

De waardering van de zes dimensies van positieve gezondheid in de ggz

D.T.M. van de Loo, N. Saämena, P. Janse, M. van Vliet, A.W. Braam

- Achtergrond** Huber e.a. introduceerden in 2011 een nieuw, dynamisch concept van gezondheid. De brede interpretatie van gezondheid wordt positieve gezondheid genoemd, wat uitgewerkt is in zes dimensies. Bij onderzoek binnen de algemene gezondheidszorg (AGZ) naar dimensies van gezondheid bleek dat patiënten zingeving en sociaal-maatschappelijke participatie belangrijker vonden dan artsen en beleidsmakers. Binnen de ggz is tot nu toe geen onderzoek hiernaar gedaan.
- Doel** Onderzoeken hoeveel waarde patiënten, behandelaars en beleidsmakers hechten aan elk van de zes dimensies als onderdeel van iemands gezondheid, in de ggz in vergelijking met de AGZ.
- Methode** In een crosssectioneel vergelijkend onderzoek vulden patiënten (n = 458), behandelaars (n = 250) en beleidsmakers (n = 47) van twee grote ggz-instellingen in Nederland een onlinevragenlijst in. De resultaten werden vergeleken met originele data van Huber e.a. (2016), met ANCOVA, gepaarde t-toetsen en cohens d.
- Resultaten** Patiënten in de ggz hechtten significant meer waarde aan de dimensie dagelijks functioneren dan behandelaars en beleidsmakers, net als in de AGZ. Opvallend was dat alle drie de onderzochte groepen in de ggz significant hoger scoorden op de waarde die zij hechtten aan zingeving, mentaal welbevinden en sociaal-maatschappelijke participatie in vergelijking met de AGZ.
- Conclusie** Patiënten, behandelaars en beleidsmakers binnen de ggz lijken veel waarde te hechten aan de zes dimensies van positieve gezondheid. Onze bevindingen ondersteunen daarmee de holistische benadering in de ggz in plaats van een strikt 'ziektemodel'. Wel is er nog een hiaat voor dagelijks functioneren en blijft de vraag in hoeverre naar zingeving gehandeld wordt. Het verdient aanbeveling hier vervolgonderzoek naar te verrichten.

In 1948 definieerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 2006) gezondheid als 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken'. Ondanks kritiek vanwege de toename van chronische aandoeningen waardoor steeds minder mensen voldoen aan de deze definitie bleef deze ongewijzigd.

Machteld Huber en collega's hebben in 2011 een nieuw, dynamisch concept van gezondheid geïntroduceerd: 'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. In 2012 deden zij een vervolgstudie om dit concept uit te werken voor toepassing in de Nederlandse gezondheidszorg, bestaande uit een kwalitatief en kwantitatief deel. Daarover is in 2014 en 2016 gepubliceerd.

Uit het kwalitatieve onderzoek werden er, op basis van wat men als indicatoren van gezondheid beschouwt, zes dimensies van gezondheid geformuleerd: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden (mentale functies en -beleving), zingeving (spiritueel-existensiële dimensie), kwaliteit van leven, meedoen (sociaal-maatschappelijke participatie) en dagelijks functioneren. De termen tussen haakjes zijn de oorspronkelijke duidingen, waarvan sommigen geherformuleerd zijn.

Vervolgens werd in het kwantitatieve deel gevraagd in hoeverre een item onderdeel vormt van iemands gezondheid. De onderzoekspopulatie van het kwantitatieve deel bestond uit bijna 2000 deelnemers in de algemene gezondheidszorg (AGZ), onder anderen 575 patiënten en 643 behandelaars, van wie een grote minderheid uit de ggz. Hieruit bleek dat patiënten alle dimensies min of meer een even belangrijk onderdeel van gezondheid beschouwen. Artsen beoordeelden in tegenstelling

AUTEURS

Dominique T.M. van de Loo, tijdens het onderzoek arts in opleiding tot psychiater, Pro Persona.

Nina Saãmena, tijdens het onderzoek coassistent, Radboudumc.

Pauline Janse, klinisch psycholoog, psychotherapeut, medior onderzoeker, Pro Persona.

Marja van Vliet, adviseur onderzoek, Instituut voor Positieve Gezondheid.

