

Positieve gezondheid binnen het Sociale Domein

-researchartikel n= 1947 woorden-

Dr. Cindy de Bot, Docent-onderzoeker Verpleegkunde, Lectoraat Leven Lang in Beweging, Avans Hogeschool Breda.

Nanne van der Meer, alumna Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, Avans Hogeschool Breda,

Dr. John Dierx, MPH, Lector Lectoraat Leven Lang in Beweging, Avans Hogeschool Breda

Nanne van der Meer alumna hbo- Maatschappelijke Werk en Dienstverlening aan Avans Hogeschool Breda, onderzocht op welke manier welzijnsprofessionals in het sociale domein de definiëring van Positieve Gezondheid ervaren en of de huidige werkwijze overeenkomt met het gedachtegoed van Positieve gezondheid.

Inleiding

Binnen de gezondheidszorg- en welzijnsdomein zijn er ingrijpende maatschappelijke ontwikkelingen gaande (Van Steekelenburg, Kersten & Huber, 2016). De verschuiving vindt plaats van verzorgingsstaat naar een participatiesamenleving, waarin mensen meer zelf verantwoordelijk worden geacht voor hun sociaal welzijn en gezondheid. Aansluitend hierop veranderen ook de denk- en handelwijze van de zorg- en welzijnsprofessionals (Van Steekelenburg, Kersten & Huber, 2016; Van Iersel & Van Wijngaarden-de Bodt, 2017). Door de veranderende kijk op gezondheid publiceerde Machteld Huber in 2011 het concept 'Positieve gezondheid' in de British Medical Journal (Huber et al, 2011; Huber, Van Vliet, Van Giezenberg, Winkens, Heerkens, Dagnelie & Knottnerus, 2016). Ten grondslag van de ontwikkeling van het concept positieve gezondheid ligt de meest bekende definitie van gezondheid zoals deze in 1948 gedefinieerd werd door de World Health Organization, namelijk: *'a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'* (WHO, 1946). Volgens deze definitie is het bereiken van absolute gezondheid onhaalbaar en is het enkel iets waarnaar men kan streven. Volgens het concept Positieve Gezondheid wordt gezondheid niet langer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als *'het vermogen om met de eigen fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en om eigen regie te voeren'* (Huber et al, 2011). Deze brede definitie van gezondheid van Machteld Huber kent zes dimensies:

lichaamsfuncties, dagelijks functioneren, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven en sociaal maatschappelijk participeren (Huber, 2014).

Hoewel binnen de gezondheidszorg veel animo en enthousiasme is om positieve gezondheid in de praktijk te brengen (Van Steekelenburg et al., 2016), lijkt het concept binnen het sociale domein nog weinig bekendheid te hebben (Van Steekelenburg et al., 2016; Van Iersel & Van Wijngaarden-de Bodt, 2017; Avans, z.d.). Echter, het gebruik van het concept kan samenwerking tussen zorg en sociaal domein, tussen patiënten en hulpverleners versterken en nieuwe verbindingen maken tussen zorg en welzijn. (ZonMw, z.d., Van Steekelenburg et al., 2016), Dit praktijkgericht onderzoek richt zich op de mening van hbo-geschoolde welzijnsprofessionals, werkzaam binnen het sociale domein over het concept positieve gezondheid en in hoeverre het mogelijk al zichtbaar is in de dagelijks praktijk.

Methode

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit respondenten, die werkzaam zijn binnen het sociale domein binnen Nederland en een van de volgende opleidingen heeft genoten: Maatschappelijke Werk en Dienstverlening (MWD) Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) en Culturele en Maatschappelijke Vorming (CMV).

Het praktijkgericht onderzoek is uitgevoerd volgens een mixed-methods-methode met kwantitatief en kwalitatief onderzoek (Verhoef et al., 2015).

Kwantitatieve methode

De survey (Huber, 2014) bevat 32 stellingen over verschillende aspecten van Positieve Gezondheid. Deze stellingen representeerden de zes dimensies van Positieve Gezondheid: Op een 9-punts Likertschaal van 1 (zeer onbelangrijk) tot 9 (zeer belangrijk) konden deelnemers aangeven in hoeverre ze het desbetreffende aspect van belang achtten voor gezondheid.

Kwalitatieve methode

Door middel van semigestructureerde interviews over Positieve Gezondheid (Backhaus, 2015) werden de respondenten bevraagd over Positieve gezondheid.

