

Hoe stevig is de wetenschappelijke basis van het concept positieve gezondheid?

C.H. Vinkers, C.L. Chiu

Van oudsher werd gezondheid, ook door de WHO, gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte. Er is steeds meer bewustwording dat gezondheid niet alleen draait om de afwezigheid van ziekte, maar dat ook het welbevinden en de veerkracht van een persoon belangrijk zijn, ongeacht de aanwezigheid van (chronische) aandoeningen.

Wat is positieve gezondheid?

Een theorie die veel aandacht krijgt, is die van 'positieve gezondheid', ontwikkeld door Machteld Huber en anderen rond 2011.¹ De kern van deze theorie is wat mensen nog wél kunnen en willen; men kijkt dus vanuit mogelijkheden naar gezondheid. Positieve gezondheid richt zich op zingeving en participatie, met andere woorden: wat geeft veerkracht en welke factoren spelen daarbij een rol voor het specifieke individu? Bij het concept onderscheidt men zes pijlers van gezondheid: lichaamsfuncties, mentale functies en perceptie, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, sociale en maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren.²

Hiermee is positieve gezondheid gericht op het verbeteren van de gezondheid en het welbevinden van mensen, ongeacht de diagnose. Ook bij mensen met (een of meer) chronische aandoeningen kan er, aan de hand van deze domeinen, verbetering in de positieve gezondheid optreden. Het idee is dat positieve gezondheid eigen regie over gezondheid stimuleert en dat men hierbij rekening houdt met de persoon achter de patiënt: wat heeft dit individu nodig?

De focus verschuift van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Hierdoor wordt breder gekeken dan alleen naar de individuele symptomen van een ziekte, met meer aandacht voor de sociale omgeving en levensstijl als factoren in iemands gezondheid. Deze geïntegreerde en mensgerichte benadering heeft binnen en buiten de medische sector veel herkenning en weerklank gevonden. Inmiddels zijn er een vragenlijst en een Instituut Positieve Gezondheid, en zien we oriëntaties op implementatie binnen ziekenhuizen en ggz-instellingen.

Het belang van een stevige wetenschappelijke basis

De aandacht voor positieve gezondheid is begrijpelijk en de aanpak klinkt plausibel. Daarmee lijkt de kous af: het is toch goed om te kijken naar wat mensen nog wel kunnen en willen, ongeacht of er ziekte is of niet? Toch is hiermee de vraag nog niet beantwoord of dit concept daadwerkelijk bruikbaar en effectief is in de praktijk.

Dat klinkt misschien wat streng: waarom zou het niet werken, en wat is er tegen een geïntegreerde en positieve kijk op de mens en zijn gezondheid? Is kritiek op positieve gezondheid niet de afgunst van conservatieve figuren die tegen innovatie in de gezondheidszorg zijn? Ons antwoord is dat een kritische beschouwing van elke (oude en nieuwe) aanpak essentieel is: klopt de theorie en is er bewijs dat de aanpak werkt? Het risico is dan dat er een aanpak wordt gebruikt die niet bereikt wat men beoogt. Met andere woorden: voordat we een methode op een effectieve manier in de praktijk brengen, moeten zowel de theoretische als de praktische fundamenten ervan voldoende stevig zijn. Het belang daarvan is tweeledig: enerzijds zorgt een solide theoretische basis ervoor dat de methode goed doordacht en onderbouwd is, en een fundament biedt om op voort te bouwen. Anderzijds zorgt een sterke praktische basis ervoor dat de methode echt iets kan betekenen voor mensen in de dagelijkse praktijk.

De implementatie van een methode zonder een voldoende solide theoretische en praktische basis heeft verschillende risico's: een methode kan niet effectief zijn, waarmee tijd en middelen niet doelmatig worden ingezet, of er kunnen zelfs ongewenste of onvoorziene effecten optreden als een nieuwe aanpak te vroeg wordt gebruikt.

Een voorbeeld van een aanpak waarbij de implementatie averechts werkte, is het 'Scared Straight'-programma. Dit programma, ontstaan in de jaren zeventig van de vorige eeuw in de Verenigde Staten, was bedoeld om jongeren af te schrikken van een criminele carrière door ze te confronteren met de realiteit van een gevangenis. Hoewel het theoretisch logisch leek dat het ervaren van de harde werkelijkheid van een gevangenisstraf jongeren zou afschrikken, toonden latere studies aan dat deelnemers aan het programma juist meer kans hadden om later in hun leven met politie en justitie in aanraking te komen.³ Het laat zien dat het ontbreken van een solide theoretische basis (psychologische mechanismen bij jongeren en criminaliteit) en van een praktische basis (niet effectief in het verminderen van jeugdcriminaliteit) zorgden dat, ondanks goede intenties, er eerder een verslechtering dan een verbetering optrad van de status quo.

Juist daarom is het nodig om te reflecteren op de wetenschappelijke basis van positieve gezondheid. Niet als kritiek op het idee dat we uit moeten gaan van de capaciteiten en mogelijkheden van mensen, maar om dui-

delijk te maken hoe de bruikbaarheid en de praktische waarde ervan nu zijn, en wat er nodig zou zijn om deze te verbeteren. Het doel moet immers zijn dat de aanpak vanuit positieve gezondheid ook daadwerkelijk impact heeft op het leven van degenen om wie het draait: onze patiënten.

