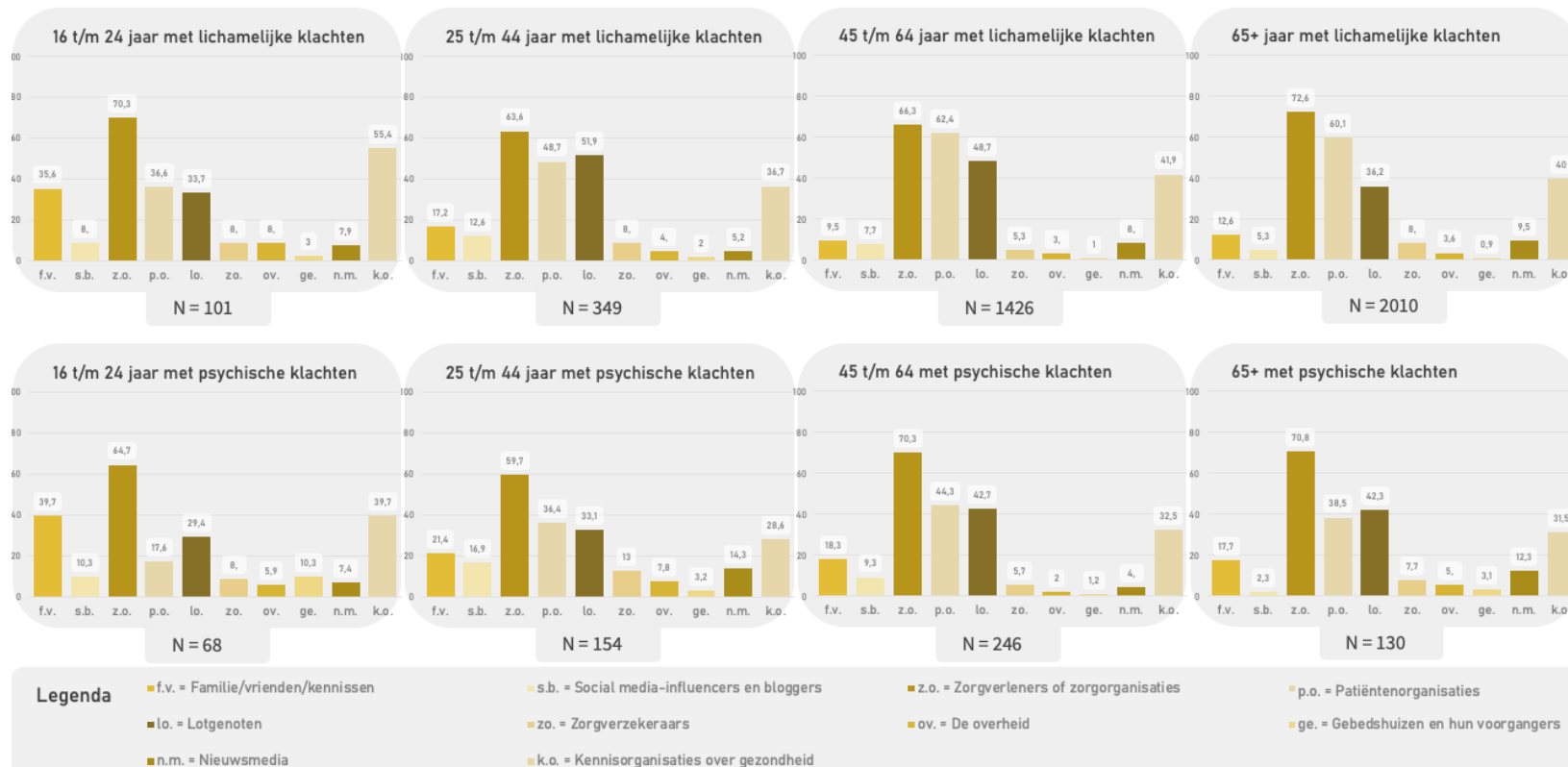
Patiënten gaven aan de meest betrouwbare informatie over leefstijl te vinden bij:

1. Zorgverleners of zorgorganisaties
2. Patiëntenorganisaties
3. Lotgenoten
4. Kennisorganisaties over gezondheid



BIJLAGE 20.1 – BEHOEFTE- BETROUWBARE INFORMATIE

WAAR VIND JE DE MEEST BETROUWBARE INFORMATIE OVER LEEFSTIJL?



