

POSITIEVE GEZONDHEID IN PERSPECTIEF

Een vergelijkende literatuurstudie van het concept Positieve Gezondheid met andere (veel) gebruikte methoden/visies in de Nederlandse gezondheidszorg



POSITIEVE GEZONDHEID IN PERSPECTIEF

Een vergelijkende literatuurstudie van het concept Positieve Gezondheid met andere (veel) gebruikte methoden/visies in de Nederlandse gezondheidszorg

COLOFON

Auteurs Talent for Care



Anna Vree
Christianne Kerkhofs
Geeske Duyzings
Hedzer Fijlstra
Jesse van Wijnen
Jula Gerke-Meijssen
Niek van Sprang

Begeleid door iPH



Malou Timmers
Machteld Huber

Visuele weergave

Rick van Wensen

Dit rapport is tot stand gekomen in opdracht van iPH in samenwerking met Talent for Care.

BESCHOUWING

De schrijvers van dit rapport willen u graag een aantal kritische noten meegeven welke in gedachten dienen te worden gehouden tijdens het lezen van dit rapport:

- ▶ Dit rapport is opgesteld op basis van analyse en interpretatie van de literatuur welke de schrijvers van dit stuk hebben geraadpleegd. Er bestaat een mogelijkheid dat de grondleggers van de methoden/visies beschreven in dit rapport, een andere zienswijze hebben beoogd.
- ▶ Er is gekozen voor een positieve insteek waarbij samenwerking tussen Positieve Gezondheid en de uitgelichte visies/methoden benadrukt worden. Hoe zij elkaar kunnen versterken is daarbij als uitgangspunt genomen.
- ▶ Door de uniciteit van de verschillende visies/methoden is het een uitdaging geweest om deze op een correcte manier te vergelijken met Positieve Gezondheid. Om het toch zo accuraat mogelijk te onderbouwen verwijzen we u graag naar de methode sectie. Zoals tijdens ons onderzoek naar voren kwam: 'Het zijn geen appels en peren die we met elkaar hebben vergeleken, het is als het vergelijken van een fruitmand.'

We wensen u veel leesplezier!



INHOUD

Beschouwing	1	3.5 NANDA - NIC – NOC	31
1. Inleiding	6	3.5.1. Inhoud	31
2. Methode	8	3.5.2. Herkomst & onderbouwing	32
2.1 Doelstelling en onderzoeksvraag	8	3.5.3. Vergelijking Positieve Gezondheid	32
2.2 Selectie onderzochte methoden /visies	8	3.5.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en het NNN-classificatiesysteem elkaar versterken?	33
2.3 Deelvragen voor inzicht in andere methoden/visies	9	3.6 Het OMAHA-systeem	35
2.4 Aanpak en deelvragen voor vergelijking PG	9	3.6.1. Inhoud	35
2.5 Definities & terminologie	10	3.6.2. Herkomst & onderbouwing	36
3. Resultaten	11	3.6.3. Vergelijking Positieve Gezondheid	36
3.0 Positieve Gezondheid	11	3.6.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en het OMAHA-systeem elkaar versterken?	37
3.0.1. Inhoud	11	3.7 SCHALOCK	39
3.0.2. Herkomst & onderbouwing	14	3.7.1. Inhoud	39
3.1 Leefplezier	15	3.7.1. Herkomst & onderbouwing	40
3.1.1. Inhoud	15	3.7.2. Vergelijking Positieve Gezondheid	40
3.1.2. Herkomst & onderbouwing	16	3.7.3. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en SCHALOCK elkaar versterken?	41
3.1.3. Vergelijking Positieve Gezondheid	16	3.8 'Dit vind ik ervan!'	43
3.1.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en Leefplezier elkaar versterken?	17	3.8.1. Inhoud	43
3.2 De Presentiemethode	19	3.8.2. Herkomst & onderbouwing	44
3.2.1. Inhoud	19	3.8.3. Vergelijking Positieve Gezondheid	44
3.2.2. Herkomst & onderbouwing	20	3.8.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en 'Dit vind ik ervan!' elkaar versterken?	45
3.2.3. Vergelijking Positieve Gezondheid	21	3.9 Oplossingsgericht werken	47
3.2.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en de presentiemethode elkaar versterken?	22	3.9.1. Inhoud	47
3.3 4D-Model	23	3.9.2. Herkomst & onderbouwing	48
3.3.1. Inhoud	23	3.9.3. Vergelijking Positieve Gezondheid	48
3.3.2. Herkomst & onderbouwing	24	3.9.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en Oplossingsgericht werken elkaar versterken?	49
3.3.3. Vergelijking Positieve Gezondheid	25	3.10 Appreciative Inquiry	51
3.3.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en het 4D-model elkaar versterken?	26	3.10.1. Inhoud	51
3.4 RAI	27	3.10.2. Herkomst & onderbouwing	52
3.4.1. Inhoud	27	3.10.3. Vergelijking Positieve Gezondheid	53
3.4.2. Herkomst & onderbouwing	28	3.10.4. Hoe kan het Positieve Gezondheid en Appreciative Inquiry versterken?	53
3.4.3. Vergelijking Positieve Gezondheid	28	4. Totaaloverzicht	55
3.4.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en RAI elkaar versterken?	30		



1 INLEIDING

In 1948 heeft de World Health Organization (WHO) een definitie van gezondheid opgesteld, die luidt als volgt: 'A state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease, or infirmity', ofwel in het Nederlands 'een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek' (Huber et al., 2011).

Hoewel er vanaf het begin al vraagtekens geplaatst zijn bij de definitie van de WHO, is de kritiek vooral sinds de eeuwwisseling toegenomen, gezien de veranderde situatie. Met name de verschuiving van infectieziekten als grootste gezondheidsprobleem vlak na de Tweede Wereldoorlog, naar de grote prevalentie van chronische ziekten vandaag de dag. Ook werd en wordt de WHO definitie als medicaliserend, te statisch en idealistisch gezien en is de kritiek dat een toestand van compleet welbevinden bijna onmogelijk is (Huber et al., 2011). De roep om een nieuwe definitie voor het begrip gezondheid werd hierdoor steeds groter, waarbij er niet alleen naar ziekte werd gekeken maar ook naar de veerkracht van mensen en hun omgang met ziekte: een focusverschuiving van ziekte naar gezondheid (Huber, 2015).

In 2009 heeft Machteld Huber daarom in samenwerking met ZonMw en de Gezondheidsraad een tweedaagse conferentie georganiseerd in Nederland, om samen met 38 internationale deskundigen gezamenlijk in gesprek te gaan over een mogelijk alternatief voor de WHO definitie van gezondheid. Dit heeft geleid tot het volgende voorstel: 'Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges', ofwel in het Nederlands 'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. Het grote verschil met de WHO definitie zit hem volgens Huber in de benadrukking van de mogelijkheid gezond te zijn of te worden, zelfs in het geval van ziekte. De auteurs spreken bewust van een concept, een karakterisering, dan een definitie, die afbakent. Na publicatie van het concept in het British Medical Journal (BMJ) werd hier internationaal enthousiast op gereageerd (Huber, 2015).

Om te kijken hoe dit concept te operationaliseren was en breed gedragen kon worden, heeft Huber kwalitatief en kwantitatief onderzoek gedaan onder de zeven relevante stakeholders rondom de Nederlandse zorg, wat leidde dit tot een uitwerking in zes hoofddimensies van gezondheid: lichaamsfuncties; mentaal welbevinden; zingeving; kwaliteit van leven; sociaal-maatschappelijk participeren, en; dagelijks functioneren. Elk van deze hoofddimensie werd verder uitgesplitst naar in aanvankelijk 32 en later 42 onderliggende aspecten. Om deze brede invulling te onderscheiden van de 'gewoon lichamelijke' invulling van gezondheid, en gezien de raakvlakken met het concept van positieve psychologie, introduceerde Huber de term 'Positieve Gezondheid' (vanaf hier 'PG') (Huber, 2015).

Vanuit de vraag het concept van PG te visualiseren ontstond het spinnenweb met de zes dimensies (zie figuur 1 op volgende pagina). Het spinnenweb moet volgens Huber als gespreksinstrument beschouwd worden in plaats van als meetinstrument (Huber, 2018). Door mensen het spinnenweb



Figuur 1
Het Positieve Gezondheid spinnenweb

te laten zien en invullen, gaan ze vanzelf breder kijken dan alleen de lichamelijke dimensie van gezondheid. Door hierover in gesprek te gaan kan, indien gewenst, vaak een gedragsverandering op de verschillende dimensies op gang gebracht worden. Huber noemt dit het aangaan van 'het andere gesprek' met de patiënt. Het is mogelijk om na verloop van tijd het spinnenweb opnieuw in te vullen om progressie in kaart te brengen (van Steekelenburg E, Kersten I, Huber M., 2016).

Om de integratie en ontwikkeling van het concept PG te stimuleren, versterken en versnellen, richtte Huber in 2015 de stichting 'Institute for Positive Health' (iPH) op. Dit heeft er mede voor gezorgd dat PG in Nederland in een korte tijd steeds meer bekendheid heeft verworven. Er is veel media-aandacht en diverse organisaties, waaronder GGD GHOR Nederland, zijn gestart met de implementatie van het concept. Door deze stijgende bekendheid van PG wordt het concept vaker vergeleken met andere methoden/visies uit de gezondheid(szorg).

Vanuit vele organisaties is de vraag aan het iPH gesteld hoe PG zich tot andere methoden/visies verhoudt. Dat er nog geen goed gefundeerd antwoord kan worden gegeven op deze vraag, is de aanleiding geweest voor dit onderzoek. Op verzoek van iPH heeft projectgroep 'Team 9', bestaande uit 7 trainees van het 'Talent for Care' traineeship, een literatuurstudie gedaan naar verschillende methoden/visies die ingezet worden in de gezondheid(zorg) in het kader van hun eindopdracht. Om de overeenkomsten en verschillen met PG in kaart te brengen en te kijken waar de verschillende concepten elkaar kunnen versterken. Dit onderzoek kan mogelijk als basis dienen voor uitgebreider vervolgonderzoek naar de relatie tussen PG en andere methoden/visies, om zo de integratie en succesvolle toepassing in de Nederlandse gezondheidszorg verder te stimuleren.

In dit rapport wordt in hoofdstuk 2 beschreven welke verschillende methoden/visies onderzocht zijn en op welke manier. In hoofdstuk 3 worden deze beschreven en wordt gekeken naar de overeenkomsten en verschillen met PG en wordt de relatie met PG beschreven en hoe de verschillende methoden/visies elkaar mogelijk kunnen versterken. In hoofdstuk 4 worden de verschillen en overeenkomsten uiteengezet door middel van een samenvattende grafische weergave.

2 METHODE

Zoals in de inleiding beschreven, wordt het concept PG en het spinnenweb door de toenemende bekendheid steeds vaker vergeleken met andere methoden/visies uit de gezondheid(zorg). Waarbij vanuit verschillende hoeken (overheid, wetenschap en zorg) de vraag wordt gesteld hoe PG zich tot andere methoden/visies verhoudt.

2.1 Doelstelling en onderzoeksvraag

Omdat hier vooralsnog geen eenduidig antwoord op gegeven kan worden is dit onderzoek opgezet met als doel om een overzicht te creëren van verschillende veelgebruikte methoden/visies in de zorg en deze te vergelijken met PG. De onderzoeksvraag luidt daarom: 'Hoe verhoudt Positieve Gezondheid zich tot gerelateerde methoden/visies die ingezet worden in de Nederlandse zorg en waar kunnen Positieve Gezondheid en andere methoden/visies elkaar versterken?'

2.2 Selectie onderzochte methoden/visies

De selectie van onderzochte methoden/visies is als volgt tot stand gekomen:

Huber heeft een lijst aangeleverd met 24 methoden/visies die zij in de afgelopen jaren is tegengekomen tijdens haar werk. Bijvoorbeeld in onderzoeken, artikelen, op congressen en evenementen of via online berichten of contactverzoeken.

Deze 24 zijn teruggebracht naar de 17 die het vaakst werden genoemd of ingezet in het werkveld of het vaakst vergeleken met PG.

In een brainstorm sessie tussen Talent for Care Team 9 en Huber is vervolgens een verdere selectie gemaakt op basis van relevantie. Relevantie was gebaseerd op de volgende drie aspecten:

- ▶ Soort methode/visie, waarbij diagnose- en evaluatietechnieken prioriteit hadden, gezien de overeenkomsten met PG;
- ▶ Frequentie van inzet in het werkveld;
- ▶ Frequentie van vragen vanuit het werkveld over de vergelijking met PG.

Dit heeft geleid tot de selectie van de volgende 10 methoden/visies:

- ▶ **Leefplezier**
- ▶ **Presentie**
- ▶ **4D-model**
- ▶ **RAI**
- ▶ **NANDA - NIC - NOC**
- ▶ **Het OMAHA-systeem**
- ▶ **SHALOCK**
- ▶ **DIT VIND IK ERVAN**
- ▶ **Oplossingsgericht werken**
- ▶ **Appreciative Inquiry**

2.3 Deelvragen voor inzicht in andere methoden/visies

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd om meer inzicht te krijgen in de verschillende methoden/visies die onderzocht zijn:

Inhoud

- ▶ Deelvraag: wat is de inhoud van de methode/visie?
- ▶ Deelvraag: op welke dimensies/aspecten van het leven heeft de methode/visie betrekking?

- ▶ Deelvraag: hoe, waar (in de zorg) en voor welke doelgroep(en) wordt de methode/visie op dit moment ingezet?
- ▶ Deelvraag: wat is het doel van de methode/visie en wat voegt het toe?

Herkomst & onderbouwing

- ▶ Deelvraag: wie is de grondlegger van de methode/visie?
- ▶ Deelvraag: wat was de aanleiding voor het ontwikkelen van de methode/visie?
- ▶ Deelvraag: hoe is de methode/visie onderbouwd?
- ▶ Deelvraag: hoe en tot wat heeft de methode/visie zich over de loop van de tijd ontwikkeld?

Deze deelvragen zijn per methode/visie beantwoord in het hoofdstuk Resultaten onder de 2 paragrafen 'Inhoud' en 'Herkomst & onderbouwing'

2.4 Aanpak en deelvragen voor vergelijking PG

Om de onderzochte methoden/visies met PG te kunnen vergelijken is voor de volgende aanpak gekozen:

1. Tijdens een bijeenkomst met Huber heeft zij aangegeven dat PG een duidelijke driedeling kent qua inzet van PG:
 - ▶ Inzet van het spinnenweb ter bewustwording
 - ▶ Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt*
 - ▶ Opvolging van geformuleerde acties n.a.v. gesprek

Op verzoek van Huber is besloten deze driedeling ook aan te houden in de vergelijking van de verschillende methoden/visies met PG.

2. In een brainstormsessie heeft Talent for Care Team 9 deelvragen geformuleerd waarop de methoden/visies vergeleken konden worden, welke zijn onderverdeeld in de hiervoor

genoemde driedeling qua fasering. De deelvragen luiden als volgt:

Werkwijze en toepassing methode/visie

- ▶ Deelvraag: Wordt het ingezet c.q. is het toepasbaar voor een specifieke doelgroep of in algemene zin c.q. voor meerdere doelgroepen?
Toelichting: voor welke groep wordt het ingezet: voor een specifieke doelgroep of voor algemeen gebruik? En voor welke groep zou het kunnen worden ingezet?
- ▶ Deelvraag: Is het probleemgericht (gericht op kwaal, probleem, ziekte) of oplossingsgericht (gericht op cure, wat kan er nog wel?)
Toelichting: Vanuit welke perspectief is de theorie ingestoken? Gaat de meeste aandacht naar (het classificeren van) het probleem of de oorzaak van het probleem? Of is het oplossingsgericht en focust het op kansen en mogelijkheden.
- ▶ Deelvraag: Is het heel specifiek of holistisch ingestoken?
Toelichting: Focust het zich op een component van de individu of de ziekte/oplossing of is het gericht op een holistische aanpak waarbij het gehele individu en andere factoren, bijvoorbeeld sociale factoren, worden meegenomen?

Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt*

- ▶ Deelvraag: Is/zijn de vragenlijst/ het gesprek/ de diagnosestelling/ de domeinen open op gestuurd?
Toelichting: Wordt er gebruik gemaakt van gesloten vragen, semigestructureerd open vragen of worden er geen standaard vragen gebruikt maar is het een open gesprek waarin alle onderwerpen aan bod kunnen komen die door het individu kunnen worden aangedragen?
- ▶ Deelvraag: Ligt de regie voor het toepassen bij de hulpverlener of bij de cliënt/patiënt
Toelichting: Door wie wordt de classifi-

*tering ingevuld of het gesprek geleid?
Is het de patiënt zelf die de vragenlijst invult of wordt de vragenlijst ingevuld door de hulpverlener?*

Opvolging

- ▶ Deelvraag: Is er na de inzet/toepassing van de interventie nog opvolging en/of nazorg of is het een eenmalige interventie?

