

andlers

één

Positieve gezondheidszorg

it.

Verandering komt niet als we wachten op iemands anders of op een andere tijd. We zijn zelf degenen op wie we wachten. Wij zijn de verandering die we zoeken.

Barack Obama

Inleiding De laatste decennia heeft het *competentiemodel* zijn intrede in de gezondheidszorg gedaan. Competentiegericht werken – een methodiek die aansluiting zoekt bij de aanwezige competenties van patiënten – is gericht op het ontdekken en uitbreiden van hun vaardigheidsrepertoire. Onder competentie verstaan we dat patiënten over voldoende vaardigheden beschikken om de taken die zij in het dagelijks leven tegenkomen op een adequate wijze kunnen vervullen.

Uitgangspunten van het *competentiemodel* zijn:

- Sluit aan bij de sterke kanten van patiënten en activeer hen bij het realiseren van hun doel.
- Hoor hun behoeften, wensen, grenzen en normen aan, en neem deze serieus.
- Leg het accent op het creëren van nieuwe mogelijkheden.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieerde in 1948 *gezondheid* als ‘een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden, en niet slechts het ontbreken van ziekte of gebrek.’ Huber et al. (2011), Huber et al. (2016) en Huber, Van Vliet en Boers (2016) stelden voor deze verouderde definitie te vervangen door een concept waarin de mens centraal staat en niet de ziekte. In dit alternatief werden het vermogen om zelf de regie te voeren en het begrip *veerkracht* opgenomen. Zij noemden hun concept *positieve gezondheid*.

Vanuit hetzelfde *competentiemodel* beschrijven wij het oplossingsgerichte model, met een uitbreiding van de positieve gezondheid van Huber en collega’s naar de *positieve gezondheidszorg* – de titel van ons boek.

Positieve gezondheid De oude definitie van de WHO was wel erg idealistisch. Het doel van volledig welbevinden is immers lang niet voor iedereen weggelegd. Bijna iedereen wordt daarmee tot een patiënt gemaakt, die ook nog eens bijna voortdurend hulp nodig heeft. Dit is niet realistisch en werkt bovendien onbedoeld medicalisering in de hand.

In 2009 werd in Nederland een internationale conferentie georganiseerd met het doel tot een betere omschrijving van het begrip *gezondheid* te komen. Dit leidde tot een nieuwe formulering: ‘Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’. Deze beschrijving maakt *gezondheid* tot een dynamischer begrip, een vermogen of kracht. Het maakt duidelijk dat patiënten met een chronische ziekte of beperking toch (deels) hun gezondheid kunnen terugwinnen, ook als de ziekte of beperking blijft bestaan. Gezondheid is geen doel op zich, maar een middel om betekenisvol te leven.

Omdat deze relationele en dynamische omschrijving van gezondheid raakvlakken heeft met de positieve psychologie, noemden Huber et al. (2016) hun concept *positieve gezondheid*. Zij stelden dat we daarvoor wel anders moeten gaan denken. We moeten de aandacht meer richten op het systeem in plaats van op het probleem. Ze bedoelden hiermee een systeem van multidisciplinaire samenwerking, waarin zelfmanagement een belangrijke plaats inneemt.

Huber en collega's onderzochten het draagvlak voor de nieuwe definitie en in hoeverre dit meetbaar is. Ze verrichtten kwalitatief en kwantitatief onderzoek onder zeven groepen betrokkenen: behandelaren, patiënten met een chronische aandoening, beleidsmakers, zorgverzekeraars, gezondheidsvoorlichters, burgers en onderzoekers. Uit het kwalitatief onderzoek bleek dat veel respondenten het positief vinden dat de mens centraal staat en niet de ziekte. Ook positief vond men dat patiënten zich aangesproken voelden in hun kracht. Negatief vonden de respondenten dat het nogal wat van mensen vraagt. Ook negatief vond men dat de feitelijke ziekte geen duidelijke plek behoudt. Huber en collega's benadrukten overigens dat ziekten gewoon moeten worden behandeld, maar op zo'n manier dat iemand er goed mee kan leven en tevreden is.

Het kwalitatief onderzoek resulteerde in 556 indicatoren van gezondheid, die geordend werden in zes hoofddimensies, met 32 onderliggende aspecten.

De hoofddimensies zijn:

- lichaamsfuncties;
- mentale functies en de mentale beleving;
- de spirituele dimensie;
- de kwaliteit van leven;
- sociaal-maatschappelijke participatie;
- het dagelijks functioneren.

Je hoeft niet ziek te zijn om beter te worden

In het kader van kwantitatief onderzoek vroegen Huber en collega's aan de respondenten of ze de zes hoofddimensies met hun onderliggende aspecten bij gezondheid vonden passen (op een schaal van 1 tot 9). Daaruit kwamen verrassende resultaten. Over het belang van de dimensie 'lichaamsfuncties' was iedereen het eens, over de andere dimensies liepen de meningen sterk uiteen. Patiënten vonden alle zes dimensies vrijwel even belangrijk en zagen *gezondheid* als een breed begrip.