Data-analyse

Kwantitatieve data zijn geanalyseerd met SPSS-versie 25. Daarbij zijn de verschillen in meningen van de respondenten vergeleken aan de hand van gemiddelde waarde scores en standaarddeviaties. De semigestructureerd interviews zijn volledig uitgetypt. Na het transcriberen van de interviews werden alle gegevens open en daarna axiaal gecodeerd (Verhoef et al., 2015). Eén onderzoeker heeft alle data gecodeerd en geanalyseerd. Bij twijfel werd een tweede onderzoeker geraadpleegd.

Resultaten

Survey

In de wervingsperiode van het kwantitatieve onderzoek werden 271 respondenten bereid gevonden om aan het onderzoek deel te nemen, waarvan 119 respondenten zijn geïncludeerd voor het onderzoek (selectieratio: 44%). De leeftijd van de respondenten varieert van 20 tot 65 jaar oud, waarbij het gemiddelde ligt op een leeftijd van 36,8. De genoten opleidingen waren merendeel MWD (39,5%) en SPH (37,8%). Het merendeel van de respondenten, namelijk 36,9% (n=44), werkt in een ambulante setting. De tweede grootste groep, namelijk 26,5% (n=34), werkt in een intramurale setting.

Positieve gezondheid

Positief aan de nieuwe omschrijving vindt met 53,8% meer dan de helft van de respondenten, dat de gezondheid als een dynamische toestand wordt gezien. Net minder dan de helft, namelijk 48%, vindt daarbij dat het de kracht van iemand benadrukt.

Met 53,8% stelt meer dan de helft van de respondenten dat de nieuwe omschrijving nogal wat van mensen vraagt, waarbij zij zich de vraag stellen of iedereen zijn eigen regie kan voeren. Of iedereen eigen verantwoordelijkheid wil nemen is door 21% van de respondenten aangevinkt (Tabel 1).

Tabel 1 Positief en negatief aan de omschrijving van positieve gezondheid

| Categorieën | n=119 |
|---|-----------|
| Stellingen positief | n (%) |
| Gezondheid wordt gezien als dynamisch, in plaats van een statische toestand | 64 (53,8) |
| Het benadrukt de kracht van iemand en niet zozeer de zwakte | 58 (48,7) |
| Het legt de nadruk op eigen regie | 49 (41,2) |
| Het benadrukt dat iemand meer is dan zijn ziekte | 43 (36,1) |
| Het legt de nadruk op je eigen verantwoordelijkheid | 28 (23,5) |
| Het maakt de patiënt gelijkwaardiger aan de behandelaar | 8 (6,7) |
| Stellingen negatief | n (%) |
| Dit vraagt nogal wat van mensen, kan iedereen wel zijn eigen regie voeren? | 64 (53,8) |
| Dit vraagt nogal wat van mensen, wil iedereen wel eigen verantwoordelijkheid nemen? | 25 (21,0) |
| Deze omschrijving lijkt feitelijke ziekte onbelangrijk te maken | 24 (20,2) |
| Dit is te breed, dit gaat over het hele leven en niet over gezondheid | 23 (19,3) |
| Moet iemand zich maar aanpassen aan slechte levensomstandigheden? | 18 (15,1) |
| Voor mij is gezondheid toch vooral de afwezigheid van ziekte | 13 (10,9) |
| Het kan iemand weerhouden bijtijds naar de dokter te gaan | 5 (4,2) |

Aan de welzijnsprofessionals is gevraagd welke dimensie zij het meest en welke het minst belangrijk vinden. Hieruit blijkt dat de dimensie kwaliteit van leven met 40,3% als belangrijkste dimensie wordt gezien. De dimensie zingeving wordt met 45,4% als minst belangrijke dimensie gezien.

Semigestructureerde interviews

De onderzoekspopulatie bestond uit 9 respondenten, waarbij gelijkmatige spreiding gerealiseerd is met betrekking tot genoten opleidingen.

Positieve Gezondheid

Op de vraag of het concept positieve gezondheid bij de respondenten al bekend was, gaf slechts één respondent aan eerder van het concept positieve gezondheid te hebben gehoord.

“ik heb er wel van gehoord maar wat het precies inhoudt.....”

Uit de interviews blijkt dat acht van de negen respondenten positief zijn over het concept positieve gezondheid. Bij het toelichten waarom de respondenten positief zijn over het concept werd door drie respondenten als voornaamste reden gegeven dat er wordt gekeken naar meerdere indicatoren. Daarnaast werd door twee respondenten de focus op het aanpassingsvermogen positief bevonden.