Toelichting: Het is afhankelijk van het gestelde doel en de intentie van het individu of er een vervolg komt in de vorm van gesprek, begeleiding bij de inzet van interventie of verandering of wanneer er een verschil over tijd gemeten kan worden.

* Zie pagina 12 laatste alinea voor een toelichting op 'het andere gesprek'.

Deze deelvragen worden per methode/visie beantwoord in het hoofdstuk Resultaten onder de paragraaf 'Vergelijking Positieve Gezondheid'.

3. Op basis van de vergelijking gemaakt zoals hierboven beschreven, zijn de teamleden van Talent for Care Team 9 met elkaar in discussie gegaan om de vraag te beantwoorden hoe elke methode/visie en PG elkaar kunnen versterken. Dit is vervolgens per methode/visie uiteengezet in de paragraaf 'Hoe kunnen Positieve Gezondheid en [naam methode/visie] elkaar versterken?'

2.5 Definities & terminologie

PG = Positieve Gezondheid

Uit respect voor de methoden/visies in kwestie is gekozen om de terminologie van de methoden/visies aan te houden. Wanneer een methode/visie één bepaalde term hanteert, is ervoor gekozen deze ook in dit onderzoeksrapport te gebruiken. Dit heeft ervoor gezorgd dat de beschrijvingen in de resultaten sectie verschillende terminologieën kunnen bevatten. Zo worden de woorden 'cliënt', 'patiënt' en 'individu' bijvoorbeeld door elkaar gebruikt.

3 RESULTATEN

3.0 Positieve Gezondheid

Positieve Gezondheid is de uitwerking van een nieuw concept van gezondheid en wordt geen definitie genoemd, zoals de WHO definitie dat wel is (Huber, 2015). Reden hiervoor is dat een definitie afgrenst: als je er niet aan voldoet ben je ziek. Met een concept wordt een kijkrichting aangegeven.

3.0.1. Inhoud

In de inleiding van dit rapport is kort beschreven hoe PG is ontstaan door de behoefte aan een nieuwe kijk op gezondheid die niet enkel focust op de afwezigheid van ziekte. PG gaat verder dan dit en betreft ook aspecten van het leven die, zo op het eerste gezicht, niet een directe relatie lijken te hebben met lichamelijke gezondheid. Door uitgebreid wetenschappelijk onderzoek onder een substantiële groep relevante stakeholders, is echter gebleken dat deze aspecten juist door patiënten als belangrijk worden ervaren in relatie met gezondheid. Alle relevante aspecten zijn onderverdeeld in zes hoofddimensies (Huber, 2018):

- ▶ **Lichaamsfuncties**, zoals fysiek functioneren, medische feiten, energie en klachten en pijn
- ▶ **Mentaal welbevinden**, zoals cognitief functioneren, emotionele toestand en zelfmanagement
- ▶ **Zingeving**, zoals doelen, acceptatie en toekomstperspectief;
- ▶ **Kwaliteit van leven**, zoals genieten, gelukkig zijn, balans, lekker in je vel zitten
- ▶ **Sociaal-maatschappelijk participeren**, zoals sociale contacten en geaccepteerd worden
- ▶ **Dagelijks functioneren**, zoals vaardigheden voor ADL, werkvermogen en kennis van gezondheid.

Om deze benadering te conceptualiseren en werkbaar te maken, is het spinnenweb als instru-





ment ontwikkeld. Dit spinnenweb is opgebouwd uit zes assen die vanuit het middenevenredig naar buiten lopen en staan voor de zes hoofddimensies (zie figuur 2). Hier lopen vijf zeshoekige assen doorheen die evenredig verdeeld zijn van het midden naar de buitenkant en die staan voor de score op een bepaalde hoofddimensie. Er wordt gepoogd om het spinnenweb verder te ontwikkelen als meetinstrument voor (positieve) gezondheid, maar daar is, vanwege de wetenschappelijke methodiek, verder onderzoek voor nodig. Huber (2018) spreekt van een gespreksinstrument.








Het spinnenweb kan door elke soort behandelaar (bijv. arts, fysiotherapeut, psycholoog, maatschappelijk werker etc.) in elke vorm van zorgverlening (bijv. ziekenhuiszorg, huisartsenzorg, psychologische zorg, ouderenzorg etc.) ingezet worden. Om daarmee met diens cliënten/patiënten in gesprek te gaan over onderwerpen die de patiënt belangrijk vindt, in relatie tot zijn of haar gezondheid. Om daarmee zelfreflectie te stimuleren en hen te verleiden om zelf regie te nemen op die gebieden. De cliënt/patiënt kan ook zelf het initiatief nemen om met het spinnenweb te gaan werken. Door hier bijvoorbeeld mee in aanraking te komen op internet of een folder in een wachtruimte. De regie over het invullen/scoren van het spinnenweb ligt te allen tijde bij de cliënt/patiënt. Deze kan ofwel direct scores geven op de hierboven genoemde zes hoofddimensies of een vragenlijst (online tool: Mijn Positieve Gezondheid) invullen over

onderwerpen die gerelateerd zijn aan de hoofddimensies. Door punten in het spinnenweb (de gegeven scores) met elkaar te verbinden ontstaat een gezondheidsoppervlak, welke ook door de online tool gegeneerd kan worden (zie Figuur 2). Dit gezondheidsoppervlak zegt niet zozeer wat over de daadwerkelijke gezondheid maar meer over de ervaren gezondheid. Vanuit de visie van PG is gezondheid (groten)deels een individuele perceptie en kunnen er grote verschillen zitten tussen wat mensen belangrijk achten voor hun gezondheid en wat zij verstaan onder 'gezond zijn' (Huber, 2015). Door de patiënt zelf te laten nadenken over de hoofddimensies, wordt snel duidelijk wat voor de patiënt (of cliënt) belangrijk is en waar de focus moet liggen in een begeleidingstraject.

'Het andere gesprek'

Na het invullen van het spinnenweb kunnen de behandelaar(s) en de patiënt in gesprek gaan over de verschillende onderwerpen en kunnen eventuele acties daarop uitgezet worden (handlingsperspectieven) met als doel gedragsverandering, waarbij de focus dient te liggen op de behoefte van de patiënt. Door zelf te handelen vergroot de patiënt zijn eigen regie en hiermee wordt aanspraak gedaan op hun bron van veerkracht. Dit is een essentieel onderdeel voor de gewenste groei binnen het spinnenweb. De gespreksvoering, die Huber 'Het andere gesprek' noemt, is niet gericht op advisering door de professional, maar meer luisterend en coachend. En is volgens Huber het belangrijkste aspect van

Positieve Gezondheid

doelgroep	 op iedereen toepasbaar
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht
specifiek / holistisch	 holistisch
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst
visie / theorie / gesprekstool / aanpak	 visie

PG. Het spinnenweb kan vervolgens periodiek opnieuw ingevuld worden om te kijken naar veranderingen in de hoofddimensies. Niet om een beeld te krijgen van de gezondheid in relatie tot een gemiddelde of een standaard, maar om de ervaren gezondheid van een individu te vergelijken over de tijd (Huber, 2015).

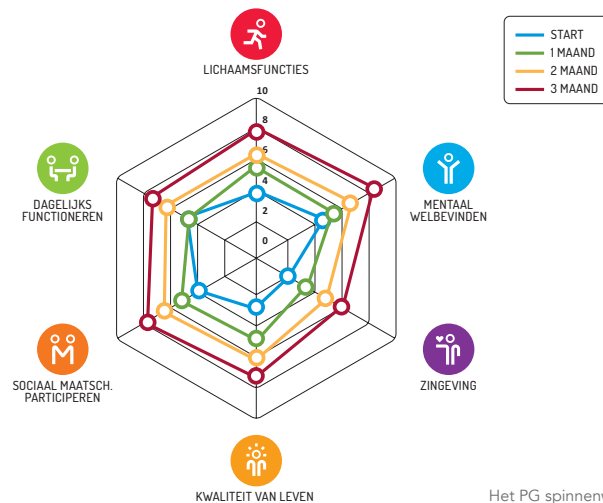
3.0.2. Herkomst & onderbouwing

Zoals beschreven in de inleiding is PG ontstaan vanuit de vraag om een nieuwe definitie voor gezondheid, gezien de verouderde definitie van de WHO. Naar aanleiding van deze vraag heeft Huber in 2009, in samenwerking met ZonMw en de Gezondheidsraad, een tweedaagse conferentie georganiseerd in Nederland. Tijdens deze conferentie zijn 38 internationale deskundigen met elkaar in gesprek gegaan waarbij samenvattend het volgende 'algemene concept' voor gezondheid geformuleerd werd, als alternatief voor de definitie van gezondheid van de van de WHO: 'Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven'. Door de raakvlakken met de 'positieve psychologie' besloot Huber het begrip 'Positieve Gezondheid' te introduceren als naam voor het nieuwe concept.

Na publicatie in het British Medical Journal (BMJ) was de volgende stap het draagvlak en de operationalisering van dit concept wetenschappelijk te onderzoeken. Dit heeft Huber gedaan door een

grootschalig kwalitatief en kwantitatief onderzoek op te zetten onder zeven belanghebbende groepen van de Nederlandse zorg: patiënten met een chronische aandoening, behandelaren, zorgverzekeraars, gezondheidsvoorlichters, beleidsmakers, burgers en onderzoekers. Het kwalitatieve onderzoek bestond uit 50 semi-gestructureerde individuele interviews en enkele focusgroepen. De verschillende groepen werd gevraagd wat zij positief en negatief vonden aan het nieuwe concept, welke aspecten volgens hen iemands gezondheid bepalen en of het concept deze aspecten ook omvatte. Uit de resultaten werden 556 indicatoren voor gezondheid verzameld. Deze werden gecategoriseerd in een consensus proces i.s.m. het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL). Het resultaat van deze 'bottom-up' benadering was de onderverdeling in de zes hoofddimensies van gezondheid, gedifferentieerd in 32 aspecten. Huber benadrukt dat het hierbij gaat om indicatoren van gezondheid, hoewel veel patiënten spraken over determinanten van gezondheid (Huber, 2015).

Als toetsing van de uitkomsten van dit kwalitatieve onderzoek werd een kwantitatief onderzoek opgezet door middel van het afnemen van een vragenlijst met de uitkomsten van het kwalitatieve deel. De respons op deze vragenlijst was 1938 reacties, met de volgende onderverdeling van de zeven groepen: 643 Behandelaren (artsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen & verzorgenden) (panels); 575 patiënten (panel); 430 burgers



Figuur 2
Het PG spinnenweb waarbij het 'gezondheidsoppervlak' verandert over tijd (N.B. dus 4x ingevuld).

(panel); 106 onderzoekers; 89 gezondheidsvoorlichters; 80 beleidsmakers; 15 verzekeraars. De eerder geïnventariseerde positieve en negatieve oordelen werden over het algemeen gedeeld onder de groepen. Bij de vraag in hoeverre de 32 geïdentificeerde aspecten onderdeel zijn van gezondheid werd echter verschillend gereageerd door de groepen, met name op de aspecten die geen betrekking hadden op het fysieke domein. Opvallend waren de significant afwijkende scores van patiënten versus onderzoekers, behandelaren (o.a. artsen) en beleidsmakers. De patiënten gaven op elke dimensie significante hogere scores dan de andere groepen. Met andere woorden: voor patiënten zijn deze dimensies veel meer van invloed op hun (ervaren) gezondheid dan onderzoekers, behandelaren en beleidsmakers denken. Ook bleek dat mensen met een academische opleiding over het algemeen een 'smallere' kijk (minder aspecten meenemend)

hadden op gezondheid dan mensen met lagere opleidingen. En hoe ouder mensen waren, hoe 'breder' (meer aspecten) en 'hoger' (meer focus op zachte aspecten zoals zingeving) zij oordeelden. Tot slot bleek het hebben van een (chronische) ziekte de sterkste factor te zijn die zorgt voor een 'breder' oordeel. De algehele conclusie van het onderzoek was dat er onderscheid is in opvatting van gezondheid onder de verschillende belanghebbende groepen. Vanuit de gedachte dat de patiënt centraal moet staan is gekozen om de brede opvatting van het concept gezondheid te hanteren, die de naam 'Positieve Gezondheid' heeft gekregen. In een later stadium is het spinnenweb aangepast met eenvoudiger termen tot 42 aspecten (Mijn Positieve Gezondheid). In Figuur 2 is het volledige spinnenweb met de zes hoofddimensies en de 42 onderliggende aspecten weergegeven.

Bronnen:

1. Brons I. 'Lezing Machteld Huber: Een nieuw concept voor gezondheid'. Website In voor zorg: <http://www.invoorzorg.nl/ivz/verslag-Lezing-Machteld-Huber-Een-nieuw-concept-voor-gezondheid.html>. 1 december 2015
2. Gesprekken tussen Machteld Huber en Talent for Care Team 9 projectteamleden, in periode januari t/m februari 2018
3. Huber M. 'Een nieuw concept voor gezondheid & de uitwerking naar Positieve Gezondheid' (PowerPoint presentatie). In voor zorg; VILANS; 9 november 2015
4. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AJ, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, Meer JW van der, Schnabel P, Smith R, Weel C van, Smid H. 'How should we define health?' BMJ 2011, 343(4163):235-237
5. Steekelenburg van E, Kersten I, Huber M. "Positieve Gezondheid" in Nederland Wie, wat, waarom en hoe? Een inventarisatie. Rapport Institute for Positive Health. Rapport IPH nr 2016-1. Maart 2016

Meer informatie?

iph.nl / mijnpositievegezondheid.nl

3.1 LEEFPLEZIER

Prof. dr. Joris P.J. Slaets pleit in zijn visie Leefplezier voor liefdevolle zorg bij ouderen, waarin het leefplezier, zoals Slaets het noemt, van de patiënt centraal staat. Daarmee kijkt het verder dan enkel de fysieke gezondheid en ziet het leefplezier als de belangrijke indicator voor de kwaliteit van leven.



3.1.1. Inhoud

Het leefplezier wordt gestimuleerd wanneer wordt voldaan aan de verlangens van een individu, deze zijn voor ieder mens uniek. Om daadwerkelijk liefdevolle zorg te kunnen bieden is een omslag in de zorg nodig voor kwetsbare ouderen richting het narratieve perspectief bepleit Slaets. Dit kan worden bereikt door het gesprek als brug naar de ander, in deze context staat narratief voor vertellen (Slaets, 2015). Narratief staat voor vertellen, het gesprek als brug naar de ander. Het vereist tweerichtingsverkeer en een open en onderzoekende houding waarbij het niet over behoeftes gaat maar over verlangens (Slaets, 2015). Volgens Slaets wordt het verlangen niet verteld en gehoord bij het afwerken van vragenlijsten maar kenbaar en voelbaar in de relatie. Waar de aandacht zich in de zorg met name richt op negatief welbevinden, pleit hij ervoor om de zorg in te richten naar de persoonlijke verlangens van mensen. Dat betekent kansen scheppen voor leefplezier en ouderen met liefde omringen. Daarbij is het benoemen van ziekte alleen zinvol wanneer er een interventie op volgt die bijdraagt aan bevordering van het leefplezier van de patiënt. Geldende richtlijnen en wetenschappelijke inzichten zijn daarbij ondergeschikt, welbevinden en de verlangens van de patiënt zouden op ieder moment leidend moeten zijn ten behoeve van het leefplezier.



3.1.2. Herkomst & onderbouwing

Slaets is hoogleraar ouderengeneeskunde en zet zich sinds het begin van deze in eeuw voor wat hij noemt het persoonlijk welbevinden in verbondenheid. Leefplezier is ontstaan vanuit zorg ethisch perspectief en vindt zijn oorsprong in de filosofie. Om deze nieuwe benadering in de praktijk toepasbaar te maken is wetenschappelijk onderzoek gedaan naar wat kwetsbare ouderen karakteriseert en wat de verlangens zijn van deze groep. Om conceptualisatie mogelijk te maken is een screeningsinstrument ontwikkeld in de vorm van een vragenlijst. De vragenlijst 'Behoeftes als kompas, de oudere aan het roer' stelt de kwetsbaarheid, zorgcomplexiteit en persoonlijk welbevinden vanuit het perspectief van de oudere vast, onafhankelijk van ziekte of leeftijd (van der Laan et al., 2014). De uitkomsten worden vervolgens gebruikt om de oudere in te delen in één van de vijf ontwikkelde zorgprofielen:

- ▶ Vitale ouderen;
- ▶ Ouderen met psychosociale problemen;
- ▶ Ouderen met lichamelijke en mobiliteitsproblemen;
- ▶ Ouderen met multidomein problematiek;
- ▶ Zeer kwetsbare ouderen.