BIJLAGE 20.2 - BEHOEFTE – BETROUWBARE INFORMATIE

We keken of de betrouwbare bronnen verschillen tussen de leeftijdscategorieën en type klachten (lichamelijke vs. psychisch). De belangrijkste resultaten staan in Hoofdstuk 6. In deze bijlage wordt beschreven wat precies het verband is tussen de belangrijkste bronnen en de doelgroepsegmenten waarop ze verschillen.

Leeftijdscategorieën

Bij patiënten tussen de **16-24 jaar** is er een grotere kans aanwezig dat ze de volgende bronnen als meest betrouwbaar zien:

- Familie, vrienden, kennissen

Type klachten

Bij patiënten met **psychische klachten** is er een grotere kans aanwezig dat ze de volgende bronnen als meest betrouwbaar zien:

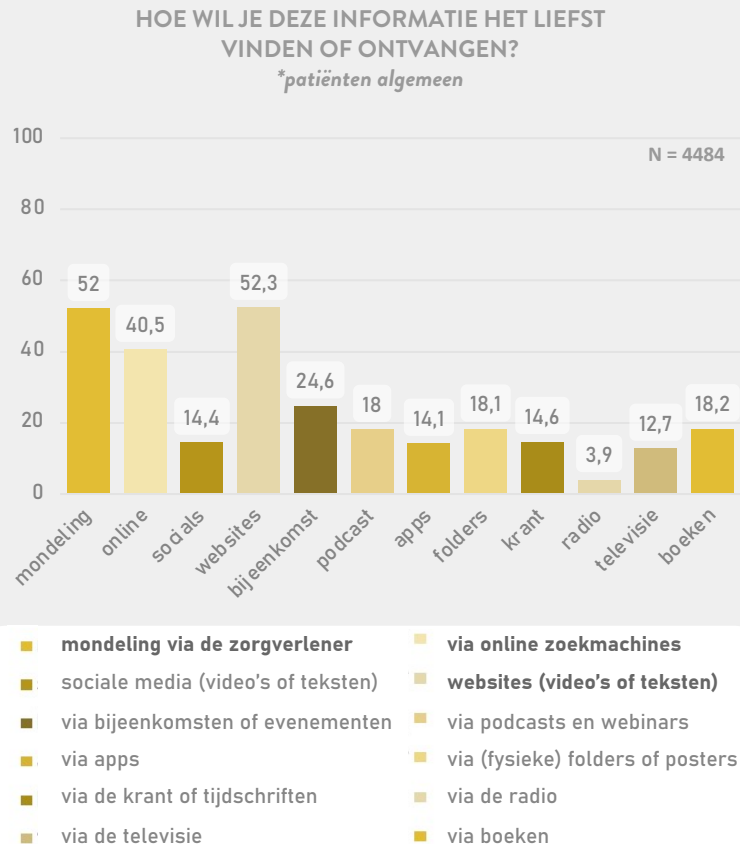
- Familie, vrienden, kennissen

BIJLAGE 21 - BEHOEFTE - VOORKEURSKANALEN

4. Hoe wil je deze informatie het liefst vinden of ontvangen?

Patiënten gaven aan deze informatie het liefst te vinden of ontvangen via:

1. Websites (video's of teksten)
2. Mondeling via de zorgverlener
3. Online zoekmachines



BIJLAGE 21.1 – BEHOEFTE – VOORKEURSKANALEN

HOE WIL JE DEZE INFORMATIE HET LIEFST VINDEN OF ONTVANGEN?