Arjan W. Braam, psychiater, crisisdienst Utrecht, opleider psychiatrie, Altrecht; bijzonder hoogleraar namens het KSGV, Universiteit voor Humanistiek, Utrecht.

Correspondentie

Dominique T.M. van de Loo (d.van.de.loo@propersona.nl)

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-10-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(2):87-93

tot patiënten zingeving minder belangrijk dan lichaamsfuncties. Ook andere professies, zoals beleidsmakers en onderzoekers, bleken minder waarde te hechten aan zingeving en sociaal-maatschappelijke participatie (Huber e.a. 2016). Om aandacht te vestigen op de brede blik van gezondheid, bestaande uit de zes dimensies, werd deze aangeduid met een specifieke term: positieve gezondheid.

In 2017 presenteerde de Federatie Medisch Specialisten een visiedocument waarin ze de ambitie uitspreekt dat medisch specialisten in 2025 handelen vanuit positieve gezondheid. Hierbij nam men de zes dimensies als uitgangspunten voor behandeling. Dit betekent dat er ook rekening gehouden wordt met zingeving in het gesprek tussen de medisch specialist en de patiënt. Omdat vanuit de herstelbeweging al langere tijd wordt geopteerd voor betere ondersteuning in de ggz door meer oog te hebben voor innerlijke veerkracht en levensbeschouwelijke of spirituele bronnen (Van der Stel 2012), is de hypothese dat zingeving in de ggz als een belangrijker onderdeel van gezondheid wordt beoordeeld dan in de AGZ.

Om dit te toetsen hebben we voor dit onderzoek twee doelstellingen geformuleerd:

1. Onderzoeken hoeveel waarde patiënten, behandelaars en beleidsmakers binnen de ggz aan de zes dimensies als onderdeel van iemands gezondheid hechten en of er onderlinge verschillen zijn tussen hen.
2. Testen of we verschillen vinden in de waardering van de zes dimensies als onderdeel van iemands gezondheid tussen doelgroepen binnen de ggz en in de AGZ.

METHODE

Opzet

We voerden een crosssectioneel, observationeel onderzoek uit binnen de basis-ggz en specialistische ggz in

Nederland. De populatie bestond uit drie doelgroepen van Pro Persona: patiënten, behandelaars en beleidsmakers (zorgmanagers, directeuren, projectmanagers, etc.). De behandelaars werden verder onderverdeeld in de drie subgroepen: artsen, verpleegkundigen en psychologen. Extra behandelaars en beleidsmakers werden geworven bij Altrecht GGZ. Alle deelnemers werd gevraagd om een onlinevragenlijst van 10-15 minuten in te vullen. Deze vragenlijst was ontwikkeld binnen NETQ ROM (routine outcome monitoring), dus de meeste patiënten waren bekend met dit platform.

Vragenlijst

De vragenlijst bestond uit demografische gegevens en items over positieve gezondheid. Allereerst werd gevraagd naar leeftijd, geslacht, hoogst afgeronde opleiding en werksituatie. Bovendien werd gevraagd of men een chronische aandoening heeft en werden enkele vragen over geloof en spiritualiteit gesteld.

Wat betreft positieve gezondheid waren 31 items verdeeld over zes dimensies (4-6 stellingen per dimensie). Omdat dit onderdeel een replicatie van het onderzoek van Huber uit 2016 was, namen we zoveel mogelijk bewoordingen over. We gebruikten alleen de nieuwe duiding van de dimensies, zoals 'mentaal welbevinden' in plaats van 'mentale functies en beleving'.

De deelnemers werd gevraagd in hoeverre elk item een onderdeel vormde van hun gezondheid. Voorbeelden van twee items zijn: 'Dat iemand van 18 jaar of ouder zich energiek voelt' (onderdeel van lichaamsfuncties) en 'Dat iemand van 18 jaar of ouder in staat is om medicijnvoorschriften te begrijpen en op te volgen' (onderdeel van dagelijks functioneren). Hierbij gebruikten we een likertschaal van 1 (zeer onbelangrijk) tot 9 (zeer belangrijk) of 'weet niet'. Van de diverse dimensiescores bedroeg Cronbachs alfa 0,70-0,94 (Huber e.a. 2014).

De onlinevragenlijst was zo ingericht dat deelnemers geen vragen konden overslaan, behalve de vraag of men een chronische aandoening had en waar men in zorg was. Dit deden we om de herleidbaarheid verder te minimaliseren.