Het beoogde doel is om toekomstige zorgpaden in te richten op basis van de vijf zorgprofielen. Het blijkt dat de oudere met het screeningsinstrument zijn eigen wensen en behoeften inzichtelijk maakt en daardoor in staat wordt gesteld om de eigen-regierol beter te vervullen














(van der Laan et al., 2014). Ook worden professionals om de oudere heen beter in staat gesteld vraaggestuurde zorg en ondersteuning te bieden (van der Laan et al., 2014). Het kan zowel op individueel niveau als op groepsniveau worden ingezet. Zo kan een huisarts de gehele populatie ouderen in zijn of haar praktijk in kaart brengen. Maar het instrument is ook interessant voor gemeenten om te kijken naar hoe ouderen hun eigen situatie ervaren.

De gezondheidszorg is zoekende naar andere maatstaven van kwaliteit, waarden waaraan op dit moment nog onvoldoende invulling aan gegeven wordt. Leefplezier sluit aan op deze behoefte en draagt daarmee bij aan een nieuwe inrichting van kwaliteitsindicatoren op basis van verlangens, welbevinden en plezier (Slaets, 2015).

3.1.3. Vergelijking Positieve Gezondheid

Werkwijze en toepassing methode/visie

Leefplezier gaat ervanuit dat men geluk kan ervaren en zich kan gelukkig voelen, ook wanneer het gezondheidsniveau laag is. Daarmee zien zowel PG als Leefplezier gezondheid als een breder begrip dan enkel de aan- of afwezigheid van ziekte. Beide visies kennen een holistische benadering, waarbij wordt beoogd alle dimensies te beschouwen die te maken hebben met je gelukkig voelen en plezier in het leven hebben. Beide gaan uit van kansen en mogelijkheden en zijn oplossingsgericht. Een ziekte/probleem wordt pas als zodanig gezien wanneer het de

	Positieve Gezondheid	Leefplezier
doelgroep	 op iedereen toepasbaar	 gericht op ouderen
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht	 oplossingsgericht
specifiek / holistisch	 holistisch	 holistisch
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek	 vragenlijst
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt	 regie bij de hulpverlener
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst	 eenmalig
visie / theorie / gesprekstool / aanpak	 visie	 visie

kwaliteit van leven van de cliënt/patiënt verlaagd. Waar PG geen specifieke doelgroep heeft en breed wordt ingezet is Leefplezier specifiek gericht op de ouderenzorg.

Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt

De situatie van de cliënt/patiënt kan zowel bij zowel Leefplezier als bij PG in kaart gebracht worden d.m.v. een vragenlijst met meerkeuzevragen, welke door de patiënt zelf wordt ingevuld. Bij PG kan de patiënt daarnaast ook meteen zelf scores geven op de zes dimensies, om tot een beeld te komen van de ervaren gezondheid. Bij PG wordt de patiënt verleid om het spinnenweb uit eigen beweging in te vullen maar het kan ook geïnitieerd worden door de zorgverlener. Bij Leefplezier ligt de regie voor het invullen van de vragenlijst bij de zorgverlener. Vervolgens gaan de patiënt en zorgverlener met elkaar in gesprek over die onderwerpen die de patiënt belangrijk en relevant vindt.

Opvolging

Bij Leefplezier wordt de vragenlijst eenmalig ingezet om patiënt in te delen in een zorgprofiel om beter afgestemde zorg te kunnen leveren of om in kaart te brengen wat de zorgvraag is van patiënt/cliënt. PG wordt ingezet om de patiënt via het spinnenweb en het andere gesprek te verleiden tot zelfreflectie en op deze wijze de patiënt in staat te stellen zelf de regie te nemen. Daarmee is opvolging optioneel wanneer de cliënt/patiënt aangeeft hier nog niet (volledig) toe in staat te nemen en hier behoefte aan heeft.

3.1.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en Leefplezier elkaar versterken?

Net als PG stelt Leefplezier de definitie van gezondheid ter discussie. Beide stellen namelijk dat er een paradigma shift nodig is om de kwaliteit van zorg naar een hoger niveau te tillen, waarbij niet enkel wordt gekeken naar gezondheid als de aan- of afwezigheid van een ziekte. Waar dat bij PG heeft geleid tot een nieuwe definitie van gezondheid, zodat dit vanuit een breder perspectief wordt beschouwd, pleit Leefplezier dat gezondheid 'slechts' een onderdeel is van het totale spectrum van kwaliteit van leven. Toch lijkt dat vooral een verschil in de manier waarop ze deze verandering willen vormgeven en niet op inhoud.

Bij PG kan een vragenlijst worden afgenomen of de cliënt/patiënt geeft direct scores op de domeinen van het spinnenweb. De resultaten worden vervolgens visueel weergegeven in het spinnenweb wat vervolgens dient als gesprekstool voor het andere gesprek. Bij Leefplezier worden de resultaten van de vragenlijst gebruikt om de patiënt in te delen in één van de vijf mogelijke zorgprofielen met als doel de ouderenzorg zoveel mogelijk te richten op deze vijf classificaties. PG zou Leefplezier kunnen versterken door het toepassen van de systematiek om tot een visueel spinnenweb en het andere gesprek te komen. Dit zou patiënten kunnen helpen die tussen twee zorgprofielen in vallen of om de ontwikkeling van de zelf ervaren

gezondheid van het individu inzichtelijk te maken wanneer het spinnenweb opnieuw wordt ingevuld. Daarmee kan het Leefplezier in staat stellen om nog meer maatwerk te leveren.

Zowel PG als Leefplezier pleiten voor meer vraaggestuurd en oplossingsgerichte zorg en hebben de neiging de bestaande normen en protocollen los te laten om zo tot een behandelplan op maat te komen. Hierbij staat centraal wat de patiënt nog kan en met name wat deze patiënt wil. PG en Leefplezier kunnen samen optrekken in onderzoek over wat er gebeurt met de kwaliteit van zorg als je daadwerkelijk de focus verschuift naar positief welbevinden. Als dat inderdaad de kwaliteit van leven verhoogt, dan ligt er een uitdaging in de verantwoording van deze kwaliteit. Er zullen nieuwe kwaliteitsindicatoren nodig zijn die aansluiten bij de nieuwe benadering van gezondheid (Slaets, 2014).

Bronnen

1. Hosson, S de, Touwen, D., & van Diemen, R. (2017). Bijdragen van sprekers bij de 5e Els Borst Lezing: Kwaliteit van zorg: wie mag het zeggen? door Joris Slaets.
2. Laan, M. E. van der, van Offenbeek, M. A. G., Broekhuis, H., & Slaets, J. P. J. (2014). A person-centred segmentation study in elderly care: towards efficient demand-driven care. *Social Science & Medicine*, 113, 68-76.
3. Peters, L. L., Boter, H., Buskens, E., & Slaets, J. P. (2012). Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(6), 546-551.
4. Peters, L. L., Boter, H., Slaets, J. P., & Buskens, E. (2013). Development and measurement properties of the self assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. *Journal of psychosomatic research*, 74(6), 518-522.
5. Slaets J. '5e Els Borst lezing' (PowerPoint presentatie). Kwaliteit van zorg: wie mag het zeggen?; CEG; 9 november 2015
6. Steekelenburg van E, Kersten I, Huber M. "Positieve Gezondheid" in Nederland Wie, wat, waarom en hoe? Een inventarisatie'. Rapport Institute for Positive Health. Rapport IPH nr 2016-1. Maart 2016
7. Steverink N, Lindenberg S, Slaets J (2005) How to understand and improve older people's self-management of well-being. *Eur J Ageing* 2:235-244

Meer informatie?
leefplezier.nl

3.2 DE PRESENTIEMETHODE

De presentiemethode is een visie op de wijze van persoonlijke begeleiding, ondersteuning en waardering van hulpbehoevende cliënten. De visie heeft als uitgangspunt dat de presentiebeoefenaar aanwezig/present is in het leven van de cliënt.

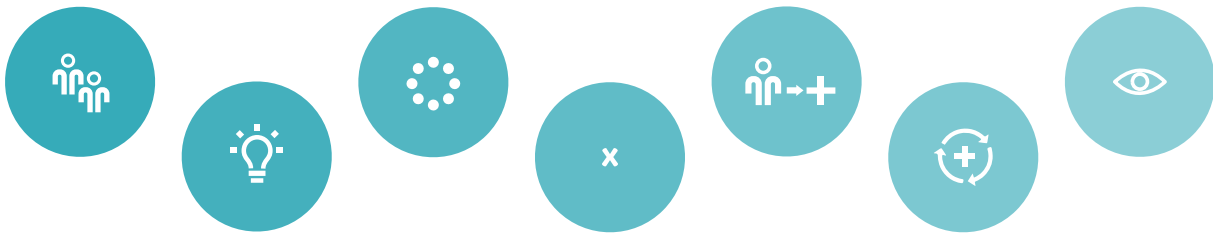
3.2.1. Inhoud

Het gaat hierbij niet zozeer om de focus op het verhelpen van problemen, maar om het realiseren van een bevredigende verhouding tot het leven (Baart, 2001). De presentiebeoefenaar heeft daarmee de insteek om af te stemmen op wat de ander nodig heeft. Daarnaast is de insteek dat de cliënt zelf de regie kan houden en in zijn of haar eigen omgeving ondersteuning krijgt om tot een fijn leefklimaat te komen. Belangrijk aspect hierin is dat elke persoon een andere kijk heeft op een fijn leefklimaat; voor elke persoon zijn andere dingen belangrijk om die 'bevredigende verhouding tot het leven' te kunnen realiseren. De presentiebeoefenaar heeft als belangrijkste rol dan ook om op de ander af te stemmen en present te zijn zoals de ander dat behoeft.

De presentiemethode kenmerkt zich door vijf kenmerken:

- ▶ **Beweging, plaats en tijd**; de presentiebeoefenaar stemt af op de omgeving van de ander. De contactmomenten zijn in de leefomgeving en op momenten die de ander bepaalt om zo een langdurige band op te bouwen.
- ▶ **Ruimte en begrenzing**; de contactmomenten zijn onvoorwaardelijk, zonder tegenpres-tatie en afgestemd op de behoefte van de ander, zonder dat hier uitzonderingen of exclusies worden gemaakt.
- ▶ **Aansluiting**; de presentiebeoefenaar sluit zich aan op de omgeving en gebruiken van





de ander. Hij bouwt een langdurige band op, in plaats van zich als hulpverlener op te stellen. De sfeer is informeel en familiair.

- ▶ **Afstemming en openheid**; er is geen vooropgesteld doel of plan, waar de presentiebeoefenaar naar streeft. Hij neemt geen afscheid als er geen vooruitgang is geboekt. Openheid, van beide kanten, is hierin erg belangrijk.
- ▶ **Betekenis**; De doelgroep is bewust gekozen. Mensen waar de maatschappij niet naar omkijkt, zijn voor de presentiebeoefenaar belangrijk. Hij wil ze betekenis geven aan hun leven door naar hen om te zien, erkenning en waardering te geven.

De presentiemethode richt zich op het gehele leven van de ander, waarbij niets onbesproken of ongezien hoeft te blijven. Deze omgangsvorm en visie op begeleiding en waardering van de ander is voor elke doelgroep in te zetten, maar wordt het meeste gebruikt bij sociaal-maatschappelijke doelgroepen (hulpbehoevende met vaak multi-problematiek zoals schulden, werkloosheid, alcoholisme, etc. Persoonlijke motivatie en volharding van de beoefenaar om die specifieke doelgroep te helpen is zo belangrijk voor hem, dat de motivatie en volharding bij andere (minder hulpbehoevende) doelgroepen minder aanwezig kan zijn en het effect daarmee minder is. De presentiebeoefenaar is iemand die zonder verwachtingen, vooropgesteld doel of voorwaarden, met liefde, openheid en betrokkenheid investeert in een relatie met de ander om hen

betekenis, erkenning en waardering te geven. Door op deze manier aanwezig te zijn biedt hij een luisterend oor, ondersteunt hij bij problemen en bouwt hij een langdurige, familiere band op.

3.2.2. Herkomst & onderbouwing

De presentiemethode is geschreven door Prof. dr. Andries Baart; wetenschapper, onderzoeker en geestelijk vader van de methode. Geïnspireerd op het boek 'Kerkelijke presentie in een oude stadswijk' (Schipper, 1990), heeft Baart een jarenlange studie gedaan naar het werk van het buurtpastoraat in achterstandsbuurten. Volgens Baart ontbrak in dit boek echter het inzicht in de praktische werkwijze van de betrokken pastores, waardoor hij in zijn vervolgstudie heeft ingezoomd op het feitelijke doen en laten van de presentiebeoefenaars.

Om dit te onderzoeken en te onderbouwen heeft Baart zeven jaar het werk van buurtpastoraat persoonlijk gevolgd om in de praktijk te zien wat de werkwijze en de effecten zijn. Dit praktijktheoretisch onderzoek, aangevuld met feiten, cijfers en interviews met betrokkenen, geeft een gedegen beschrijving en onderbouwing van de methode (bron?).

Het boek wat Baart geschreven heeft werd goed ontvangen, waarna er diverse andere hulpmiddelen zijn ontwikkeld om de methode toe te passen in de praktijk (www.presentie.nl). Zo zijn er diverse trainingen die gevolgd kunnen worden, zijn er lezingen en workshops over

	Positieve Gezondheid	De presentiemethode
doelgroep	 op iedereen toepasbaar	 op iedereen toepasbaar
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht	 oplossingsgericht
specifiek / holistisch	 holistisch	 holistisch
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek	x niet gespecificeerd
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt	 regie bij de cliënt
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst	 opvolging indien gewenst
visie / theorie / gesprekstool / aanpak	 visie	 visie

presentie en kan er door middel van intervisie en coaching hulp gevonden worden bij de Stichting Presentie, opgericht op de visie uit te dragen en in te bedden.

3.2.3. Vergelijking Positieve Gezondheid

Werkwijze en toepassing methode/visie

Net zoals bij PG is de presentiemethode oplossingsgericht, met name doordat deze zich richt op de gehele persoonlijke situatie van de ander, in plaats van de focus te leggen op de bestaande problemen. De beoefenaar richt zich niet op bestaande problemen, om deze op te lossen, maar stapt met een open blik op de ander af om vanuit die open blik de ander te ondersteunen. Het is gericht op wat de ander nodig heeft en het gaat om erkenning, waardering en begrip te bieden. Deze holistische benadering is daarmee vergelijkbaar met PG, dat zich ook richt op het gehele individu en zijn hele leven en de mensen en omstandigheden om hem heen (bijvoorbeeld financiële situatie, werkloosheid en familiebanden). Alhoewel de methode gebaseerd en compleet toepasbaar is voor de sociaal-maatschappelijke doelgroepen, is de benaderingswijze op meerdere doelgroepen in te zetten, net zoals dit bij PG het geval is.

Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt

Binnen de presentiemethode is niets vooraf vastgelegd of vooraf bepaald. Er zijn geen voorwaarden voor de ondersteuning en deze wordt volledig afgestemd op de behoefte van de

ander. De regie ligt daarmee volledig in handen van de cliënt/patiënt, waarbij de presentiebeoefenaar onvoorwaardelijk aanwezig is. Bij PG is er vooraf ook niets vastgelegd maar wordt er wel gebruik gemaakt van het inzicht dat het invullen (of scoren) van het spinnenweb geeft. De regie bij het andere gesprek is zowel bij de presentiemethode als bij PG volledig in handen van de cliënt/patiënt, waarbij PG daarbij wel een structuur aanbiedt d.m.v. de zes dimensies. De presentiemethode gaat op het gebied van betrokkenheid van de behandelaar verder dan PG, doordat de presentiemethode gericht is op het proactief benaderen van de ander, ook als deze niet om de ondersteuning heeft gevraagd of daar in eerste instantie behoefte aan heeft. De presentiebeoefenaar gaat zelf persoonlijk op zoek naar de ander, terwijl er bij PG normaliter een aanleiding is waardoor behandelaar en cliënt/patiënt met elkaar in contact komen of dat de cliënt/patiënt het spinnenweb zelf invult.

Opvolging

De presentiemethode gaat uit van een lange termijn relatie en is pas effectief als er meerdere contactmomenten zijn geweest. Doordat er onderlinge openheid en vertrouwen opgebouwd wordt, zal een eenmalig contactmoment een minimale bijdrage hebben. Bij PG is opvolging optioneel waarbij de cliënt/patiënt aangeeft of/wat voor veranderingen hij/zij wenst. De presentiemethode gaat echter verder in het aangaan van het contact en de opvolging. Aangezien de proactieve houding van de presentiebeoefenaar

één van de belangrijke kenmerken is in deze methode, waar dit bij PG minder het geval is.

3.2.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en de presentiemethode elkaar versterken?

PG kan de presentiemethode versterken door het toepassen van de vragenlijst. De kracht van de presentiemethode is dat de presentiebeoefenaar onvoorwaardelijk aanwezig is voor de ander en zich, naar inbreng van de ander, richt op de gehele persoonlijke situatie en de behoefte van de ander. Hierdoor kan de onderliggende behoefte soms lastig te specificeren zijn. Het spinnenweb van PG kan de presentiebeoefenaar ondersteunen om inzicht te krijgen in de verschillende mogelijkheden en richtingen waar de hulpvraag kan liggen, door de visuele weergave van het spinnenweb. Dit kan tijdens de aanwezigheid en de gesprekken voor de presentiebeoefenaar een bepaalde houvast geven.