Beleidsmakers en onderzoekers verschilden het sterkst van de andere groepen in hun oordeel. Hun opvatting van het begrip *gezondheid* is smaller en vooral biomedisch georiënteerd. Ook de behandelaars verschilden als gehele groep significant op alle

dimensies van de patiënten, behalve op de dimensie 'lichaamsfuncties'. Wanneer de groep behandelaars werd uitgesplitst, bleken vooral de artsen – zowel specialisten als huisartsen – het meest in oordeel te verschillen van de patiënten. Verpleegkundigen oordeelden grotendeels gelijk aan patiënten; fysiotherapeuten scoorden tussen deze laatste twee groepen in. De onderzoekers keken ook naar de invloed van het opleidingsniveau en de leeftijd van de respondenten. Daaruit bleek dat hoe ouder mensen worden, ze op meer dimensies hoog scoren.

De laatste vraag in het kwantitatief onderzoek – hebt u zelf ervaring met ziekte? – bleek een splitsingsfactor. De scores van mensen zonder ervaring lieten grote verschillen tussen de dimensies zien, met scherpe pieken naar beneden bij dimensies die ze niet van belang achten. Hoger en constanter zijn de scores van mensen die wel ervaring met ziekte hebben. Het verschil is vooral zichtbaar bij de spirituele dimensie, waarin zingeving, acceptatie en toekomstperspectief centraal staan. Volgens Huber en collega's kan zingeving gezien worden als de sterkste gezondmakende factor.

Samengevat: alle groepen vinden het positief dat de mens centraal staat en niet de ziekte. Ook vindt men het positief dat het nieuwe concept mogelijkheden benadrukt, en niet beperkingen. Huisartsenpraktijken dienen zich naar hun idee zeker ook bezig te houden met gezondheidsbevordering en niet alleen met het behandelen van ziekte.

Huber, Van Vliet en Boers (2016, p. 3): 'Wij concludeerden dat wie de patiënt centraal wil stellen, diens brede invulling van het begrip *gezondheid* serieus dient te nemen. Deze opvatting moeten we onderscheiden van de opvatting dat gezondheid "afwezigheid van ziekte" is. Daarom wordt voor de brede invulling de term "positieve gezondheid" als werkbegrip gebruikt. Tegenover positieve gezondheid zou je negatieve gezondheid kunnen zien als een aanduiding van gezondheid "per exclusionem".'

Vanuit de positieve psychologie heeft ook Walburg (2015) over positieve gezondheid geschreven. Hij stelt dat er veel voor te zeggen is om positieve gezondheid te omschrijven als: 'het vermogen tot aanpassen en zelf regisseren ten behoeve van een duurzame ontwikkeling en bloei'. Gezondheid is zo een vaardigheid die ontwikkeling en bloei ondersteunt. Bloei is een proces richting 'welbevinden waarin het individu zijn of haar mogelijkheden kan ontwikkelen, kan omgaan met dagelijkse tegenslagen, productief is en in staat is om een bijdrage te leveren aan de gemeenschap.' Dit is de definitie van positieve mentale gezondheid van de WHO (2001), die volgens Walburg eigenlijk

net zo goed op fysieke gezondheid betrekking kan hebben. Bloei betreft de ontwikkeling van talenten en sterke kanten gericht op de realisering van het doel en de ambitie van mensen. Een goed geïntegreerde maat voor positieve gezondheid geeft aan in welke mate er sprake is van bloei en welbevinden. Voor deze maat zijn inmiddels verschillende meetinstrumenten beschikbaar, zoals de schaal van Keyes (2002) en de vragenlijst van Huppert en So (2013).

Er is ook kritiek op het concept van Huber en collega's. Van der Stel (2016) argumenteerde dat het concept een eenzijdig accent legt op gedrag als kenmerk van gezondheid, omdat het alleen zou gaan over aanpassen en regie voeren. Naar ons idee vergeet Van der Stel echter dat het 'vermogen' om zich aan te passen en een eigen regie te voeren wordt bepaald door eindeloos veel factoren, zoals de lichamelijke gesteldheid, psychische gesteldheid, genetische factoren, economische, sociale en milieufactoren, en nog veel meer. Het gaat dus niet alleen om gedrag.

Poiesz, Caris en Lapré (2016) argumenteerden dat het geen goede, scherpe definitie is. Met de beschrijving van Huber en collega's zou het moeilijker worden om normen te stellen. Het concept zou te breed zijn en daardoor onbeheersbaar uitdijen tot het niet meer te hanteren is. En het zou geen onderscheid maken tussen oorzaak en gevolg. Als voorbeeld geven zij dat eenzaamheid volgens het concept van positieve gezondheid zowel een oorzaak als een gevolg kan zijn van ongezondheid.