Populatie en dataverzameling

Deelnemers van 18 jaar of ouder werden geïncludeerd. Patiënten moesten ingeschreven zijn bij de ggz ten tijde van het onderzoek, behandelaars moesten werken binnen de ggz en beleidsmakers moesten betrokken zijn bij het beleid binnen de ggz. Een ander inclusie criterium was dat alle deelnemers toestemming hadden gegeven voor zowel benadering als deelname aan het onderzoek. De gegevens werden verzameld in juli 2020. De gegevensverzameling gebeurde in twee stappen. Allereerst stuurden we de drie doelgroepen binnen Pro Persona een e-mail om toestemming te vragen om benaderd te worden voor dit specifieke onderzoek. Deze e-mail stuurden we naar 6100 patiënten, 1380 behandelaars en 125 beleidsmakers.

Ten tweede ontvingen degenen die toestemming gaven om benaderd te worden (1049 patiënten, 303 behandelaars en 28 beleidsmakers) na ongeveer twee weken een volgende e-mail. Deze e-mail bevatte een link om de onlinevragenlijst in te vullen via NETQ ROM. Hierbij werd aan de patiënten benoemd dat dit een extra vragenlijst betrof en het belangrijk bleef om de gebruikelijke vragenlijsten in te blijven vullen. Na een week werd er een herinnering gestuurd.

Ter promotie werden berichten op het interne platform van Pro Persona geplaatst. Om extra respons van beleidsmakers en behandelaars te werven, werd de link naar de onlinevragenlijst gedeeld binnen Altrecht GGZ, op LinkedIn en tijdens onlinenetwerkbijeenkomsten.

Ethische overwegingen

Het onderzoeksvoorstel werd ingediend bij de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) Utrecht onder protocolnummer 20-261. Vanwege het observationele karakter van het onderzoek concludeerde de METC dat het onderzoek niet onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) viel.

Data-analyse

Als eerste stap voerden we beschrijvende statistiek uit, waarbij we gemiddelden en percentages van de demografische gegevens berekenden en de gemiddelde scores op de zes dimensies door de verschillende doelgroepen beschreven. Als een deelnemer 'ik weet niet' had ingevuld, vervingen we dit door de gemiddelde score op dat item door de doelgroep (of subgroep bij behandelaars), conform de werkwijze van Huber e.a. (2016). We hanterden het significantieniveau $p < 0,05$, tenzij anders vermeld.

Om te bepalen of er verschillen waren tussen de verschillende doelgroepen binnen de ggz, werd een variantieanalyse (ANOVA) uitgevoerd waarbij de gemiddelde scores op een dimensie van beleidsmakers en (subgroep) behandelaars vergeleken werden met de gemiddelde scores van patiënten binnen de ggz. Wanneer de varianties niet gelijk waren, keken we naar Brown-Forsytes robuuste test. Om te weten welke groepen significant verschilden, voerden we Tukeys post-hoc tests uit.

Bovendien werd een ANCOVA uitgevoerd om te testen op mogelijk significante covariaten, te weten: leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, chronische aandoening en (betekenis van) geloof en spiritualiteit van de deelnemers.

Om te bepalen of er verschillen waren tussen de AGZ en ggz vergeleken we de scores van de drie doelgroepen met de originele data van Huber e.a. middels gepaarde t-toetsen. Bij multiële testen pasten we bonferroni-correctie toe met een significantiegrens van $p < 0,008$. Om de effectgrootte (*effect size*) te bepalen gebruikten we Cohens *d*. Alle analyses werden uitgevoerd in SPSS versie 25.

RESULTATEN

Demografische gegevens

458 patiënten (van de 1049; 44%), 250 behandelaars en 47 beleidsmakers hadden de vragenlijst ingevuld, 755 deelnemers in totaal (tabel 1). De responsratio van behandelaars en beleidsmakers was niet te bepalen, aangezien zij ook op andere manieren geworven werden. Behandelaars waren onder anderen 100 verpleegkundigen (40%), 77 psychologen (31%) en 47 artsen (19%).