De presentiemethode kan PG versterken door het toepassen van de visie van de presentiemethode voor de mindset van de behandelaar, wanneer deze de cliënt het spinnenweb laat invullen en tijdens het andere gesprek. Door het toepassen van de onvoorwaardelijke steun en het open karakter kan het onderlinge vertrouwen tijdens het gesprek verhoogd worden, wat daarmee ook de drempel verlaagt om alle aspecten aan de orde te laten komen en een open gesprek te voeren.

Bronnen:

Baart, A. J. (2001). Een theorie van de presentie
Schipers, K.A. (1990). Kerkelijke presentie in een oude stadswijk.
<http://www.andriesbaart.nl/>
<http://www.andriesbaart.nl/wp-content/uploads/2011/04/dl-h1-640.pdf>
<http://www.presentie.nl/wat-is-presentie/filosofie?showall=1>

Meer informatie?
presentie.nl

3.3 4D-MODEL

Het 4 Domeinenmodel (kort: 4D-model) is een gesprekstool dat wordt ingezet door zorgprofessionals voor medische (fysieke klachten) - en sociaal-maatschappelijke doelgroepen (mentale klachten). Deze gesprekstool wordt bij een intake of onderzoek door de behandelaar gebruikt om het gesprek aan te gaan met de patiënt en om een beter inzicht te krijgen in de gehele persoonlijke situatie en (eventuele) problematiek.



3.3.1. Inhoud

De patiënt komt in eerste instantie in gesprek met de behandelaar door een fysieke of mentale kwaal. In plaats van de focus te leggen op dit ene probleem, helpt het model de zorgprofessional om een completer beeld te vormen van de persoonlijke situatie van de patiënt en daarop te handelen.

Het model kan voor meerdere doelgroepen ingezet worden, maar is ontwikkeld en in gebruik binnen de huisartsenzorg. Door uniforme indeling in domeinen biedt het de behandelaar naast inzicht in de gehele situatie ook handvatten om de verworven informatie te gebruiken om beter samen te werken met andere behandelaren, door bijvoorbeeld andere behandelaren (bijvoorbeeld psycholoog of schuldhulpverlener) in te schakelen en naar toe door te verwijzen.

Het 4D-model kijkt naar vier verschillende domeinen om de gezondheid van de patiënt in kaart te brengen. Deze domeinen (Lichaam, Geest, Sociaal en Maatschappelijk) hebben elk afzonderlijk enkele deelgebieden waar specifiek op ingezoomd wordt. De 4 domeinen zijn:

- ▶ **Lichaam** Bij dit domein wordt gekeken naar de fysieke gesteldheid van de patiënt. Onderdelen die hieronder vallen zijn de aanwezigheid van ziektes, letsel en beperkingen en welke impact dit heeft op de patiënt.
- ▶ **Geest:** Bij dit domein ligt de focus op de



geestelijke gesteldheid van de patiënt, waarbij er onderscheid wordt gemaakt tussen geestelijke ziektes, gevoelens en karakter en de impact van opvoeding en gebeurtenissen in het leven die invloed hebben op denkwijze en ervaring van situaties.

- ▶ **Sociaal** Bij het sociale domein wordt een beschrijving van de sociale situatie gemaakt. Hierbij zijn de sociale situatie, ondersteuning en terugvalmogelijkheden belangrijk alsook de eerdere ervaringen en daarmee de houding tegen aanzien van de aangeboden hulp.
- ▶ **Maatschappelijk** Bij het laatste domein worden de randvoorwaarden en persoonlijke situatie bekeken. Zijn er op gebied van woonklimaat, financiën en werk voldoende tevredenheid of zijn hier zorgen die van invloed kunnen zijn op de gezondheidsbeleving?

3.3.2. Herkomst & onderbouwing


Het 4D-model is ontwikkeld door twee huisartsen (Nikki Makkes en Jacqueline van Riet) uit Utrecht. Veel patiënten hadden naast hun fysieke/medische problemen ook sociaal-maatschappelijke problematiek. Ze ondervonden dat ze deze patiënten niet verder konden helpen als ze zich alleen focusten op de klacht waar ze initieel voor kwamen.

De huisartsen kwamen met de volgende drie problemen, waar het model mee kon ondersteunen:

- ▶ Monodisciplinair werken voor deze patiënt is onmogelijk. Niet-medische aspecten beïnvloeden de gezondheid(sbeleving). Als deze aspecten niet bij de behandeling worden betrokken, blijven de lichamelijke klachten bestaan.
- ▶ Huisartsen worstelen ermee hoe ze de patiënt zelf kunnen bewegen om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn gezondheid.
- ▶ Als professionals onderling niet samenwerken en afstemmen, blijft ondoelmatigheid bestaan.

Met deze zaken in het achterhoofd is het 4D-model ontstaan en gemaakt tot een hulpmiddel om multidisciplinair te werken, de gehele gezondheid(sbeleving) in kaart te brengen en daardoor patiënten beter te kunnen helpen. Door het gebruik van het model komt er inzicht in de gehele situatie, wat een startpunt is om zowel de patiënt en samenwerkende behandelaren te activeren.

Vanuit de praktijkervaring van de huisartsen zijn ze aan de slag gegaan om een hulpmiddel te ontwikkelen die dat probleem zou oplossen. Ze hebben het 4D-model gebaseerd op het nieuwe concept van gezondheid, ontwikkeld door Machteld Huber. Ook hebben zij hun inspiratie gehaald uit het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), waarin algemene classificaties zijn geformuleerd voor het menselijk functioneren. Tot slot hebben zij

	Positieve Gezondheid	4D-Model
doelgroep	 op iedereen toepasbaar	 op iedereen toepasbaar
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht	 oplossingsgericht
specifiek / holistisch	 holistisch	 holistisch
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek	 gesprek
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt	 regie bij de cliënt
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst	 eenmalig
visie / theorie / gesprekstoel / aanpak	 visie	 gesprekstoel

het 4D denkraam, wat beschreven staat in het boek 'Creatieregie' van Robert Coppenhagen, gebruikt als onderbouwing.

3.3.3. Vergelijking Positieve Gezondheid

Werkwijze en toepassing methode/visie

Het oplossingsgerichte 4D-model helpt huisartsen om in een gesprek de problemen vanuit meerdere domeinen te bekijken en daarmee ook de onderliggende problemen te kunnen achterhalen en bespreken. Het kent net als PG een holistische insteek en biedt de mogelijkheid om een compleet beeld te vormen van de cliënt/patiënt. Het grootste verschil zit hem echter in de uitwerking van de domeinen en de specificatie in subonderwerpen. PG is in dit opzicht uitgebreider en heeft de zes dimensies opgesplitst in 42 onderliggende aspecten, waar het 4D-model er 14 heeft. De insteek en domeinindeling van het 4D-model zijn vrij algemeen en daarom net als PG ook goed voor andere doelgroepen in te zetten.

Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt

Het 4D-model is een gesprekstoel voor een behandelaar om het gesprek te voeren en om de juiste behandeling te kunnen opstarten, rekening houdend met meerdere aspecten dan alleen het initiële probleem. Door de domeinindeling te gebruiken zit er een lichte sturing in het gesprek, wat de behandelaar handvatten en vergelijkingsmateriaal geeft om een bepaalde behandeling op te zetten. Ook bij PG zal het inzicht dat de ingevulde vragenlijst c.q. gegeven scores van

het spinnenweb als input dienen voor het andere gesprek. Het verschil met het 4D-model is echter dat PG uit gaat van wat de cliënt wil en die ook bepaald welke dimensies hij aandacht wilt geven. Het 4D-model wordt door artsen voornamelijk gebruikt om hun conclusies te ordenen en weer te geven. De indeling in dimensies geeft in het gesprek een bepaald houvast, maar geeft niet de regie aan de patiënt.

Het 4D-model is reactief aan de zorgvraag; het model wordt pas gebruikt als de patiënt met zijn klacht een behandelaar op zoekt. De eerste stap richting de huisarts, en daarmee inzet van het 4D-model, moet gezet worden door de patiënt, waarna in het gesprek en inzet van het model duidelijk wordt wat de behandelaar als vervolgstap kan inzetten. PG kan sneller worden geïnitieerd, aangezien de patiënt op eigen initiatief en zonder gesprek inzicht kan verkrijgen in de diverse domeinen van persoonlijke gezondheid. De regie over de vervolgstappen ligt bij de behandelaar, die de input van het gesprek als basis gebruikt om het 4D-model in te vullen en daarmee voor zijn behandelplan. Dit laatste is daarin anders dan PG, dat niet alleen de focus legt op de rol van de behandelaar, maar die ook regie de patiënt zelf legt. Het gebruik van het 4D-model kan door de behandelaar alleen gebruikt worden als structuur om de problematiek te achterhalen, maar kan ook een aanleiding zijn om de patiënt, zijn omgeving en andere behandelaren in actie te laten komen. Dit is echter wel afhankelijk van de insteek van de behandelaar.



Opvolging

Er is binnen het 4D-model geen specifieke methode om de begeleiding of nazorg in te richten. Het model biedt de behandelaar een handvat om de probleemstelling helder te krijgen door meerdere domeinen te onderzoeken en te bespreken. Het vervolg is ter invulling van de behandelaar en patiënt zelf.

Doordat bij PG de mogelijkheid bestaat om een ontwikkeling te zien, door het meermaals invullen van het spinnenweb, heeft dit een verleidend karakter tot zelfreflectie en stimuleert de patiënt om de regie te nemen. Dit is bij het 4D-model niet inzichtelijk te maken.

3.3.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en het 4D-model elkaar versterken?

Ondanks dat het 4D-model vooral gebruikt wordt als gesprekstoel voor behandelaars (en behandelplan) en PG de patiënt zelf de regie

en het initiatief wil laten nemen over zijn of haar gezondheid, hebben beide modellen veel overeenkomsten en hetzelfde doel. Beide werken toe naar een compleet beeld van de persoonlijke situatie van de patiënt en wat voor de patiënt belangrijk is om mee te nemen in de behandeling. Door de visuele weergave welke door het spinnenweb wordt gefaciliteerd kan de ervaren gezondheid in kaart worden gebracht, wat de behandelaar kan helpen bij het invullen van het 4D-model. Of de uitkomst van het spinnenweb gebruikt moet worden tijdens het gesprek over de vier domeinen is echter de vraag, aangezien het overzichtelijker kan zijn als de zes domeinen van PG gebruikt worden in het gesprek. Het verleidende karakter van PG om eigen initiatief en regie van de patiënt te stimuleren, kan een aanvulling zijn op 4D-model. Door het gebruik van het spinnenweb kan er een inzicht gegeven worden in een mogelijke verandering, welke nu lastig is in te zien.

Bronnen:

Het 4 Domeinenmodel, PDF publicatie, Stichting Volte, September 2015

<http://www.stichtingvolte.nl/het-4d-model/>

<https://www.nictiz.nl/standaarden/icf>

<https://www.jongbloed.nl/boek/9789055942718/creatieregie-visie-en-verbinding-bij-verandering-robert-copenhagen>

Meer informatie?

stichtingvolte.nl

3.4 RAI

RAI (Resident Assessment Instrument) is een classificatiesysteem die verpleegkundigen, huisartsen, praktijkondersteuners en verzorgenden handvatten geeft om, door middel van een systematische vastlegging van observaties, inzicht te krijgen in iemands zorgzwaarte en gezondheidsrisico's. Door middel van dit inzicht krijgt de zorgprofessional suggesties voor passende acties en indicering.



3.4.1. Inhoud

RAI beoordeelt kwetsbare personen aan de hand van acht aspecten, te weten: cognitie, communicatie, stemming en gedrag, psychosociaal welbevinden, functionele status (ADL), lichamelijke gezondheid, medicatie en behandelingen.

Het instrument kan ingezet worden voor mensen met een chronische aandoening als ook acute zorgvragers, bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname. RAI wordt met name ingezet bij ouderen en mensen met een beperking, maar biedt ook opties voor palliatieve zorg en volwassenen- en jeugd GGZ. Deze doelgroepen worden door RAI samengevat als kwetsbare personen. Naast dat RAI de zorgprofessional adviseert bij indicatiestellingen en het opstellen van een passend zorgplan, biedt het ook, indien het over een langere periode wordt ingezet, uitkomstmetingen van de kwetsbare persoon aan de hand van de ingezette zorg. Ook voor organisaties in het algemeen biedt de RAI inzicht; door de samenbundeling van de gegevens kunnen er analyses gemaakt worden op veelvoorkomende problemen van de kwetsbare persoon, waardoor specifieke interventies onderbouwt ingezet kunnen worden.

3.4.2. Herkomst & onderbouwing

In 1992 werd InterRAI opgericht door drie onderzoekers; dr. J.N. Morris, dr. B.E. Fries en dr. K. Steel. Dit naar aanleiding van de in 1990 uitgezette MDS (minimum data set) in de Amerikaanse



ouderenzorg, welke voortvloeide uit het mandaat van de Amerikaanse overheid om tot één gestandaardiseerd MDS voor de ouderenzorg te komen. Met deze, door wetenschappers en onderzoekers, ontwikkelde MDS kon de inhoud van het beoordelingsproces voor de zorgbehovende oudere in kaart worden gebracht door de zorgprofessionals in verpleeghuizen.

InterRAI bestaat op dit moment uit een netwerk van meer dan 70 onderzoekers en zorgbeoefenaars uit meer dan 35 landen, die als doel heeft om door middel van de RAI en bijbehorende MDS, de zorg continue te verbeteren aan de hand van onderzoek. De basis van de onderzoeken is te herleiden uit de data die wordt ontvangen door de input en uitkomstmetingen die iedere RAI gebruiker wereldwijd invoert in het instrument. In Nederland is NedRAI de onafhankelijke vereniging die de promotie van interRAI instrumenten organiseert.

3.4.3. Vergelijking Positieve Gezondheid

Werkwijze en toepassing methode/visie







RAI wordt ingezet om een probleeminventarisatie te doen, om vervolgens tot verbeteringen in de gezondheid te komen aan de hand van een individueel behandelplan. Het is systeem is daarmee aan te duiden als probleemgericht. Bij PG identificeert de cliënt/patiënt middels zelfreflectie waar de focus komt te liggen aan de hand van de eigen ervaren gezondheid. Er zit een verschil tussen PG en de RAI in de

focusgebieden. Bij het bepalen van de gezondheid kijkt RAI naar de lichaamsfuncties, het dagelijks functioneren en ook naar het mentaal welbevinden van de kwetsbare persoon. Dit maakt dat het een holistische aanpak is. Bij PG wordt aanvullend nog gekeken naar dimensies als zingeving, meedoen en kwaliteit van leven waardoor PG een meer holistische benadering heeft dan de RAI. De RAI verschaft echter meer inzicht in informatie zoals inzicht in het medicatiegebruik, behandeling(en) en meer diepgang in de cognitie van de zorgvrager.

PG en RAI zijn beiden inzetbaar voor meerdere doelgroepen. De RAI is echter toegespitst op kwetsbare personen o.a. ouderen, de palliatieve zorg, mensen met een beperking en volwassenen en jeugd GGZ. Zowel PG als RAI kunnen door elk soort behandelaar of zorgprofessional worden ingezet (denk aan artsen, fysiotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkers enz.). PG kan overal in worden ingezet en het spinnenweb van PG kan ook op eigen initiatief van de cliënt/patiënt worden gebruikt.

Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt

RAI is een gevalideerd meetinstrument en maakt tijdens het gesprek gebruik van vragenlijsten (met open en gestuurde vragen) welke de zorgverlener ondersteuning biedt tijdens het intakegesprek en in vervolggesprekken. Deze leiden onder andere tot behandelplannen. PG maakt momenteel nog geen gebruik van een gevalideerde vragenlijst. Echter, PG maakt met het spinnenweb de ervaren gezondheid direct

	Positieve Gezondheid	RAI
doelgroep	 op iedereen toepasbaar	 kwetsbare personen
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht	 combinatie
specifiek / holistisch	 holistisch	x niet gespecificeerd
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek	 vragenlijst en gesprek
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt	 regie bij de hulpverlener
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst	 opvolging indien gewenst
visie / theorie / gesprekstoel / aanpak	 visie	 classificatiesysteem

inzichtelijk voor de cliënt/patiënt. Vervolgens kan in het andere gesprek met de cliënt/patiënt duidelijk worden wat zijn of haar behoeften zijn t.a.v. de zes dimensies. Vanuit de behoefte van de cliënt/patiënt worden eventuele acties uitgezet waarbij de behandelaar een coachende rol heeft.