Wij stellen voor het eens om te keren. Is het überhaupt mogelijk om een ondubbelzinnige, scherpe en beperkte definitie van gezondheid te formuleren? Gezondheid lijkt het resultaat van een zeer groot aantal factoren, met voortdurende onderlinge interacties. Het begrip is niet op te delen in losse bouwstenen waarin dezelfde gezondheidskenmerken zichtbaar zijn als in het geheel. Gezondheid is daarom een emergente eigenschap van een individu (zie hoofdstuk twee). Er spelen oneindig veel interacties en daarmee oneindig veel oorzaken en gevolgen, die inderdaad niet meer te ontrafelen zijn.

We stellen daarom voor het concept breder te formuleren.

Volgens ons betreft het concept *gezondheid* het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de dynamiek van het leven. Met de dynamiek van het leven bedoelen we zowel de pieken als de dalen (en alles daartussenin) – en niet alleen de uitdagingen van het leven, zoals omschreven in het concept van Huber en collega's, of duurzame ontwikkeling en bloei, zoals in het concept van Walburg. De positieve gezondheid van Huber en Walburg en ons concept – alle hebben het 'vermogen' (de competenties) als centraal begrip – onderkennen de grote verscheidenheid aan factoren die

meespelen bij gezondheid. En in deze visie redden we het niet met alleen het probleemgerichte medische model. Het oplossingsgerichte model – met ook aandacht voor de fysieke aspecten van patiënten – biedt aanvullende mogelijkheden, zeker voor de huisartsenpraktijk.

Positieve gezondheidszorg In dit boek houden wij een pleidooi voor uitbreiding van het concept *positieve gezondheid* van Huber en collega's en Walburg naar onze invulling van dat concept. Ook de huisartsenpraktijk dient niet langer de plek te zijn waar alleen problemen en klachten besproken en behandeld worden, maar ook de plaats te zijn waar de focus ligt op wat werkt in het leven van patiënten, waar hun sterke kanten en veerkracht worden ontdekt en ingezet, positieve emoties worden versterkt, en hoop, dankbaarheid en optimisme worden gevoed (Bannink, 2009, 2016a).

Oplossingsgericht werken focust dus niet alleen op sterke kanten, maar op alles wat werkt in het leven van patiënten. Bij oplossingsgericht werken gaat het over het ontwerpen van de door patiënten gewenste toekomst en het vinden van de wegen om dat doel te bereiken. In het oplossingsgerichte paradigma gaat het over het bouwen aan oplossingen in plaats van het oplossen van problemen.

Huber en collega's noemden *motiverende gespreksvoering* (Miller & Rolnick, 2005) als instrument in hun concept. In ons concept wordt niet de motiverende gespreksvoering, maar *oplossingsgerichte gespreksvoering* als instrument gebruikt.

Lewis en Osborn (2004) vergeleken beide vormen van gespreksvoering. Als belangrijkste overeenkomsten noemden zij: bij beide ligt de focus niet op het probleem of de klacht, maar op gezondheidsbevordering, met inzet van competenties, vaardigheden en sterke kanten van patiënten. Een andere overeenkomst betreft de samenwerking als sleutel tot verandering.

Een verschil is dat de motiverende gespreksvoering een expliciet veranderingsmodel aanhangt, terwijl oplossingsgerichte gespreksvoering geen veranderingsmodel kent, maar wel focust op nieuwe mogelijkheden en verandering van perspectief. Een ander verschil is dat motiverende gespreksvoering directief is en intrinsieke motivatie wil versterken, terwijl oplossingsgerichte gespreksvoering de nadruk legt op de voorkeur voor verandering van patiënten, het samen bepalen van het doel en bedenken van oplossingen om dat doel te bereiken.

Het begrip *weerstand* wordt in motiverende gespreksvoering gebruikt, terwijl oplossingsgericht werken dat begrip niet bruikbaar vindt, en altijd uitgaat van samenwerking (zie hoofdstuk vier). De focus in motiverende gespreksvoering ligt

meer op de reden ‘waarom’ patiënten willen veranderen, terwijl de focus in oplossingsgerichte gespreksvoering meer ligt op ‘hoe’ ze willen veranderen.

In het volgende hoofdstuk zullen we *oplossingsgericht werken* nader uiteenzetten, alsook de situaties binnen de huisartsenpraktijk waar oplossingsgericht werken kan worden ingezet. We beschrijven de korte geschiedenis en het onderzoek ervan, alsmede de verschillen tussen ‘probleemtaal’ en ‘oplossingstaal’, en de (contra)indicaties.

kan er

wat

wadda