De meeste deelnemers waren vrouw (63%), vooral binnen de doelgroep behandelaars (71%) en de subgroep psychologen (84%). De gemiddelde leeftijd bedroeg 46 jaar (uitersten: 18-83 jaar), onder de subgroep behandelaars waren relatief oudere verpleegkundigen en jongere artsen en psychologen. De meeste patiënten hadden het middelbaar beroepsonderwijs (mbo) als hoogst afgeronde opleiding (37%), 31% van hen had betaald werk. Ruim 50% van de behandelaars (alle artsen en psychologen) en beleidsmakers was universitair opgeleid. 75% van de patiënten gaf aan een chronische aandoening te hebben, ten opzichte van 24% van de behandelaars en 30% van de beleidsmakers.

Wat betrof religie en spiritualiteit viel op dat patiënten zichzelf vaker kenmerkten als gelovig en spiritueel in vergelijking tot behandelaars en beleidsmakers. De verschillen waren minder scherp waar het ging om de betekenis die de deelnemers hechtten aan religie of spiritualiteit.

Tabel 1. Demografische kenmerken per doelgroep

	Totaal n = 755	Patiënten n = 458	Behandelaars n = 250	Beleidsmakers n = 47
Mannelijk geslacht, n (%)	277 (36,7)	189 (41,3)	73 (29,2)	15 (31,9)
Gem. leeftijd, jaren (SD; min-max)	45,9 (14,1; 18-83)	46,7 (15,7; 18-83)	44,1 (11,9; 22-77)	48,1 (9,6; 30-63)
Hoogst afgeronde opleiding (%)				
Basis- of middelbare school	71 (9,4)	71 (15,5)	-	-
Lbo	31 (4,1)	31 (6,8)	-	-
Mbo	190 (25,2)	168 (36,7)	21 (8,4)	1 (2,1)
Hbo	231 (30,6)	119 (26,0)	91 (36,4)	21 (44,7)
Universiteit	232 (30,7)	69 (15,1)	138 (55,2)	25 (53,2)
Chronische aandoening n (%) nee/ja	329 (43,6) / 419 (55,5)	110 (24,0) / 344 (75,1)	186 (74,4) / 61 (24,4)	33 (70,2) / 14 (29,8)
Gelovig, n (%)				
Nee	451 (59,7)	236 (51,5)	177 (70,8)	38 (80,9)
Weet niet	89 (11,8)	69 (15,1)	18 (7,2)	2 (4,3)
Ja	215 (28,5)	153 (33,4)	55 (22,0)	7 (14,9)
Spiritueel, n (%)				
Beslist niet	148 (19,6)	107 (23,4)	35 (14,0)	6 (12,8)
Nauwelijks	227 (30,1)	115 (25,1)	96 (38,4)	16 (34,0)
Enigszins	250 (33,1)	147 (32,1)	82 (32,8)	21 (44,7)
Beslist wel	130 (17,2)	89 (19,4)	37 (14,8)	4 (8,5)
Betekenis spiritualiteit/ religie in leven, n (%)				
Nee, geen betekenis	285 (37,7)	95 (38,0)	95 (38,0)	14 (29,8)
Ja, enige betekenis	318 (42,1)	112 (38,0)	112 (44,8)	29 (61,7)
Ja, grote betekenis	91 (12,1)	62 (13,5)	28 (11,2)	1 (2,1)
Ja, zeer grote betekenis	61 (8,1)	43 (9,4)	15 (6,0)	3 (6,4)