“Nou het klinkt als een goed model. Waar ik gelijk aan moet denken is het herstelgericht werken. (..) Dus niet meer kijken naar wat je niét kunt, maar kijken naar wat je daarentegen wel kunt.”

Dimensies

Uit de interviews komt naar voren dat de dimensie kwaliteit van leven als meest belangrijk wordt gezien. In de toelichting op het belang van de dimensie kwaliteit van leven wordt er éénduidig aangegeven dat deze dimensie wordt gezien als een overkoepelende dimensie, die een samenvatting weergeeft van de andere vijf dimensies.

“Kwaliteit van leven is voor mij sowieso de belangrijkste. (..) De kwaliteit van leven zie ik een soort van overkoepelend voor al die anderen. Als er een dimensie niet in orde is zal de kwaliteit van leven erg beïnvloed worden. Ik denk dat als kwaliteit van leven laag staat, de rest ook niet erg hoog kan staan.”

De dimensies, die minder worden toegepast binnen de werkzaamheden zijn zingeving, maatschappelijk participeren, mentaal welbevinden en dagelijks functioneren. Echter geven de respondenten wel aan juist meer aandacht hiervoor te willen hebben tijdens hun werkzaamheden.

“Ik zou misschien zelf als het mogelijk is voor sociaal maatschappelijk participeren hoog zetten en mentaal welbevinden bij wijze van, maar ik ben heel erg gefocust om die lichaamsfuncties om hun daarop gerust te stellen en daar goed beeld over te krijgen. Ik zou zelf andere voorkeuren geven.”

“Ik denk toch het dagelijks functioneren. Want dat staat toch eigenlijk een beetje aan de basis van mentaal welbevinden, in mijn ogen zoals ik het nu zie. Dus ik denk dat daar aan de basis staat, maar daar houd ik me dan misschien te weinig mee bezig denk ik nu.”

Toepassing

Hoewel bij aanvang van de interviews door alle respondenten wordt aangegeven dat zij niet bekend zijn met positieve gezondheid in hun dagelijkse werkomgeving, komen alle dimensies in zekere zin los van elkaar voor in de beroepspraktijk van de professionals.

“Ik vind het een lastige want wat ik al zeg, je doet álles. Voor mij geeft dit spinnenweb eigenlijk ook de hulpverlening weer, je traject. We doen het eigenlijk allemaal.”

De meesten respondenten zien door positieve gezondheid wel mogelijkheden voor meer samenwerking (n=5) met collega's intern of verschillende disciplines.

“Ik denk dat als het teambreed of binnen meerdere disciplines uitgezet zou worden, deze methodiek, en ook hoe je de vertaling zou kunnen maken binnen ons werkveld of daarover zouden brainstormen. Als je daar als team bewust van bent kan je ook in je activiteit daarop inzetten en kan je het integreren in je handelen.”

Aanvullend op deze vraag geven twee respondenten aan dat het belangrijk is om de vraag te stellen of de social worker zich ook met alle aspecten bezig moet houden, of dat sommige aspecten van de dimensies beter aan andere professionals overgelaten kan worden.

Discussie

De respondenten in dit onderzoek laten een positieve houding zien tegenover het concept, waarbij ze de dimensies Kwaliteit van leven belangrijk vinden, maar ook de samenhang zien tussen de dimensies. Maar ze vragen zich tegelijkertijd wel af of personen soms wel in staat zijn hun eigen regie te voeren. Dit komt overeen met ander onderzoek bij andere zorgprofessionals zoals GGZ-verpleegkundigen, docenten verpleegkunde en fysiotherapeuten, waar het merendeel van de respondenten tevens positief waren over het concept (Van Erp & de Bot, 2017; Mul & de Bot, 2017; Boemaars, de Bot & Dierx, 2019)

Tevens nodigt het concept Positieve gezondheid uit om meer interprofessioneel samen te kunnen werken. Ook de auteurs van het Landelijke Opleidingsdocument Sociaal Werk (2017) onderstrepen het belang van interprofessioneel samenwerken, waarbij Positieve Gezondheid een uitgangspunt kan zijn. Professionals in de gezondheidszorg en professionals sociaal werk werken weliswaar vanuit verschillende invalshoeken, maar ze bevinden zich beide in het centrum van het zorgdomein. Sociale en zorgprofessionals in het gezondheidsdomein delen een belangrijk uitgangspunt, namelijk Hubers definitie van positieve gezondheid (Landelijke

Opleidingsoverleggen in het domein Sociaal Werk, 2017).