RAI zet sterk in op de eigen regie van de kwetsbare persoon, waarbij de hulpverlener wel met de inzet van RAI inzet op verbetering. Bij PG wordt dit volledig overgelaten aan de persoon in kwestie en biedt daarmee een stuk extra eigen regie. Aangezien RAI ingezet wordt voor kwetsbare doelgroepen wordt gekeken naar de mate van zelfredzaamheid en mogelijkheid tot eigen regie. De focus ligt hierbij op de eigen regie van de kwetsbare persoon in kwestie en kan door middel van eigen input (behoefte en wensen) sturing geven aan het behandelplan. Indien de kwetsbare persoon minder in staat is tot eigen regie kan de hulpverlener dit in zekere mate overnemen. PG is op dezelfde wijze inzetbaar en gaat nog een stap verder doordat in iedere stap de cliënt/ patiënt regie behoudt: bij het invullen (of scoren) van het spinnenweb, de gespreksonderwerpen, het vaststellen van acties en eventueel herhaaldelijk invullen van het spinnenweb voor vergelijking.

Opvolging

RAI wordt in principe éénmalig ingezet voor bijvoorbeeld een indicatiestelling en er is geen specifieke methode om de begeleiding of nazorg

in te richten. RAI is echter zo opgezet dat het ingezet kan worden over een langere periode waarbij de inzichten naast elkaar kunnen worden gelegd. Bij PG is het ook optioneel om via het spinnenweb een ontwikkeling te laten zien. Dat gebeurt echter alleen in afstemming met de cliënt/patiënt, daarmee wijkt het af van de RAI waarbij de cliënt/patiënt hier geen stem in heeft en daarmee niet zelf de regie kan nemen.

3.4.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en RAI elkaar versterken?

Soms verschilt de gemeten gezondheid met de ervaren gezondheid van één en dezelfde persoon. Zorgprofessionals die gebruik maken van RAI en hier tegenaan lopen kunnen in dergelijke situaties de cliënt/patiënt het spinnenweb in laten vullen om zo te identificeren waar het verschil zit tussen de gemeten gezondheid (uitkomsten RAI) en de ervaren gezondheid (het spinnenweb). Dit kan bijdragen in het vormgeven van een effectievere behandeling. De zorgprofessional die ook inzicht wil verkrijgen in thema's als zingeving, meedoen en kwaliteit van leven kunnen het spinnenweb én de werkwijze van PG tijdens het gesprek met de kwetsbare persoon als aanvulling gebruiken in het behandeltraject, om zo een breder inzicht te verkrijgen in de behoeften van de desbetreffende kwetsbare persoon. Bij kwetsbare personen die zich wantrouwig opstellen richting de zorgprofessional of niet meewerken aan de behandeling, zou

PG aanvullende ondersteuning kunnen bieden aan de zorgprofessional om deze relatie te verbeteren in het belang van de kwetsbare persoon. Doordat de kwetsbare persoon met het spinnenweb zelf inzicht krijgt en de nadruk tijdens het voeren van het andere gesprek meer verschuift naar zijn of haar behoeften, is er kans op een verbeterde relatie tussen beide partijen.

Bronnen:

1. <http://www.nedrai.org/>
2. <http://www.interrai.org/home-care.html>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2685125/>

Meer informatie?

nedrai.org

3.5 NANDA – NIC – NOC

De NANDA (North American Nursing Diagnoses Association) – NIC (Nursing Intervention Classification) – NOC (Nursing Outcome Classification) zijn drie classificatiesystemen, samen het NNN-classificatiesysteem genoemd. Deze systemen worden vaak samen ingezet door verpleegkundigen om de hele verpleegkundige zorg te omvatten namelijk; diagnoses, interventies en zorgresultaten

3.5.1. Inhoud

Het is inzetbaar bij iedere cliënt, groep of gemeenschap in elke zorgsituatie. NANDA biedt een kader met 13 domeinen, 47 klassen en 216 mogelijke diagnoses voor de diagnostiek, gebaseerd op de input van het gesprek met de cliënt en de kennis en kunde van de zorgprofessional. De diagnoses zijn samengesteld uit een probleem (P), ethologische factoren (E) en kenmerken of signalen (S), de PES-structuur genoemd. Werken met de PES betekent dat er alleen handelend wordt opgetreden als er een kloppende definitie van het probleem (P) is, objectiveerbaar door kenmerken of signalen (S) en veroorzaakt door een herkenbare factor (E). De mate waarin de E te beïnvloeden is bepaald vervolgens de doelen en de benodigde interventies (Mast, 2014). De NIC biedt vervolgens passende interventies bij de gestelde diagnose(s) en de NOC benoemt het gewenste resultaat.

Een goed ontwikkeld classificatiesysteem is nodig om de volgende redenen (Wilkinson, 2008):

- ▶ Het vergoten van verpleegkundige kennis
- ▶ Het vergroot de toepasbaarheid en inzet bij ICT
- ▶ Het definiëren en overbrengen van unieke verpleegkundige kennis
- ▶ Het verbeteren van kwaliteit van verpleegkundige zorg
- ▶ Het beïnvloedt de besluitvorming van gezondheidsbeleid





3.5.2. Herkomst & onderbouwing

In de jaren 60 werd het belang erkend om het werk en kennis van verpleegkundigen te beschrijven. Lijsten van verpleegproblemen en behoeftes werden opgesteld en later volgde classificaties. In 1973 bepaalde de American Nursing Association dat de verpleegkundige diagnose een belangrijke plaats moest innemen binnen de verpleegkundige beroepsbeoefening. NANDA startte hierna in 1973 de eerste conferentie over classificatie om zo de zorg te categoriseren, het verbeteren van het stellen van diagnoses en problemen van patiënten meer nauwkeurig weer te geven (Wilkinson, 2008).

Vanaf 1994 werkt de NANDA samen met NDEC (Nursing Diagnoses Extension Classification) van de Universiteit van Iowa om het werk van de NANDA uit te breiden, te verfijnen en klinische toetsing van de NANDA-taxonomie te beoordelen. Sinds 1987 heeft een groot onderzoeksteam van de Universiteit van Iowa een gestandaardiseerde terminologie voor verpleegkundige behandelingen (NIC) en resultaten (NOC) geconstrueerd, gevalideerd en geïmplementeerd. Iedere verpleegkundige kan een diagnose voorleggen aan de NANDA en de Diagnostic Review Committee beoordeelt iedere diagnose op grond van hoe deze ontwikkeld is en of hij voldoet aan ondersteunend bewijs voor de diagnose (Evidence based). Op iedere tweejaarlijkse conferentie worden nieuwe en gewijzigde NANDA-labels besproken (Wilkinson, 2008).

3.5.3. Vergelijking Positieve Gezondheid



Werkwijze en toepassing methode/visie

Het NNN-systeem wordt ingezet om diagnoses en problemen van de cliënt/patiënt te classificeren. Een diagnose kan ook gesteld worden wanneer er een mogelijkheid is

tot het ontwikkelen van een probleem en de cliënt/patiënt preventief interventies inzet. Bij het NNN-systeem wordt in de praktijk voornamelijk gekeken naar de zorgvraag van de cliënt/patiënt. Daarmee kent het NNN-systeem een probleemgerichte benadering, in tegenstelling tot PG wat een oplossingsgerichte benadering heeft. Zowel PG als het NNN-systeem hebben meerdere dimensies/domeinen en onderliggende subgroepen (aandachtsgebieden/aspecten) en beogen middels een holistische benadering een beeld te vormen van de cliënt/patiënt. Zowel PG als het NNN-systeem zijn breed inzetbaar in de gezondheidszorg. Hierbij is het verschil met PG dat het NNN-systeem zich naast het individu ook kan richten op groepen, gezinnen en een hele gemeenschap. Zowel PG (het spinnenweb, het andere gesprek en vervolg) als het NNN-systeem (opstellen PES, interventies en doelen) kan door elke soort behandelaar (intra- en extramuraal) worden ingezet.

Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt

Bij het NNN-systeem wordt in het (anamnese-)gesprek zoveel mogelijk gebruik gemaakt van open vragen aan de hand van de 13 domeinen. Het is aan de zorgverlener welke domeinen hierbij aan bod komen en welke vragen hierbij worden gesteld. De regie bij zowel het invullen van de NNN, als het vervollgesprek, ligt hierdoor met name bij de zorgverlener. De regie bij het invullen van het spinnenweb van PG kan zowel bij de cliënt/patiënt als bij de behandelaar liggen, waarbij deze in het laatste geval de cliënt/patiënt probeert te verleiden met het spinnenweb aan de slag te gaan. Daarentegen neemt met name bij het NNN-systeem de zorgverlener het voortouw om erachter te komen wat de zorgvraag van de cliënt/patiënt is. Bij PG wordt naar aanleiding van een vragenlijst en het spinnenweb gekeken naar wat belangrijk is voor de

	Positieve Gezondheid	NNN
doelgroep	 op iedereen toepasbaar	 cliënt, groep of gemeenschap in elke zorgsituatie
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht	 probleemgericht
specifiek / holistisch	 holistisch	 holistisch
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek	 gesprek
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt	 regie bij de hulpverlener
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst	 meermalig
visie / theorie / gesprekstoel / aanpak	 visie	 classificatiesysteem

cliënt/patiënt. Dit komt ter sprake in het andere gesprek en vanuit daar kan gekeken worden naar mogelijke behoefte(s) van de cliënt/patiënt en kunnen indien nodig en gewenst acties worden opgesteld. Tijdens het andere gesprek kan de cliënt/patiënt bij PG aangeven welke onderwerpen belangrijk zijn en ter sprake moeten komen en kan vervolgens samen met de zorgverlener gekeken worden wat het vervolgtraject zal zijn. Hierbij ligt de regie dus volledig bij de cliënt/patiënt, in tegenstelling tot het NNN-systeem. Bij het NNN-systeem is het vooral aan de zorgverlener welke domeinen ter sprake komen in het (anamnese) gesprek, terwijl bij PG het gespreksonderwerp vanuit/ behoeftes van de cliënt/patiënt leidend is.

Opvolging

Bij het NNN-systeem wordt naar aanleiding van een (anamnese-)gesprek diagnose(s) opgesteld met hierbij passende interventies en resultaten. Dit wordt vastgelegd in een zorgplan. Bij een zorgplan worden evaluatiemomenten ingepland, maar het zorgplan valt officieel niet onder het classificatiesysteem van het NNN-systeem. Het classificatiesysteem van de NNN wordt dus eenmalig ingezet, waarna het zorgplan wel vaker geëvalueerd kan worden. Dit verschilt van PG waarbij tijdens het andere gesprek wordt gekeken naar de behoeftes van de patiënt/cliënt om zo de eigen regie te vergroten. Als een vervolggesprek of het opnieuw invullen hieraan bijdraagt dan is opvolging en coaching mogelijk.

3.5.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en het NNN-classificatiesysteem elkaar versterken?

Naar aanleiding van het invullen van het PG spinnenweb en het andere gesprek met de cliënt/patiënt wordt gevoerd, kan achterhaald worden wat de wensen, behoeften en verlangens zijn. Het spinnenweb kan helpen bij het visualiseren van de mate van gezondheid. Op basis daarvan kan besproken worden wat de cliënt nodig heeft om deze te vervullen. De acties kunnen vervolgens vastgelegd worden in het NANDA systeem en in het zorgplan van een cliënt. Er wordt dan gekeken welke dimensies en aspecten van PG in het de domeinen en klassen van de NANDA voorkomen. Door tussentijds evaluatiemomenten in te lassen kan er een beeld worden verkregen en zo nodig kunnen acties worden bijgesteld. Hierbij kan PG het NNN-systeem versterken door nogmaals de vragenlijst door de cliënt te laten invullen en zo de ervaring van gezondheid van het individu over de tijd te vergelijken. Dit geldt voornamelijk bij cliënten die langdurige zorg behoeven. Het NNN-systeem kan daarnaast PG ondersteunen in de interventies en resultaten die het biedt door het classificatiesysteem.

Bronnen:

1. Mast, J. (2014). Zoeken naar de gouden standaard. Een vergelijking van classificaties voor de maatschappelijke gezondheidszorg. Utrecht: Vilans.
2. McClosky, Joanne C., Bulechek, Gloria M. (1997). Verpleegkundige interventies. Utrecht: De Tijdstroom.
3. Moorhead S., Johnson M., Maas M.L., Swanson W. (2013). Nursing Outcomes Classification (NOC), 5th edition, Elsevier.
4. NANDA International (2012). Verpleegkundige diagnoses en classificaties 2012x2014. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
5. V&VN. Classificatie. Zie: <http://vzi.venvn.nl/Standaarden/Classificatie>
6. Wilkinson, Judith M. (2008). Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces. Amsterdam: Pearson Education Benelux BV.

Meer informatie?

nanda.org

3.6 HET OMAHA - SYSTEEM

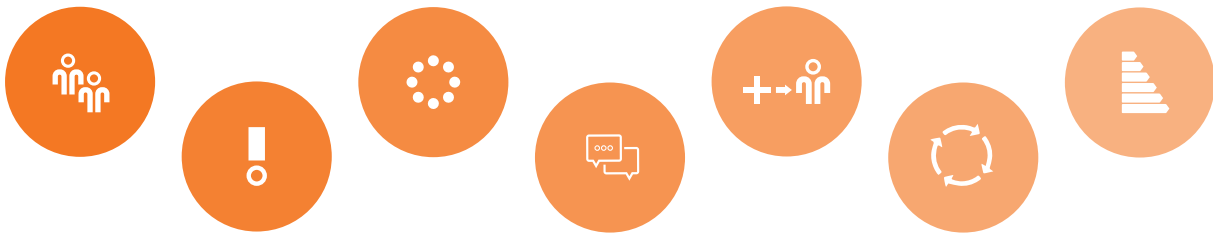
OMAHA is een classificatiesysteem en een terminologie- en codestelsel. Het helpt zorg- en hulpverleners bij het identificeren en vastleggen van aandachtsgebieden, interventies en uitkomsten van en voor cliënten. Het is een hulpmiddel voor documentatie, dossiervoering en voor informatiemanagement.

3.6.1. Inhoud

Iedere term in het OMAHA-systeem kent een unieke (numerieke) code. Het classificatiesysteem kent vier hoofd-domeinen en binnen deze domeinen worden 42 aandachtsgebieden onderscheiden. Wanneer er wordt vastgesteld dat er op een bepaald gebied ondersteuning nodig is, wordt bepaald wat voor soort actie nodig is. Deze actie wordt geconcretiseerd aan de hand van 75 mogelijke actievlakken. Tenslotte kunnen de resultaten van de acties meetbaar worden gemaakt met behulp van een schaal waarbij onderscheid gemaakt wordt in: status, kennis en gedrag. Hierop wordt een score gegeven variërend van 1 (= meest negatief) t/m 5 (= meest positief). Door dit te scoren op het moment dat een cliënt in zorg komt, tussentijds en op een evaluatiemoment, wordt een beeld verkregen over de mate waarin de acties (en interventies) succesvol zijn geweest. In overleg met de cliënt kunnen ook streefdoelen worden bepaald op deze schalen. Bovenstaand kan worden verwerkt in een zogenoemd zorgplan; een plan waar wensen, mogelijkheden, behoeften en beperkingen van de cliënt staan (Martin & Norris, 1996).

OMAHA wordt voornamelijk ingezet in de thuiszorg, maatschappelijke gezondheidszorg, op scholen en in penitentiaire inrichtingen (Martin en Norris, 1996). Het accent ligt dus op toepassing binnen de extramurale zorg.





Verskil OMAHA en de NANDA

Het OMAHA-systeem omvat het gehele zorgproces in één geheel, door terminologie voor (aandachts-)gebieden, uitkomsten en acties. De NANDA bevat alleen in combinatie met de NIC en NOC het gehele zorgproces. Inhoudelijk is te zien dat omgeving gerelateerde aspecten wel aanbod komen bij OMAHA, maar beperkt in de NANDA. Beide systemen kunnen in elke zorgsituatie worden toegepast. Hierbij is vast te stellen dat OMAHA meer op thuiszorg (extramuraal) gericht is dan de NANDA.

3.6.2. Herkomst & onderbouwing

OMAHA is medio jaren '70 ontwikkeld door wijkverpleegkundigen in de Amerikaanse stad Omaha. De Visiting Nurse Association (VNA) en de openbare gezondheidszorg wilden een betere manier ontwikkelen om de zorg te beschrijven. Het doel was om een bruikbare handleiding te bieden voor de praktijk, een methode voor documentatie en een kader voor informatiebeheer. Het OMAHA-systeem is gebaseerd op ontwikkelingsonderzoek. Tussen 1975 en 1986 werden drie onderzoeksprojecten gelanceerd om het OMAHA-systeem te ontwikkelen en verfijnen. Nader onderzoek met betrekking tot betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid is uitge-

voerd tussen 1989 en 1993. Beroepsbeoefenaars werkzaam bij de VNA (thuiszorgorganisatie) uit OMAHA en 7 andere testlocaties over de Verenigde Staten namen deel aan vier empirische (door ervaring geleerde) en inductieve studies (Martin K.S. 2005).