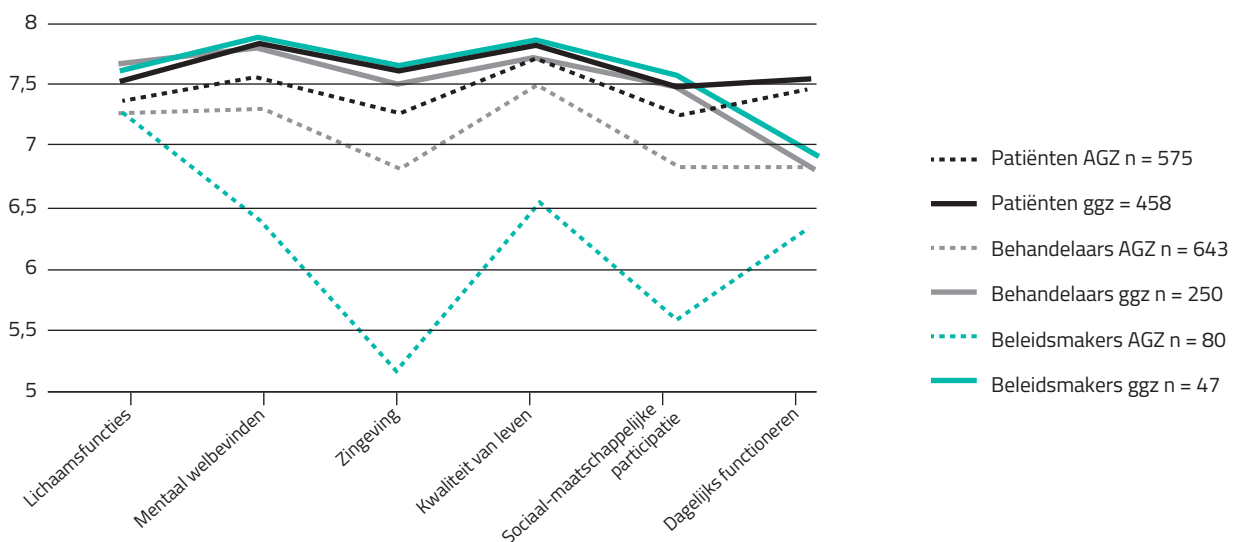
Interne consistentie

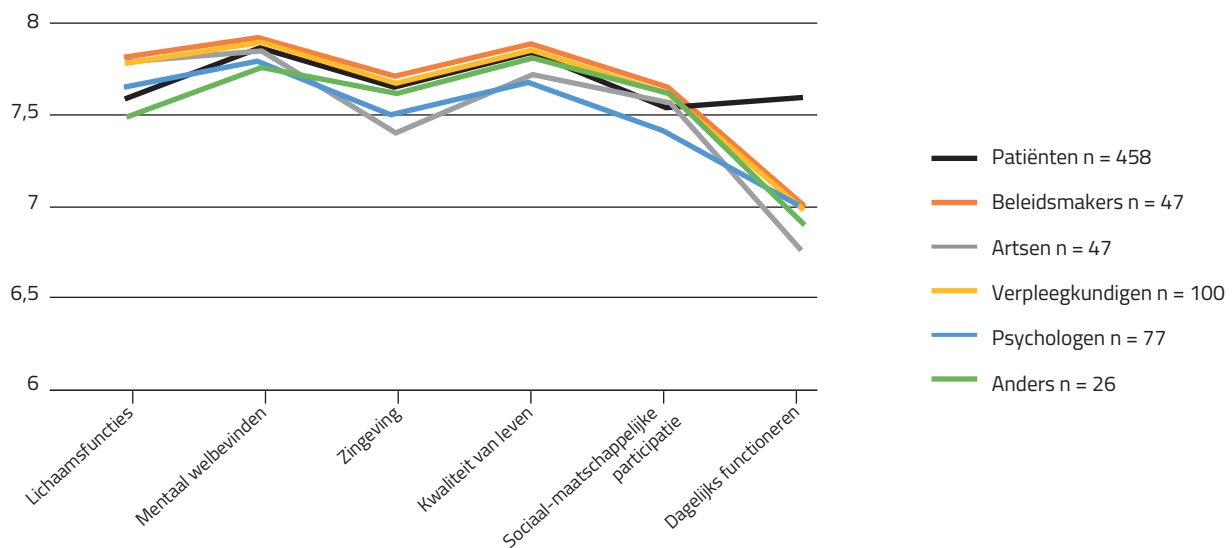
De interne consistentie van de zes schalen waarmee de dimensies van positieve gezondheid werden gemeten, was goed: Cronbachs alfa lag tussen 0,81 en 0,90. De gemiddelde scores per item varieerden tussen 6,4 en 8,3 op een likertschaal van 1-9 (niet belangrijk tot erg belangrijk).

Positieve gezondheid binnen de ggz

We vonden geen significante verschillen tussen de drie doelgroepen op de verschillende dimensies, behalve op de dimensie dagelijks functioneren, wat zowel behandelaars (artsen, verpleegkundigen en psychologen; gemiddeld 6,9) als beleidsmakers (gemiddeld 7,0) significant lager beoordeelden dan patiënten (gemiddeld 7,6; $p < 0,001$, **figuur 1**). Van de behandelaars hechtten artsen

Figuur 1. Gemiddelde scores per dimensie per doelgroep, inclusief resultaten van Huber e.a.