Binnen het sociale domein zijn er reeds verschillende methodieken in uitvoering/implementatie die zich richten op de eigen kracht, die wellicht geïntegreerd kunnen worden met een werkwijze gericht op positieve gezondheid. Voorbeelden hiervan zijn het oplossingsgericht werken, de empowerment benadering en de capability-benadering, waar bij allen tevens de eigen regie van de cliënt centraal staat en er wordt gestuurd op het vergroten van de eigen kracht (Bannink, 2013; Engels & Van der Lelie, 2010; Pelleboer-Gunnink & Embregts, 2014).

Uit dit onderzoek blijkt er vooral behoefte te zijn aan meer samenwerking met zowel de directe collega's, als met andere disciplines. Deze behoefte laat zich ook zien in de uitkomsten van het kwalitatieve deel van dit onderzoek en in de inventarisatie van Institute of Positive Health (Van Steekelenburg et al., 2016). Hierin wordt namelijk aangegeven dat er belemmeringen worden ervaren met betrekking tot de vaardigheden van de professional zelf en er behoefte is aan training/coaching en aandacht voor gezondheid binnen de opleiding.

Conclusie

De houding van de welzijnsprofessionals tegenover het concept positieve gezondheid is positief. Alle zes de dimensies worden belangrijk gevonden. De professionals in het sociale domein zijn met name te spreken over de bredere kijk op gezondheid en de nadruk die het legt op de eigen kracht. In de praktijk zien zij dan ook veel van deze dimensies terug in hun werkwijze. De welzijnsprofessionals hebben behoefte aan praktische handvatten om het concept eigen te maken, te integreren in hun handelen en om de verbinding te maken tussen zorg en welzijn.

Literatuur

Avans. (z.d.). *Expertisecentrum Caring Society. Kritische reflectie*. Breda: Avans Hogeschool.

Backhaus, M. (2015). *Vraag naar gezondheid! Een onderzoek naar het draagvlak onder zorgprofessionals voor het concept Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd op 17 maart 2018 via https://essay.utwente.nl/68531/1/BackhausMareike_BA_BMS.pdf

Bannink, F. (2013). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.

Boemaars, C., Bot, C., de, Dierx, J. (2019) Past positieve gezondheid binnen het vakgebied fysiotherapie? *F&W* 2019; 2: 1

Engels, J. & Lelie, J., van der. (2010). Eigen kracht, een gezamenlijk proces. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 2, 30-32.

Erp, M., van & Bot, C., de (2017). Positieve gezondheid op een ggz high intensive care. *TvZ*, 05, 20-23.

Huber, M.A.S., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loreiro, M.I., Meer, J.W. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. Van & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 1, 235-237. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health*. Geraadpleegd op 1 maart 2018, van <http://www.caphri.nl/data/files/alg/id547/Thesis%20Machteld%20Huber.pdf>

Huber, M., Vliet, M., van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C. & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 5 (e010091), 1-11. doi:10.1136/bmjopen-2015- 010091

Iersel, J., van & Wijngaarden-de Bodt, D., van. (2017). *Samen werken aan gezondheid: Psycho-sociale en medische basiskennis voor de sociaal werker*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Landelijke Opleidingsoverleggen in het domein Sociaal Werk (2017) *Landelijke Opleidingsdocument Sociaal Werk*. Amsterdam, SWP Uitgeverij B.V

Mul, E., de. & Bot, C., de (2017). Hoe denken hbo-docenten verpleegkunde over Positieve gezondheid? *Onderwijs en Gezondheidszorg*, 6, 26-29.

Pelleboer-Gunnink, H. & Embregts, P.J.C.M. (2014). De capability benadering: reële mogelijkheden tot participatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg*, 3, 224-238.

Smid, H.J. (2013). Mogelijkheden van een nieuwe definitie van gezondheid. *Spectrum TSG*, 91 (3), 132.

Steekelenburg, E., van, Kersten, I. & Huber, M. (2016). *'Positieve Gezondheid' in Nederland: wie, wat, waarom en hoe? Een inventarisatie*. Geraadpleegd op 13 maart 2018 via https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Begip_Gezondheid/Inventarisatie_Positieve_gezondheid_in_Nederland.pdf

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-Van Doorn, C., & Rosendal, H. (2015). *Zorgbasics, praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.

World Health Organization. (22 juli 1946). Constitution of the World Health Organization Geraadpleegd op 4 maart 2018 via <http://www.who.int/about/mission/en/>

ZonMw, z.d, *Gezonde wijk en omgeving* Geraadpleegd op 4 december 2018 via <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/gezonde-wijk-en-omgeving/positieve-gezondheid/>