3.6.3. Vergelijking Positieve Gezondheid

Werkwijze en toepassing methode/visie

Het OMAHA-systeem is probleemgericht aangezien het wordt ingezet om gebieden te classificeren waar de cliënt/patiënt hulpbehoevend is en er wordt gekeken naar ziekte of een probleem. Dit in tegenstelling tot PG, waarbij wordt gekeken naar kansen en mogelijkheden. Beide methoden/visies maken gebruik van verschillende dimensies of domeinen en proberen hierdoor een holistisch beeld te krijgen van de cliënt/patiënt en diens situatie (Wilkinson, 2008). Zowel PG als het OMAHA-systeem zijn breed inzetbaar in de gezondheidszorg. Zowel PG als OMAHA kan door elke soort behandelaar (intra- en extramuraal) worden ingezet.

Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt

Bij OMAHA wordt in het (anamnese-) gesprek zoveel mogelijk gebruik gemaakt van open vragen met de cliënt en diens mantelzorg. Het is ter invulling van de zorgverlener welke vragen hierbij aan bod komen. Naar aanleiding van het gesprek met de cliënt vult de zorgverlener de zorgvraag in op de OMAHA-gebieden en controleert dit tevens bij cliënt en/of mantel-

	Positieve Gezondheid	OHAMA
doelgroep	 op iedereen toepasbaar	 op iedereen toepasbaar
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht	 probleemgericht
specifiek / holistisch	 holistisch	 holistisch
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek	 gesprek
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt	 regie bij de hulpverlener
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst	 meermalig
visie / theorie / gesprekstoel / aanpak	 visie	 classificatiesysteem

zorger. Dit in tegenstelling tot PG, waarbij ook de cliënt/patiënt het initiatief kan nemen voor het gebruik van het spinnenweb. Daarentegen neemt met name bij OMAHA de zorgverlener het voortouw om erachter te komen wat de zorgvraag van de cliënt/patiënt is. Bij PG vult de patiënt zelf de vragen in of geeft deze scores op het spinnenweb. Na het invullen van de zorgvraag op de OMAHA-gebieden schat de zorgverlener de huidige situatie in aan de hand van scores. Daaropvolgend wordt ook de gewenste situatie bepaald aan de hand van een richtscore. De regie tijdens het gesprek ligt bij OMAHA voornamelijk bij de zorgverlener: hij of zij kan het gesprek richting en inhoud geven. Door gebruik te maken van zijn of haar expertise en professionaliteit probeert de zorgverlener een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de cliënt en diens zorgbehoefte(s). Bij PG ligt de regie bij het andere gesprek juist bij de cliënt/patiënt, die kan aangeven welke onderwerpen (dimensies) ter sprake moeten komen, welke acties daarop genomen moeten worden en wat het vervolgtraject zal zijn.

Opvolging

Het OMAHA-systeem bestaat uit een cyclus waarbij tussentijds bijstellen en evalueren op ieder gebied is ingebed. Hierdoor kan er altijd worden bijgesteld naar de gewenste resultaten van de cliënt. PG wordt ingezet om zelfreflectie te stimuleren. Naar aanleiding van het andere gesprek kunnen acties worden opgesteld met als doel gedragsverandering. Hierbij is de rol van

de behandelaar vooral luisterend en coachend. Tijdens het gesprek wordt gekeken naar de behoeftes van de patiënt/cliënt om zo de eigen regie te vergroten en wordt aanspraak gedaan op hun bron van veerkracht.

3.6.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en het OMAHA-systeem elkaar versterken?

PG kan OMAHA versterken door eerst het spinnenweb in te vullen door de cliënt en daarna het gesprek aan te gaan. Nu wordt bij OMAHA eerst het gesprek gevoerd en aan de hand daarvan de OMAHA gebieden ingevuld en 'gescoord'. Het spinnenweb kan de cliënt helpen bij het visualiseren van de mate van gezondheid. Op basis daarvan kan besproken worden wat de cliënt nodig heeft om deze te vervullen en wordt een meer open gesprek geïnitieerd. Volgend hierop kan een plan van aanpak en acties worden vastgelegd in het zorgplan van de cliënt. Er wordt dan gekeken welke dimensies en aspecten van PG in de vier domeinen en aandachtsgebieden van OMAHA voorkomen. Het OMAHA-systeem kan PG aanvullen in het cyclisch werken totdat de zorgvraag is beëindigd. Het heeft een vaste structuur van evalueren en bijstellen.

Bronnen:

1. Martin, K.S., & Norris, J. (1996) The Omaha-system: A model for describing practice. Omaha: Health Connections Press
2. Martin K.S. (2005). The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, and Information Management. Omaha: Health Connections Press
3. Wilkinson, J.M. (2008). Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces. Amsterdam: Pearson Education Benelux

Meer informatie?
omahasysteem.nl
omahasystem.org

3.7 SCHALOCK

Prof. Dr. Schalock heeft zich verdiept in het definiëren en meetbaar maken van kwaliteit van bestaan bij mensen met een verstandelijke beperking. Hij definieert kwaliteit van bestaan als volgt: "Kwaliteit van bestaan is een multidimensioneel fenomeen bestaande uit kerndomeinen die beïnvloed worden door persoonskarakteristieken en omgevingsvariabelen.



39

3.7.1. Inhoud

Deze kerndomeinen zijn gelijk voor iedereen, alhoewel ze kunnen verschillen in relatieve waarden of belang. Kwaliteit van bestaan moet gemeten worden op basis van cultuur-sensitieve indicatoren." (Schalock, R.L et al., 2007). Vanuit deze definitie is een theoretisch model ontwikkeld waarin hij drie factoren, acht domeinen en bijbehorende indicatoren beschrijft (Schalock, R.L et al. 2007).

Vanuit dit model is in 2008 de Personal Outcome Scale (POS) ontwikkeld om kwaliteit van bestaan te meten in de praktijk (Loon van, J. et al., 2008). De POS is een vragenlijst en geeft inzicht in de kwaliteit van bestaan bij verstandelijk beperkten. De uitkomsten van de POS worden aansluitend besproken in een vervolgggesprek (Loon van, J. et al. 2008) (Loon van, J. et al., 2010).



3.7.2. Herkomst & onderbouwing

Tot de jaren '70 en '80 werd kwaliteit van bestaan gedefinieerd in termen van verhoging van adaptieve vaardigheden of verhoging van scores op intelligentietesten (Campo et al. 1997). Begin jaren '90 ontstond het besef dat niet enkel medische en technologische vooruitgang welbevinden kan beïnvloeden maar samenhangt met waarden, opvattingen en omgevingsomstandigheden. Het begrip is vervolgens op veel verschillende manieren opnieuw onderzocht en beschreven (Luckasson, R., et al. 2002).

Het theoretisch model SCHALOCK is ontwikkeld door en vernoemd naar prof. Dr. Schalock, professor emeritus aan Hastings College, Nebraska (VS). Een internationale autoriteit op het gebied van onderzoek naar kwaliteit van bestaan bij mensen met een verstandelijke beperking. Het theoretisch model is inmiddels in verschillende onderzoeken gevalideerd en de basis voor de POS (Schalock, R. L., et al. 2007; Loon van, J. et al. 2012).

Tijdens de ontwikkeling van de POS is er op verschillende manieren gekeken naar de betrouwbaarheid van de uitkomsten zoals het toevoegen van een procedure voor het afnemen van de vragenlijst, het trainen van de professional voor het daaropvolgend gesprek, het beoordelen van homogeniteit tussen de items, de correlatie van uitkomsten bij verschillende type respondenten en de congruentie tussen de zelfbeoordeling en de geobjectiveerde beoordeling. Voor de

validiteit zijn er o.a. focusgroepen ingezet en zijn de uitkomsten vergeleken met een ander meetinstrument. Verder onderzoek heeft de resultaten verfijnd. Het instrument is gevalideerd en voldoende betrouwbaar beoordeeld. Sinds 2014 wordt het ingezet binnen de gehandicaptenzorg. (Loon van, J. et al. 2008) (Loon van, J. et al. 2010).















3.7.3. Vergelijking Positieve Gezondheid

Werkwijze en toepassing methode/visie

Zowel PG als SCHALOCK geven inzicht in de huidige situatie en waar er mogelijkheden zijn om dit eventueel te verbeteren of aan te passen en kennen daarmee een oplossingsgerichte benadering. Beide modellen beschrijven verschillende dimensies die bijdragen aan de kwaliteit van leven. Waar PG aandacht heeft voor zingeving en kwaliteit van leven als een aparte dimensie benoemt, richt SCHALOCK zich op ontwikkeling (zowel persoonlijk, fysiek als mentaal) en het meedoen in de maatschappij door de rechten die je al dan niet hebt. Waar PG zich niet richt op een specifieke doelgroep, is het model van SCHALOCK specifiek ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke beperking.

Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt

Zowel het spinnenweb van PG als de POS kunnen op ieder moment worden ingevuld, niet alleen bij het ontstaan van een probleem of zorgvraag. Bij de POS is er, gezien de doelgroep, wel altijd een vorm van zorgvraag aanwezig. Dit

	Positieve Gezondheid	SHALOCK
doelgroep	 op iedereen toepasbaar	 verstandelijke beperking
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht	 oplossingsgericht
specifiek / holistisch	 holistisch	 niet gespecificeerd
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek	 vragenlijst
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt	 regie bij de hulpverlener
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst	 opvolging indien gewenst
visie / theorie / gesprekstoel / aanpak	 visie	 theoretisch model

hoeft bij PG niet het geval te zijn. Elke cliënt/patiënt kan worden uitgenodigd c.q. verleid worden om het spinnenweb in te vullen, waarbij de regie over het invullen van de vragenlijst bij de cliënt/patiënt ligt. Bij de POS ligt de regie met name bij de hulpverlener en dit neemt toe naarmate de ernst van de verstandelijke bespreking groter is. De inzichten van het spinnenweb kunnen richting geven tijdens het gesprek maar het is de cliënt/patiënt die bepaalt welke richting het gesprek op gaat. Tijdens het andere gesprek staat centraal wat er voor het cliënt/patiënt op dit moment belangrijk is in het leven. Het theoretische model SCHALOCK is verder ontwikkeld als meetinstrument om kwaliteit van bestaan te meten. Het vervolgesprek richt zich hier op het bespreken van de verkregen uitkomsten.

Opvolging

Bij PG is het afhankelijk van de wensen van de cliënt/patiënt of een volgend gesprek of begeleiding volgt. Het model SCHALOCK wordt ingezet om de kwaliteit op dit moment te meten, te verbeteren en over tijd opnieuw te meten. Begeleiding bij het inzetten van interventies is, gezien de doelgroep, bijna altijd van toepassing.

3.7.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en SCHALOCK elkaar versterken?

Specifiek voor de doelgroep verstandelijk beperkten zijn een aantal factoren van grote invloed op kwaliteit van leven, die mogelijk niet gelden voor mensen zonder verstandelijke beperking. Denk hierbij aan rechten (bv. mogelijkheid tot stemmen) en zelfbeschikking (bv. het krijgen van kinderen). SCHALOCK zou PG kunnen aanvullen om ook ingezet te kunnen worden binnen de groep van mensen met een verstandelijk beperking. Het spinnenweb van PG kan, door de visuele weergave, voor deze doelgroep een mooie toevoeging zijn ter ondersteuning tijdens het vervolgesprek. Het geeft laagdrempelig inzicht in de huidige situatie. In het aanvullende gesprek kan de uitnodigende houding van PG worden ingezet om de cliënt nog meer centraal te stellen. De gemeten uitkomsten kunnen richting geven voor het gesprek.

Factor	Domein	Indicator
Sociale participatie	Persoonlijke relaties	Interacties, relaties, vriendschappen en ondersteuning (emotioneel, fysiek, feedback)
	Sociale inclusie	Integratie en participatie in de samenleving, rollen in de samenleving, sociale ondersteuning en support
	Rechten	Humane rechten (respect, waardigheid, gelijkheid) en wettelijke rechten (burgerschap, toegang, rechtvaardige behandeling)
Onafhankelijkheid	Persoonlijke ontwikkeling	Opleiding, persoonlijke competentie, vaardigheden
	Zelfbepaling	Autonomie, persoonlijke controle, persoonlijke doelen, keuzes

Bronnen:

1. Buntinx, W. & Schalock, R. (2010). Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294.
2. Claes, C., Van Hove, G., van Loon, J., Vandevelde, S., Schalock, R.L. (2010). Eight principles for assessing quality of life-related personal outcomes. *Social Indicators Research*, 98 (1), 61-72.
3. Claes, C., Van Hove, G., Vandevelde, S., van Loon, J., & Schalock, R.L. (2012). The Influence of Supports Strategies, Environmental Factors, and Client Characteristics on Quality of Life-Related Personal Outcomes. *Research in Developmental Disabilities* 33 (2012) 96-103
4. Loon van, J., Van Hove, G., Schalock, R. & Claes, C. (2008). Persoonlijke Ondersteuningsuitkomsten Schaal. Schaal voor de beoordeling van de individuele kwaliteit van bestaan. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
5. Loon van, J., Claes, C., Van Hove, G., Schalock, R. (2010). De Ontwikkeling van de Persoonsgerichte Ondersteuningsuitkomsten Schaal (POS). *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen*, vol. 36, nr. 3, 180-196.
6. Loon van, Jos H.M, Bonham, Gordon S., Peterson, Dale D., Schalock, Robert L., Claes, Claudia, Decramer, Adeliën E.M. (2012). The Use of Evidence-Based Outcomes in Systems and Organizations Providing Services and Supports to Persons with Intellectual Disability. *Evaluation and Program Planning*, 36 (2013), pp. 80-87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2012.08.002>
7. Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M. P., Reeve, A., ... & Tasse, M. J. (2002). Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports. American Association on Mental Retardation
8. Schalock, R. & Verdugo, A. (2002). *Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington DC: AAMR.
9. Schalock, R. L., Luckasson, R. A., & Shogren, K. A. (2007). The renaming of mental retardation: Understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 45(2), 116-124.

Meer informatie?
qol-instruments.nl
zorginzicht.nl

3.8 'DIT VIND IK ERVAN'

'Dit vind ik ervan!' is een meetinstrument en gesprekstoel ontwikkeld voor cliënten binnen de gehandicaptenzorg, met zowel een verstandelijke als lichamelijke beperking (platform 'Dit vind ik ervan!').

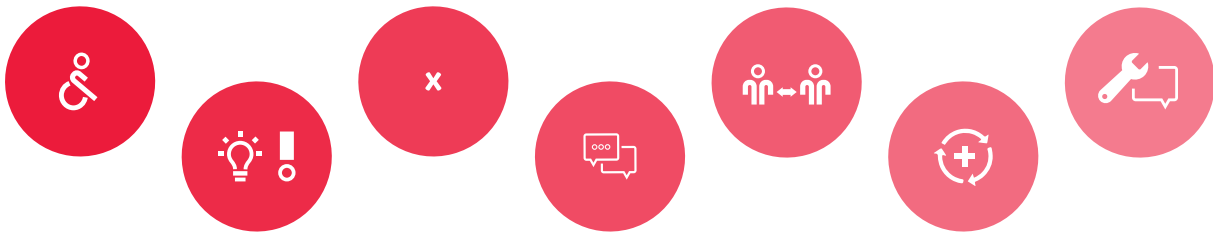


3.8.1. Inhoud

Wat 'Dit vind ik ervan!' kenmerkt is de gezamenlijke onderzoekende houding tijdens het gesprek waarbij de begeleider de cliënt ondersteunt bij het onderzoeken wat hij of zij belangrijk vindt als het gaat om kwaliteit van leven en het hierop laten aansluiten van de zorgverlening. De manier waarop het gesprek plaatsvindt hangt af van de voorkeur en mogelijkheden van de cliënt:

- ▶ **'Ik vertel'**; cliënt geeft aan wat voor hem/haar belangrijk is en hoe de zorgverlening hierop aansluit.
- ▶ **'Ik toon'**; cliënt laat m.b.v. non-verbale signalen zien wat belangrijk is. Dit wordt gefilmd en gezamenlijk besproken en onderzocht door betrokkenen zoals de begeleider/mantelzorgers
- ▶ **'Ik zie en vertel'**; is de gesprekslijst die in gesprek met de mantelzorgers wordt ingezet.

Tijdens het gesprek zijn er 10 thema's die centraal staan: gevoel, familie, lijf, meedoen, vrienden en kennissen, hulp, huis, doen, kiezen en veilig voelen. De begeleider kan informatie uit het gesprek vervolgens toepassen om de kwaliteit te verbeteren binnen de huidige situatie (platform 'Dit vind ik ervan!') ([VGN; branche organisatie gehandicaptenzorg; Thompson, J. R. et al., 2002; Kuppens, S. et al., 2010](#)).