Figuur 2. Gemiddelde score per dimensie per doelgroep en subgroep behandelaars in de ggz

de minste waarde aan dagelijks functioneren (gemiddeld 6,7; **figuur 2**). Verpleegkundigen en beleidsmakers (gemiddeld 7,9) gaven net als patiënten (gemiddeld 7,9) in de ggz de hoogste scores aan mentaal welbevinden. Per dimensie bleken leeftijdscategorie en geslacht de meest voorkomende covariaten. Het hebben van een chronische aandoening was bij geen enkele dimensie van invloed.

Profiel van positieve gezondheid: ggz vs. AGZ

We vergeleken de gemiddelden per dimensie tussen doelgroepen uit de ggz (ons onderzoek) met doelgroepen uit de algemene gezondheidszorg (Huber e.a. 2016; **figuur 1, tabel 2**). De overeenkomsten tussen de ggz en AGZ waren het grootst voor dagelijks functioneren en lichaamsfuncties. Zowel patiënten, behandelaars als beleidsmakers in de ggz hechtten significant meer waarde aan mentaal welbevinden, zingeving en sociaal-maatschappelijke participatie dan de vergelijkbare doelgroep in de AGZ, ook na controle voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Dit verschil was het grootst bij beleidsmakers over zingeving: in de ggz gemiddeld 7,7; in de AGZ gemiddeld 5,2 ($p < 0,001$; $d = 1,46$).

De lagere waardering van zingeving door beleidsmakers en behandelaars in de AGZ werd niet gevonden in de ggz. Waar Huber e.a. een duidelijke invloed vonden van het hebben van een chronische aandoening op de waardering van de dimensies, was dat niet het geval in ons onderzoek.

DISCUSSIE

Wij onderzochten in welke mate patiënten, behandelaars en beleidsmakers binnen de ggz de zes dimensies als onderdeel van iemands gezondheid beschouwen. Bovendien hebben we getest welke verschillen er zijn in de waardering van de zes dimensies tussen doelgroepen binnen de ggz en in de AGZ. De resultaten laten zien dat

binnen de ggz behandelaars en beleidsmakers nagenoeg niet anders scoren dan patiënten. Allen hechten min of meer evenveel waarde aan elk van de dimensies, met uitzondering van de dimensie dagelijks functioneren. Patiënten waarderen deze dimensie significant meer dan behandelaars en beleidsmakers. Tevens is onze hypothese bevestigd dat zingeving in de ggz als een belangrijker onderdeel van gezondheid wordt beoordeeld dan in de AGZ.

Vergelijking met bestaande literatuur

In 2015 heeft Patiëntenfederatie Nederland voor ZonMw vragen over zingeving onder bijna 5000 panelleden uitgezet: 46% van de deelnemers heeft ervaring met behandelaars die aandacht hadden voor zingeving, terwijl 83% dit belangrijk vindt (ZonMw 2017). Uit het onderzoek van Huber e.a. blijkt ook een hiaat bij zingeving: patiënten in de AGZ vinden deze dimensies belangrijker dan behandelaars (met name artsen) en beleidsmakers. Onze deelnemers laten een ander patroon zien: zowel patiënten, behandelaars als beleidsmakers in de ggz vinden zingeving even belangrijk. Bij religie en spiritualiteit zien we een duidelijke 'religiosity gap' tussen patiënten, behandelaars en beleidsmakers (Nieuw Amerongen-Meeuse e.a. 2018). Er zijn echter geen grote verschillen wat betreft de 'betekenis van spiritualiteit en religie'. Bij zingeving binnen de ggz gaat het mogelijk niet zozeer over religie of spiritualiteit, maar over betekenisverlening, toekomstperspectief en acceptatie. Dit is in lijn met de items binnen de dimensie zingeving van positieve gezondheid. Onze resultaten passen bij de ontwikkeling om de ggz te herzien waarbij de patiënt centraal wordt gesteld (Delespaul e.a. 2016). Hierbij wordt het ziektemodel vervangen door een herstel ondersteunende behandeling waar meer oog is voor zingeving (Scholing 2016).

Bij de dimensie dagelijks functioneren zijn de resultaten van ons onderzoek vergelijkbaar met die van Huber e.a.:

Tabel 2. Vergelijking van gemiddelden tussen de ggz en de AGZ

	Patiënten					Behandelaars					Beleidsmakers				
	AGZM	GgzM	P [a]	P [b]	d	AGZ	Ggz	P [a]	P [b]	d	AGZ	Ggz	P [a]	P [b]	d
	(SD)	(SD)				M (SD)	M (SD)				M (SD)	M (SD)			
Lichaams- functies	7,4 (1,10)	7,6 (1,25)	0,018	0,018	0,17	7,3 (0,96)	7,7 (0,78)	0,000§	0,000§	0,44	7,3 (1,22)	7,7 (0,69)	0,101	0,101	0,38
Mentaal welbevinden	7,6 (1,19)	7,9 (1,10)	0,000§	0,000§	0,26	7,4 (1,16)	7,9 (0,71)	0,000§	0,000§	0,48	6,5 (1,71)	7,9 (0,59)	0,000§	0,000§	0,99
Zingeving	7,3 (1,35)	7,6 (1,08)	0,000§	0,000§	0,24	6,9 (1,42)	7,6 (0,87)	0,000§	0,000§	0,54	5,2 (2,10)	7,7 (0,66)	0,000§	0,000§	1,46
Kwaliteit van leven	7,8 (1,05)	7,9 (1,08)	0,163	0,012	0,09	7,6 (1,03)	7,8 (0,73)	0,000§	0,001§	0,29	6,6 (1,62)	7,9 (0,62)	0,000§	0,000§	0,97
Meedoen	7,3 (1,44)	7,5 (1,22)	0,007§	0,000§	0,14	6,9 (1,36)	7,5 (0,81)	0,000§	0,000§	0,48	5,7 (2,04)	7,6 (0,70)	0,000§	0,000§	1,13
Dagelijks functioneren	7,5 (1,35)	7,6 (1,34)	0,402	0,004 §	0,08	6,9 (1,47)	6,9 (1,17)	0,807	0,588	0	6,4 (1,68)	7,0 (0,86)	0,025	0,080	0,42

AGZ: algemene gezondheidszorg; ggz: geestelijke gezondheidszorg; [a] gepaarde t-toets uitgevoerd met bonferronicorrectie; [b] gecontroleerde ANOVA (verschillende covariaten); § statistisch significant verschil ($p < 0,008$ vanwege bonferronicorrectie), d = cohens d.

patiënten vinden dit significant belangrijker dan behandelaren en beleidsmakers. Patiënten ervaren zelfstandig kunnen leven als een belangrijk onderdeel van gezondheid, maar dit lijkt onvoldoende te worden herkend door behandelaren en beleidsmakers.

Bij het streven vanuit de Federatie Medisch Specialisten om te handelen vanuit de zes dimensies van positieve gezondheid, lijkt het van belang nadruk te leggen op de dimensies zingeving en dagelijks functioneren.

Zingeving wordt belangrijk gevonden in de ggz, maar het is nog onduidelijk in hoeverre hiernaar gehandeld wordt. Dagelijks functioneren blijkt een hiaat in de ggz. Inmiddels zijn er initiatieven gestart bij onder andere Radboud Universiteit om positieve gezondheid op te nemen binnen het medisch curriculum. Het gaat hierbij vooral om een grondhouding waarbij men bewust is van de bredere context van een klacht en de belevingswereld van de patiënt. Het gespreksinstrument over positieve gezondheid kan hierbij als een praktisch hulpmiddel dienen (zie www.mijnpositievegezondheid.nl). Bovendien staan op de site een aantal tips beschreven om ruimte te maken voor een gesprek over hun kracht en mogelijkheden, factoren buiten het ziektemodel.

Sterktes en zwaktes

We hebben binnen een maand een groot aantal ingevulde vragenlijsten kunnen verzamelen, ruim meer dan de vooraf berekende poweranalyse.


Ons onderzoek heeft echter ook beperkingen. Onze steekproef was relatief jong, een minderheid van de patiënten was 65 jaar of ouder (7,3% vs. 14,3% bij Huber e.a.). Een aantal ouderen heeft aangegeven dat het invullen van een onlinevragenlijst een drempel vormt. Daarnaast kan er selectiebias hebben plaatsgevonden doordat mensen die geïnteresseerd zijn in positieve gezondheid en zingeving, juist de vragenlijst hebben ingevuld.