3.8.2. Herkomst & onderbouwing

'Dit vind ik ervan!' is in 2013 ontwikkeld door Cordaan, Philadelphia en Siza (platform 'Dit vind ik ervan!'). Deze partijen hadden de behoefte om cliënt ervaringsonderzoek een andere manier vorm te geven, met het dialoog als centrale rol. Ze wilden ruimte voor de cliënt creëren om te vertellen wat er voor hem/haar toe doet. Zij zijn ervan overtuigd dat de cliënt op deze manier in het middelpunt staat en de organisatie veel meer informatie krijgt waar de zorgverlening nog op kan worden verbeterd. (Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg, 2017; platform 'Dit vind ik ervan!').

Deze overtuiging is inmiddels uitgegroeid tot een zelfstandige organisatie en verantwoordelijk voor de aanpak en continue door ontwikkelen van 'Dit vind ik ervan!'. Zij werken aan de verdere wetenschappelijke onderbouwing, de doorontwikkeling van de aanpak voor andere doelgroepen en het opstellen van een richtlijn (platform 'Dit vind ik ervan!').

3.8.3. Vergelijking Positieve Gezondheid

Werkwijze en toepassing methode/visie














Zowel PG als 'Dit vind ik ervan!' kunnen op ieder moment worden inzet, niet alleen bij het ontstaan van een probleem of zorgvraag. Beide zijn bedoeld om inzicht in de huidige situatie te geven en welke mogelijkheden/wensen er zijn om dit te verbeteren. Toch is er bij 'Dit vind ik ervan!', gezien de doelgroep, wel altijd een vorm

van zorgvraag aanwezig. Dat hoeft bij PG niet het geval te zijn.

Beide beschrijven verschillende dimensies die bijdragen aan de totale kwaliteit van leven. Waar PG aandacht heeft voor zingeving en kwaliteit van leven als een apart domein beschrijft, gaat 'Dit vind ik ervan!' niet in op zingeving en wordt kwaliteit van leven niet apart besproken. Waar PG zich niet richt op een specifieke doelgroep, is 'Dit vind ik ervan!' specifiek ontwikkeld voor mensen met een verstandelijke en lichamelijke beperking.

Het andere gesprek aangaan met de cliënt

Zowel bij PG als 'Dit vind ik ervan!' is het (andere) gesprek belangrijk waarbij de dialoog centraal staat. De regie voor het invullen/scoren kan zowel bij de cliënt/patiënt als bij de behandelaar liggen. Bij PG wordt de patiënt verleid om het spinnenweb uit eigen beweging in te vullen maar kan het ook geïnitieerd worden door de zorgverlener. De vragen van het spinnenweb richten zich op de zes dimensies en onderliggende aspecten. De antwoorden worden vervolgens weergegeven in het spinnenweb. Het andere gesprek heeft een open karakter waarbij centraal staat wat de cliënt/patiënt op dat moment belangrijk vindt. Het ingevulde spinnenweb kan ondersteunend zijn en richting geven aan het gesprek. Ook tijdens het andere gesprek ligt de regie bij de cliënt. Bij 'Dit vind ik ervan!' wordt er een dialoog gestart waarbij er tien thema's zijn die mogelijk onderwerp van gesprek kunnen zijn. De vorm van het gesprek is afhankelijk van de mogelijkheden

	Positieve Gezondheid	'Dit vind ik ervan'
doelgroep	 op iedereen toepasbaar	 gehandicaptenzorg (verstandelijke + lichamelijke beperking)
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht	 combinatie
specifiek / holistisch	 holistisch	x niet gespecificeerd
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek	 gesprek
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt	 regie afhankelijk van situatie
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst	 opvolging indien gewenst
visie / theorie / gesprekstool / aanpak	 visie	 gesprekstool

van de cliënt. De hulpverlener maakt de keuze voor de vorm en onderzoekt samen met de cliënt wat hij of zij belangrijk vindt als het gaat om kwaliteit van leven. Afhankelijk van de beperking en de vorm van het gesprek ligt de regie bij de hulpverlener.

Opvolging

In beide gesprekken worden de wensen en mogelijkheden onderzocht. Afhankelijk daarvan bieden beide de mogelijkheid om interventies in te zetten en dit te begeleiden.

3.8.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en 'Dit vind ik ervan!' elkaar versterken?

Specifiek voor deze doelgroep zijn er verschillende vormen om het gesprek aan te gaan, passend bij de mogelijkheden van de cliënt. Niet elke cliënt is in staat het spinnenweb in te vullen of het gesprek daarna aan te gaan. Beide kunnen elkaar versterken door gebruik te maken van verschillende manieren van gespreksvormen in combinatie met de visuele weergave. 'Dit vind ik ervan!' zou PG kunnen aanvullen door meerdere gespreksvormen aan te bieden. De visuele weergave van het spinnenweb kan voor deze doelgroep een goede toevoeging zijn ter ondersteuning in het andere gesprek.

Bronnen

1. Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg Utrecht, mei 2017
2. Thompson, J. R., Bryant, B., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C., & Rotholz, D. A. (2002). Support intensity scale. Unpublished assessment scale.
3. Kuppens, S., Bossaert, G., Buntinx, W., Molleman, C., Van den Abbeele, A., & Maes, B. (2010). Factorial validity of the supports intensity scale (SIS). *American journal on intellectual and developmental disabilities*, 115(4), 327-339.
4. <https://www.zorginzicht.nl/Bibliotheek/dit-vind-ik-ervan/Paginas/Home.aspx>
5. [http://www.platformditvindikervan.nl/451929/DIVE/\(35222\)-DVE-Doorontwikkeling-aanpak.html](http://www.platformditvindikervan.nl/451929/DIVE/(35222)-DVE-Doorontwikkeling-aanpak.html)
6. <https://www.vgn.nl/artikel/26283>

Meer informatie?
platformditvindikervan.nl

3.9 OPLOSSINGSGERICHT WERKEN

Oplossingsgericht werken (OW) is een pragmatische aanpak welke kan worden toegepast in de gezondheidszorg om de ervaren gezondheid te verhogen. Er wordt gefocust op wat individuen met lichamelijke of mentale klachten wel kunnen in plaats van het verhelpen van het probleem of het vinden van de oorzaak (Bannink & Jansen, 2017). Bij OW worden individuen uitgenodigd anders te denken en hun gewenste toekomst te beschrijven.

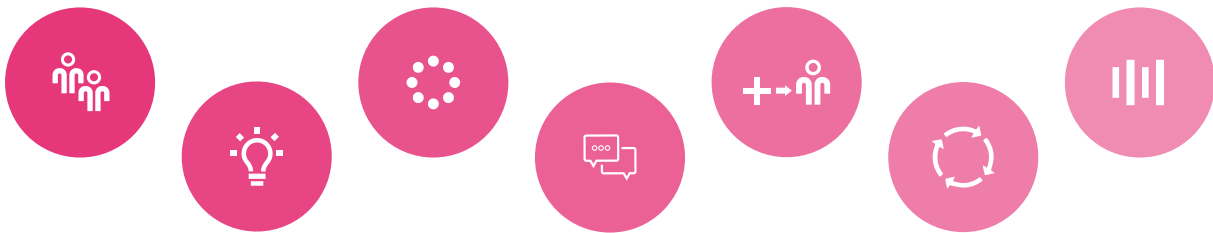
3.9.1. Inhoud

Vervolgens wordt er samen met de hulpverlener een actieplan ontworpen om deze ideale situatie te bereiken. Individuen worden daarbij gezien als co-experts, welke hun eigen situatie het best kunnen inschatten en worden daarom cliënten genoemd in plaats van patiënten (Bannink, 2013).

OW veronderstelt dat er meerdere (complexe) oorzaken aan gezondheid ten grondslag liggen en ontelbare interacties plaatsvinden welke allen invloed hebben op gezondheid. Er wordt verondersteld dat de oorzaken nooit geheel te doorgronden zijn en dat het doorgronden van oorzaken niet bijdraagt aan het verbeteren van gezondheid. Het verhelpen van een probleem of het vinden van de oorzaak wordt niet in beschouwing genomen in OW. OW werkt dus oplossingsgericht en staat tegenover het oorzaak-gevolg model wat nu vaak in de medische wereld wordt toegepast (Bannink & Jansen, 2017a; Bannink & Jansen 2017b).

Het OW wordt toegepast in meerdere sectoren binnen de zorg. Waarbij Bannink & Jansen (2017) zich vooral richten op de huisartsenpraktijk, wordt deze methode ook ingezet in de geestelijke gezondheidszorg (Bannink & Peeters, 2017) en in het sociale domein (Movisie, 2017). Het kan dus voor meerdere doelgroepen ingezet worden waarbij het doel wordt nagestreefd om de ervaren gezondheid te verhogen.





3.9.2. Herkomst & onderbouwing

OW is uit verschillende bestaande theorieën ontstaan zoals de Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) en de Honing theory. SFBT is een theorie uit de jaren '80 waarbij de behandelaar zich niet focust op het probleem, maar juist op het gewenste resultaat om een doel te bereiken. Deze theorie kwam voort uit onderzoek waarbij is aangetoond dat de focus op problemen geen beter resultaat realiseert dan focus op uitkomsten. Later onderzoek heeft aangetoond dat het kosteneffectief is en dat de cliënt meer autonomie ervaart wanneer de focus ligt op mogelijkheden in plaats van beperkingen (Bannink & Jansen, 2017). Een tweede theorie welke ten grondslag ligt aan OW is de Honing theory van Gabora (2016). Deze theorie beschrijft op welke manier de mensheid omgaat met vastlopende systemen of situaties waarbij telkens gezocht wordt naar de meest passende manier om toch vooruit te komen. Er worden daarbij telkens alternatieven bekeken om toch nog progressie te maken en een haperend proces weer lopend te maken (Bannink & Jansen, 2017). OW is door beide theorieën geïnspireerd en richt zich op het kijken naar mogelijkheden ondanks beperkingen.

Oplossingsgericht werken is erkent als een effectieve interventiemethode. De erkenningscommissie Maatschappelijke ondersteuning, participatie en veiligheid heeft dit in maart 2017 besloten aan de hand van de bewijskracht van meerdere studies in zowel binnen en buitenland (Movisie, 2017). In het buitenland is OW meer onderzocht

dan in Nederland en is het effectief bewezen. In Nederland is OW momenteel vooral onderzocht in combinatie met GGZ-hulpverlening, waarbij aangetoond is door gestandaardiseerde meetinstrumenten dat het een positief effect heeft op het ervaren welbevinden. Door de positieve resultaten stijgt het animo voor deze manier van werken waardoor het gebruik van OW toeneemt (Movisie, 2017).















3.9.3. Vergelijking Positieve Gezondheid

Werkwijze en toepassing methode/visie

Net zoals bij PG is de opvatting van OW over gezondheid breder dan enkel de aan- of afwezigheid van ziekte.

Ook wordt bij zowel PG als OW ruimte gelaten voor de cliënt/patiënt om invulling te geven aan wat echt belangrijk is voor diegene en geeft de cliënt/patiënt aan wat het gewenste resultaat is. Daarmee kennen beide een holistische benadering waarbij niet alleen lichamelijke klachten, maar ook o.a. het mentaal welbevinden aan bod komen.

Een verschil tussen OW en PG is dat OW ontstaat uit de hulpvraag van een cliënt bij het verhelpen van mentale of lichamelijke klachten. In tegenstelling tot PG waarbij in kaart wordt gebracht wat de totaal ervaren gezondheid is zonder dat de cliënt/patiënt een probleem of klacht hoeft te hebben. Dit verschilt met PG waarbij de cliënt/patiënt ook aan kan geven tevreden te zijn met de situatie.

	Positieve Gezondheid	Oplossingsgericht werken
doelgroep	 op iedereen toepasbaar	 op iedereen toepasbaar
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht	 oplossingsgericht
specifiek / holistisch	 holistisch	 holistisch
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek	 gesprek
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt	 regie bij de hulpverlener
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst	 meermalig
visie / theorie / gesprekstoel / aanpak	 visie	 behandelmethode

Beiden houden een oplossingsgerichte benadering aan waarbij de focus niet ligt bij het probleem verhelpen maar om de persoon een fijn leven te bieden. Net zoals bij PG is OW niet gericht op een specifieke doelgroep.

Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt

Bij zowel OW als PG wordt het gesprek aangegaan waarbij de cliënt/patiënt wordt verleid om een beeld te schetsen van zijn of haar (ervaren) gezondheid. Een verschil is dat bij PG het spinnenweb wordt ingezet als gesprekstoel voor een open gesprek over de ervaren gezondheid, terwijl bij OW het gesprek wordt aangegaan vanuit de wens om een klacht te verminderen. Het gesprek wordt bij OW dan ook geïnitieerd door de hulpverlener om tot een oplossingsgerichte aanpak te komen, waardoor het kan worden gezien als een behandelmethode. PG is een manier om een gesprek aan te gaan en niet een behandelmethode op zich.

Opvolging

Het is de bedoeling bij OW dat de zorgverlener de cliënt voor langere tijd ondersteunt en begeleidt zodat samen het geschetste ideaalbeeld bereikt wordt (Bannink & Jansen, 2017; Movisie, 2017). Bij PG wordt met name uitgenodigd tot zelfreflectie tijdens het invullen van de vragenlijst en wordt vervolgens tijdens het andere gesprek bepaald wat mogelijke aandachtspunten zijn.

3.9.4. Hoe kunnen Positieve Gezondheid en Oplossingsgericht werken elkaar versterken?

Een belangrijke overeenkomst is dat beide visies/methoden veronderstellen dat de oude WHO definitie van gezondheid niet aansluit bij de ervaren gezondheid van personen, welke complex is en niet aansluit bij het echte leven. Het vermogen van de cliënt wordt als centraal begrip gezien waarbij wordt uitgegaan van eigen regie en zelfredzaamheid waarbij oplossingsgericht te werk wordt gegaan (Bannink & Peeters, 2017). PG en OW kunnen elkaar op meerdere manieren versterken. Allereerst zou OW kunnen worden toegepast wanneer PG wordt gebruikt om de cliënt inzicht te geven in zijn of haar gezondheid. Wanneer de cliënt, door het spinnenweb in te vullen, het inzicht heeft gekregen dat hij/zij de ervaren gezondheid wil vergroten dan kan OW worden ingezet als methode van behandeling. De cliënt kan dan aan zijn of haar hulpverlener beschrijven wat er echt belangrijk voor hem of haar is aan de hand van het spinnenweb en hierop kan een plan worden geschreven samen met de zorgverlener. Vervolgens kan het plan wat mede door OW is opgesteld telkens worden bijgesteld, kijkend naar de realiteit en het verloop van de (lichamelijke) klacht of mogelijk bijgestelde wensen van de cliënt. Daarnaast kan PG worden toegepast wanneer er gebruik wordt gemaakt van OW. Wanneer een cliënt aangeeft bij zijn of haar behandelaar dat hij/zij een klacht

wil verminderen kan door middel van het invullen van het spinnenweb inzicht worden verkregen in wat 'echt' belangrijk is voor de cliënt en waar hij/ zij het liefst aan wil werken. Hierdoor kan er een gerichter plan ontstaan om de ervaren gezondheid te verhogen, mede door PG toe te passen in OW.

Bronnen

1. Bannink, F.P., & Jansen, P. J. H. A. (2017a). Positieve gezondheidszorg. Amsterdam, Nederland: Pearson.
2. Bannink, F.P. (2013). Oplossingsgerichte vragen: Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering (3e gewijzigde druk). Amsterdam: Pearson.
3. Bannink, F.P. & Jansen, P.J.H.A. (2017b). Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk. Tijdschrift positieve psychologie, 4, p17-22.
4. Bannink, F.P. & Peeters, F.(2017). Positieve psychiatrie. Amsterdam, Nederland: Boom uitgevers
5. Gabora, L. (2016). Honing theory: A complex systems framework for creativity. Cornell University Library.
6. Movisie (2017). Oplossingsgericht werken. Geraadpleegd van <https://www.movisie.nl/interventie/oplossingsgericht-werken>

Meer informatie?
movisie.nl
positievegezondheidszorg.nl

3.10 APPRECIATIVE INQUIRY

Appreciative Inquiry (waardierend onderzoek, verder AI genoemd) is actie-onderzoek welke kan worden ingezet om gedragsverandering teweeg te brengen. Er wordt verondersteld dat de manier van onderzoek direct bijdraagt aan verandering. Door het stellen van vragen over positieve ervaringen of ideaalbeelden wordt men in de positieve actiemodus gezet.