Een meerderheid van de deelnemende patiënten ontving ambulante zorg. De uitkomst van patiënten die klinisch opgenomen zijn, zou sterk kunnen verschillen. Het opleidingsniveau van behandelaren was in vergelijking met patiënten vrij hoog. Ten slotte is dit onderzoek tijdens de COVID-19-pandemie uitgevoerd, mogelijk heeft dit ook invloed gehad op onze resultaten.

CONCLUSIE

Patiënten vinden alle zes dimensies een belangrijk onderdeel van gezondheid, in de ggz geldt dit nog sterker dan in de AGZ. Patiënten in zowel de ggz als AGZ hechten evenveel waarde aan de dimensies lichaamsfuncties, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren. Opvallend is dat patiënten, behandelaren en beleidsmakers in de ggz alleen significant verschillen van mening wat betreft dagelijks functioneren.

Onze hypothese is bevestigd dat zingeving anno 2020 binnen de ggz als een significant belangrijker onderdeel van gezondheid wordt beoordeeld dan in de AGZ in 2012. Het blijft echter wel de vraag in hoeverre er meer naar zingeving gehandeld wordt. Het verdient derhalve aanbeveling om vervolgonderzoek te verrichten naar de dimensies dagelijks functioneren en zingeving.

 Zonder de patiënten, behandelaren en beleidsmakers die de vragenlijst hebben ingevuld, was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Margot Kloos en Bea Tiemens faciliteerden dit onderzoek. Machteld Huber en Marja van Vliet verstrekten hun originele data ter vergelijking met onze data.

LITERATUUR

- Delespaul P, Milo M, Schalken F, e.a. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Houten: Uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
- Federatie Medisch Specialist. Visiedocument Medisch Specialist 2025. Utrecht: 2017.
- GGZ Standaarden. Generieke module herstelondersteuning. Utrecht: Trimbo-instituut; 2017. https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_c6d4042c-0510-4047-95a6-4df8b123bfc5_herstelondersteuning__authorized-at_14-11-2017.pdf
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, e.a. How should we define health? *BMJ* 2011; 343: d4163.
- Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, e.a. Towards operationalisation of the new dynamic concept of health, leading to 'positive health'. Maastricht: Maastricht University; 2014. p. 55-81.
- Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, e.a. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 2016; 5: e010091.
- Scholing A. Over de psychotherapeut en de buurvrouw. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2016; 5.
- Stel J van der. Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Den Haag: Boom Lemma; 2012.
- WHO. Constitution of the World Health Organization. New York: 2006. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- ZonMw-Signalement over zingeving in zorg: De mens centraal. Den Haag: ZonMw; 2017. https://publicaties.zonmw.nl/fileadmin/publicaties.zonmw.nl/ZonMw_zingeving_rapport_web.pdf

SUMMARY

The six dimensions of positive health valued by different stakeholders within mental health care

D.T.M. van de Loo, N. Saämena, P. Janse, M. van Vliet, A.W. Braam

- Background** In recent years a new concept of health, 'positive health', has been developed, which focusses on a person's resilience instead of merely the absence of disease. A previous survey among a variety of stakeholders in general health care showed that there are differences in how dimensions of positive health are valued. Patients valued the spiritual and societal participation dimension higher than physicians and policymakers.
- Aim** To investigate how the six dimensions of positive health are valued by patients, health care professionals and policy-makers in mental health care in the Netherlands, and to test whether these values differ from such stakeholders in general healthcare.
- Method** In a cross-sectional survey patients (N= 458), healthcare professionals (N=250) and policy makers (N=47) of two mental health care institutions in the Netherlands filled in an online survey. The results were compared to the results of the study by Huber e.a. (2016) by ANCOVA, paired T-tests and cohens' d.
- Results** Respondents valued all dimensions equally high. No significant differences between groups were found, except for a significant difference on daily functioning. Patients rated this dimension significantly higher than other stakeholders. The equal significance of the six dimensions is in contrast with the findings of a previous survey among stakeholders in general health care.
- Conclusion** In contrast to stakeholders in general health care, those in mental health care valued all dimensions of health of equal and high importance. Only daily functioning was rated lower by professionals and policymakers than by patients.