3.10.1. Inhoud

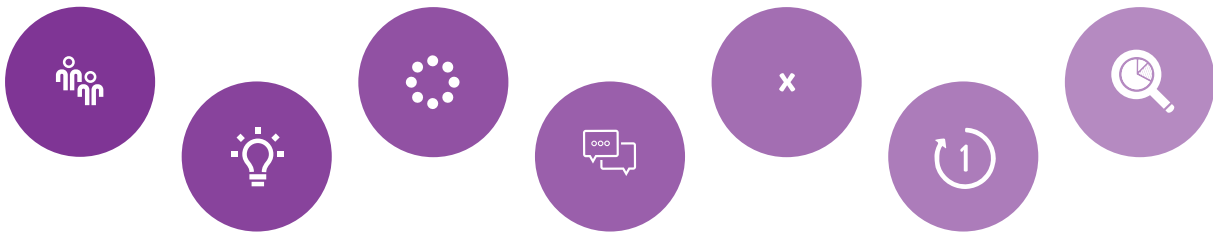
Door deze methode worden mensen gestimuleerd om na te denken over hun potentie en over positieve situaties om vervolgens op actie over te gaan om dit ideaalbeeld te bereiken (Cooperrider & Whitney, 2001).

AI bestaat uit vier verschillende stadia:

- ▶ **Discovery** door middel van het stellen van positieve vragen worden personen in een positieve veranderingshouding gezet.
- ▶ **Dream** In dit stadium wordt gebruik gemaakt van de kracht van de verbeelding en dromen. Door te dromen wordt een duidelijk resultaat ingebeeld op een hoger niveau.
- ▶ **Design** Nadat het ideale beeld is bedacht wordt er gekeken welke stappen in de praktijk dienen te worden gezet om de droom na te jagen en mensen het gevoel te geven dat deze droom realistisch is.
- ▶ **Destiny** het versterken en bevestigen van het vermogen om die dromen ook daadwerkelijk uit te laten komen.

AI kan worden toegepast in iedere situatie en op ieder individu en heeft daarom geen specifieke doelgroep op wie het wordt toegepast. Het komt echter voort uit organisatiemanagement waarbij het gebruikt werd om werknemers aan te zetten tot verandering in hun denk en werkwijze om een positieve verandering in organisaties teweeg te brengen (Cooperrider & Whitney, 2001).





3.10.2. Herkomst & onderbouwing














AI is in de jaren '80 ontstaan als tegenbeweging op probleem-georiënteerde verandermethoden waar vooral gefocust wordt op problemen en negatieve of ongewenste situaties. Cooperrider werd destijds gevraagd een organisatie te analyseren met de vraag 'Wat is er mis met de menselijke kant van de organisatie?'. Hij vond echter zo veel positieve werkwijzen m.b.t. samenwerking, innovatie en sociale effectiviteit dat het onderzoek werd aangepast en de focus gelegd werd op inspirerende factoren (Watson, Mohr & Kelly, 2011). Cooperrider & Srivastva (1987) zijn ervan overtuigd dat mensen gaan leven en handelen naar een geschetst ideaalbeeld. Wanneer er wordt gefocust op dit ideaalbeeld, zal dit ideaalbeeld worden nagestreefd en bereikt en zullen er dus positieve veranderingen optreden. Wanneer de focus wordt gelegd op een probleem of een negatief aspect zou dit er juist voor zorgen dat het probleem blijft bestaan.

In 1986 brengt Cooperrider zijn proefschrift uit waarbij AI centraal staat. Vanaf dan wordt AI gezien als een methode om organisatieverandering teweeg te brengen. AI heeft zich vervolgens ontwikkeld in meerdere sectoren waarbij het voornamelijk wordt ingezet om organisaties te veranderen (Cooperrider & Srivastva, 1987; Cooperrider & Whitney, 2001; Jones, 1998). Vanaf de jaren 80 is de methode uitgebreid onderzocht en toegepast in organisaties om gedragsverandering te bewerkstelligen en heeft

het zich vervolgens ook vertaald naar andere settingen zoals psychologie en community development (Boyd & Bright, 2007; Jones, 1998; Reed, 2006). De methode is gebruikt en onderzocht in verschillende (sociale) contexten, zoals commerciële bedrijven, gezondheidszorg en community- settingen. Deze onderzoeken hebben aangetoond dat AI een significante gedragsverandering teweegbrengt (Jones, 1998; Richer et al., 2009).

AI wordt door de volgende principes onderbouwd:

- ▶ **The constructionist principle** We construeren onze werkelijkheid in gesprekken met anderen, daarom zijn de woorden die we kiezen en de vragen die we stellen van invloed op onze waarneming. Zo kan een vraag aanzetten tot bewustwording en verandering.
- ▶ **The principle of simultaneity** Onderzoek en verandering zijn geen aparte gebeurtenissen maar gebeuren tegelijkertijd. Onderzoek op zichzelf is een interventie.
- ▶ **Poetic principle** Houdt niet vast aan de 'standaard' dingen die onderzocht worden maar ga verder op zoek: alles kan onderzocht worden en geïnterpreteerd worden. Er zijn oneindige mogelijkheden en geen vaste kaders.
- ▶ **The anticipatory principle** Mensen stellen zichzelf altijd een toekomst voor en streven deze na. Door te vragen naar een positieve toekomst maken personen zich een

	Positieve Gezondheid	Appreciative Inquiry
doelgroep	 op iedereen toepasbaar	 op iedereen toepasbaar
probleem / oplossingsgericht	 oplossingsgericht	 oplossingsgericht
specifiek / holistisch	 holistisch	 holistisch
vragenlijst / gesprek / open / gesloten	 vragenlijst en gesprek	 gesprek
regie bij de hulpverlener / cliënt	 regie bij de cliënt	x n.v.t.
eenmalige interventie / opvolging en nazorg	 opvolging indien gewenst	 eenmalig
visie / theorie / gesprekstool / aanpak	 visie	 actie-onderzoek

voorstelling hiervan en gaan ze zich hiernaar gedragen; positieve beelden van de toekomst leiden tot positieve acties.

- **The positive principle** Hoe positiever de vraag gesteld wordt, hoe langer en succesvoller de verandering.

3.10.3. Vergelijking Positieve Gezondheid

Werkwijze en toepassing methode/visie

Zowel PG als AI kent een oplossingsgerichte benadering waarbij wordt gekeken naar iemands mogelijkheden en kansen. AI is geen gesprekstool zoals PG, er worden alleen open vragen gesteld welke gericht zijn op het activeren van een positieve verandermodus. AI heeft specifiek als doel om gedragsverandering teweeg te brengen terwijl PG niet per definitie gericht is op verandering. Wanneer een cliënt/patiënt bij PG aangeeft geen verandering te wensen is dit ook goed. Bij zowel AI als PG wordt beoogd alle dimensies te beschouwen die te maken hebben met je gelukkig voelen en plezier in het leven hebben wat toont dat beide een holistische insteek hebben.

Het andere gesprek aangaan met de cliënt/patiënt

In tegenstelling tot bij PG komt bij AI komt geen gespreksinstrument aan bod en zijn er alleen open vragen welke gericht zijn op het activeren van een positieve verandermodus. Door een vraag te stellen, bijvoorbeeld: 'Wat is je ideaalbeeld van je toekomst?' wordt de persoon aanzet tot het definiëren van een ideaalbeeld

en om vervolgens acties te definiëren welke tot het gewenste ideaalbeeld leiden. Bij zowel AI als PG wordt een (ander) gesprek aangegaan om te identificeren of er een verandering in de huidige situatie gewenst is, waarbij aan het cliënt/patiënt gevraagd wordt wat hij of zij belangrijk vindt en als wenselijk ziet. AI wordt ingezet om een verandering teweeg te brengen en wordt de cliënt/patiënt altijd uitgedaagd om verbeterpunten aan te geven en deze na te streven. AI is daarmee per definitie gericht op verandering, terwijl PG dit niet is. Een verschil met PG is dat AI ontstaan is in organisatiemanagement en niet uit de zorg afkomstig is. Iedereen kan AI inzetten om een verandering teweeg te brengen. Het management kan deze methode inzetten om een (cultuur)verandering in te zetten en een werknemer kan deze methode inzetten om zijn of haar onontdekt potentieel te ontdekken en hiermee aan de slag te gaan (Cooperrider & Whitney, 2001). Er hoeven bij AI dus geen hulpverleners uit de zorg aan te pas te komen; elk willekeurig persoon kan AI vragen stellen aan het individu om hem/haar in de actiemodus te zetten om de ervaren gezondheid te verbeteren.

Opvolging

Bij PG wordt geprobeerd passende hulp te bieden (door de behandelaar) op het moment dat de cliënt/patiënt tijdens het andere gesprek aangeeft te willen veranderen. Bij AI wordt niet direct verondersteld dat er ook opvolging komt op het gesprek. Dit wordt overgelaten aan de organisatie of het individu zelf.

3.10.4. Hoe kan het Positieve Gezondheid en Appreciative Inquiry versterken?

AI en PG hebben overeenkomsten en kunnen een aanvulling op elkaar zijn, voornamelijk tijdens het voeren van andere gesprek of in de opvolging. Het gebruik van AI kan tijdens het andere gesprek van PG helpen om het individu te laten ontdekken wat zijn of haar ideale situatie zou zijn m.b.t. gezondheid. Ook kan AI worden gebruikt om het individu in de positieve actiemodus te zetten en gecoached worden. Het individu kan door middel van het stellen van positieve vragen tot het besef komen dat er nog veel onontdekt potentieel verscholen zit en dat het wel degelijk momenten heeft gehad waar diegene een ideale situatie gecreëerd heeft. AI grijpt namelijk ook terug op al gedane acties of ervaringen uit het verleden om hier kracht en inspiratie uit te putten (Cooperrider & Whitney, 2001). Voorbeeld: Wanneer het individu aangeeft graag meer lichamelijk beweging te realiseren kan AI het individu helpen om in de actiemodus te komen. Hierbij kan het individu door het zich verbeelden van de ideale situatie inzicht krijgen in de stappen die genomen dienen te worden. Door te vragen naar situaties in het verleden, wanneer de persoon meer bewoog kan het individu tot de conclusie komen dat het de potentie heeft om meer te bewegen en kan worden gekeken welke stappen of middelen er nodig zijn om dit te bereiken. Ook in de begeleiding, opvolging en nazorg, kan AI ook een rol spelen. Er kan worden gekeken wat er erg goed ging door het stellen van positieve vragen waardoor het individu in 'een flow' terecht komt. Wanneer iemand een terugval heeft gehad kan er gekeken worden op welke manier iemand ook al eens eerder de

terugval heeft overkomen en kan men tot het inzicht worden gebracht dat het individu sterk genoeg is om toch door te zetten bij tegenslag. PG zou ook kunnen worden gebruikt ter inspiratie van AI wanneer er een verandering gewenst is in de gezondheidssituatie. De verschillende aspecten van gezondheid, geïdentificeerd door PG, kunnen worden omgebogen naar vragen om onontdekt potentieel te identificeren. Een voorbeeld zou kunnen zijn: 'Op welk moment in je leven benutte je je sociale contacten optimaal?' Op deze manier wordt gezondheidsverandering breder benaderd.

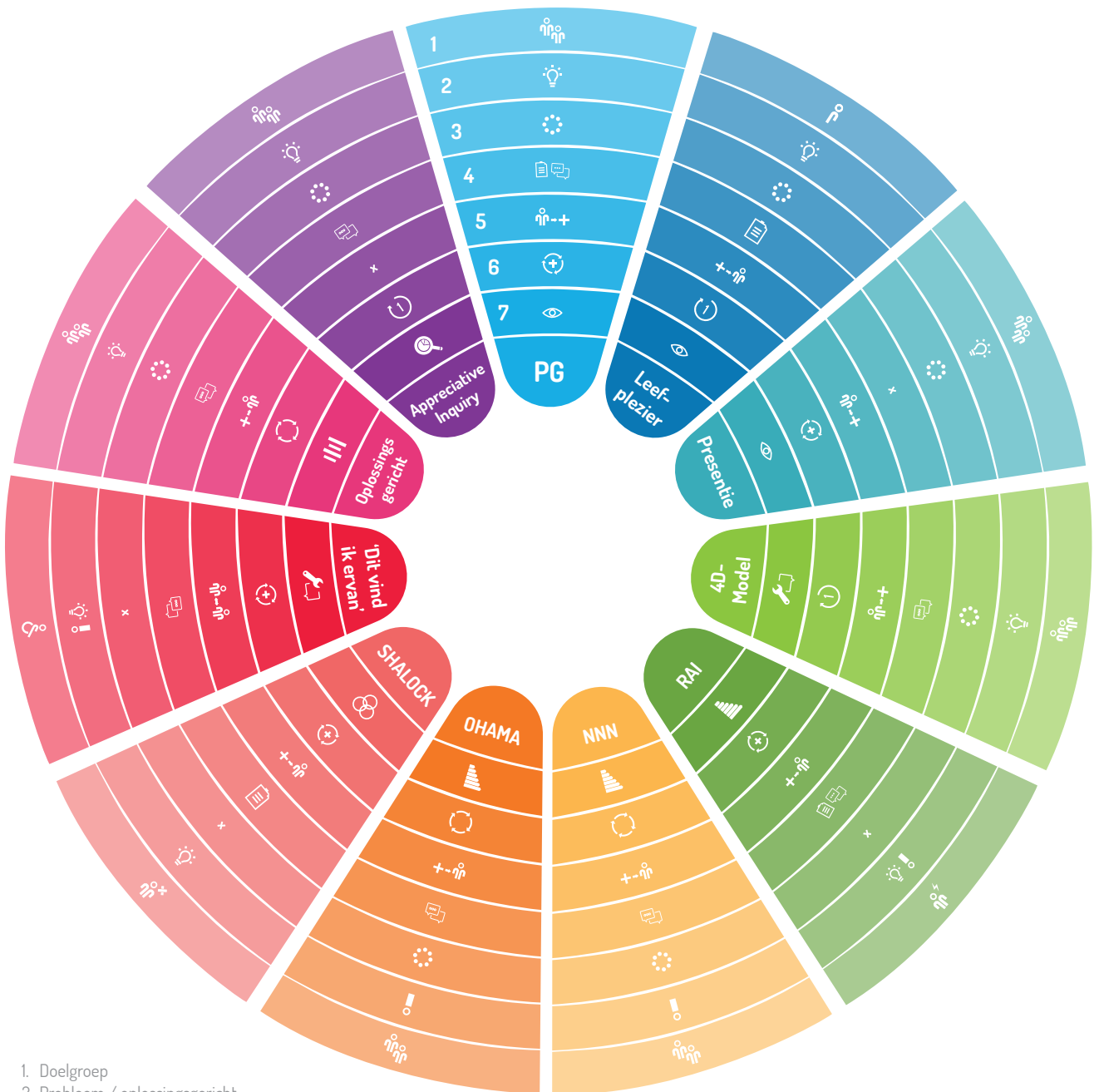
Bronnen:

1. Boyd, N. M., & Bright, D. S. (2007). Appreciative inquiry as a mode of action research for community psychology. *Journal of Community Psychology*, 35(8), 1019-1036.
2. Cooperrider, D. L., & Srivastva, S. (1987). Appreciative inquiry in organizational life. *Research in organizational change and development*, 1(1), 129-169.
3. Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2001). A positive revolution in change: Appreciative inquiry. *Public administration and public policy*, 87, 611-630.
4. Watkins, J. M., Mohr, B. J., & Kelly, R. (2011). *Appreciative inquiry: Change at the speed of imagination* (Vol. 35). John Wiley & Sons.
5. Jones, D. A. (1998). A field experiment in appreciative inquiry. *Organization Development Journal*, 16(4), 69.
6. Reed, J. (2006). *Appreciative inquiry: Research for change*. Sage.
7. Richer, M. C., Ritchie, J., & Marchionni, C. (2009). 'If we can't do more, let's do it differently!': using appreciative inquiry to promote innovative ideas for better health care work environments. *Journal of Nursing Management*, 17(8), 947-955.

4

TOTAALOVERZICHT

In onderstaand overzicht ziet u een visuele weergave van het totaalbeeld van de visies/methoden. Voor uitgebreidere details en uitleg van de weergave kunt u het hoofdstuk raadplegen wat bij desbetreffende visie/methode hoort.



1. Doelgroep
2. Probleem / oplossingsgericht
3. Specifiek / holistisch
4. Vragenlijst / gesprek / open / gesloten
5. Regie bij de hulpverlener / cliënt
6. Eenmalige interventie / opvolging en nazorg
7. Visie / theorie / gesprekstool / aanpak

4.1 Legenda iconen

Doelgroep	op iedereen toepasbaar	ouderen
	kwetsbare personen	gehandicapten
	verstandelijk gehandicapten	
Probleem / oplossingsgericht	oplossingsgericht	probleemgericht
Specifiek / holistisch	holistisch	specifiek
Vragenlijst / gesprek / open / gesloten	vragenlijst	gesprek
	gesloten vragen	open vragen
Regie bij de hulpverlener / cliënt	regie bij cliënt	regie bij hulp verlener
	regie afhankelijk van situatie	
Enmalige interventie / opvolging en nazorg	eenmalig	meermalig
	opvolging indien gewenst	
Visie / theorie / gesprekstool / aanpak	visie	theorie
	gesprekstool	classificatiesysteem
	behandelmethode	actie-onderzoek
Overig	niet gespecificeerd	