De wetenschappelijke basis van positieve gezondheid

De theoretische basis

Het concept van positieve gezondheid lijkt gedeeltelijk gebaseerd te zijn op de *sense of coherence* (SOC)-theorie van Aaron Antonovsky; Huber noemt dit expliciet. De SOC-theorie is een psychologisch concept, ontwikkeld door de Israëliëse socioloog Antonovsky in de jaren zeventig van de vorige eeuw.⁴ Deze theorie richt zich op het begrijpen waarom sommige mensen veerkrachtiger zijn dan anderen in het licht van stress, moeilijkheden en uitdagingen in het leven. De drie centrale componenten van SOC zijn: begrijpelijkheid (de mate waarin iemand de gebeurtenissen begrijpt en interpreteert), hanteerbaarheid (het gevoel dat iemand de middelen en vaardigheden heeft om met stress en uitdagingen om te gaan) en betekenisvolheid (het gevoel dat het leven en de uitdagingen die zich voordoen zinvol zijn). Het werk van Antonovsky is onder andere gebaseerd op overlevenden van concentratiekampen en vertoont sterke overeenkomsten met het werk van de Oostenrijkse psychiater Viktor Frankl.

Net als bij Antonovsky en Frankl is zingeving een belangrijke pijler van positieve gezondheid. Centraal staat daarbij iemands narratief, namelijk dat mensen voor hun eigen leven een verhaal hebben om het leven te begrijpen en er invulling aan te geven. De SOC-theorie is echter geen wetenschappelijke theorie, maar meer een richting van denken. Een wetenschappelijke theorie vereist namelijk dat constructen duidelijk zijn gedefinieerd en empirisch zijn getoetst, zodat de theorie niet alleen betrouwbaar is, maar ook getoetst en gebruikt kan worden.

Als het gaat om zingeving, moet het duidelijk zijn wat dat dan precies betekent. Dat is lastig, aangezien hier concurrerende opvattingen over zijn die (nog) niet experimenteel zijn getoetst. Daarmee heeft de SOC-theorie geen toetsbaar werkingsmechanisme, en is niet na te gaan of de theorie klopt en hoe je dit zou moeten meten. De door Antonovsky ontworpen vragenlijst is helaas weinig valide gebleken. De spaarzame onderzoeken die zijn gedaan naar SOC tonen bovendien aan dat de uitkomsten niet stabiel zijn over langere tijd. Hierdoor is onbekend of een interventie om SOC te verhogen onwerkzaam is, of dat de SOC is veranderd. Voor positieve gezondheid is geen apart theoretisch kader gedefinieerd, los van de verwijzing naar de SOC-theorie. Derhalve ontbreekt een solide wetenschappelijke theo-

retische basis voor positieve gezondheid als fundament voor een integraal gezondheidszorgbeleid.

De vragenlijst *Mijn Positieve Gezondheid*

De vragenlijst *Mijn Positieve Gezondheid* (<https://mijnpositievegezondheid.nl/jouwgezondheid/>) is een spinnenwebmodel met 44 vragen waarin de genoemde zes pijlers van positieve gezondheid zijn verwerkt: lichaamsfuncties, mentale functies en perceptie, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, sociale en maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. De vragenlijst is gevormd met input van professionals, chronisch zieken, beleidsmakers, verzekeraars, onderzoekers, gezondheidsvoorlichters en burgers.² Uit vele honderden indicatoren zijn via een consensusproces de zes hoofddimensies gedestilleerd.⁵ Met welke statistische methode of aanpak dat is gebeurd, is niet duidelijk. Opvallend is dat de meningen verschillen tussen betrokkenen over hoe belangrijk bepaalde pijlers wel of niet zijn.⁶ Voor patiënten zijn alle zes dimensies bijna even belangrijk, terwijl behandelaren daar anders over denken, en beleidsmakers en onderzoekers hebben weer andere perspectieven. Binnen de groep behandelaren blijken artsen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen ook verschillend te oordelen, waarbij verpleegkundigen bijna dezelfde mening hebben als patiënten. Het is onduidelijk wat burgers ervan vinden. Dit is relevant omdat het model ook wordt ingezet voor preventie, onder andere in de eerste lijn.⁵

Een uitdaging voor de vragenlijst is bovendien dat de vragen niet direct goed passen bij de pijlers of niet altijd even consistent daarin zijn. Een vraag als *'Ik heb werk of andere bezigheden die ik zinvol vind'* zou je verwachten onder de pijler 'zingeving', maar staat onder 'meedoen'. *'Ik voel mij vrolijk'*, *'Ik zit lekker in mijn vel'* of *'Ik ben gelukkig'* zijn vragen die verspreid zijn over verschillende categorieën. Daarmee is het spinnenwebmodel met de bijbehorende vragenlijst niet goed uitgekristalliseerd en geen gevalideerd meetinstrument. De vraag is dan ook wat er precies gemeten wordt en wat dat betekent.

Een studie met de *17-item Positieve Gezondheidsvragenlijst* liet gemengde resultaten zien qua concurrente validiteit met de *Brief Resilience Scale* (BRS), *Health-Related Subjective Well-Being* (HR-SWB); *EuroQol 5-Dimensions* (EQ-5D) en de *ICEpop CAPability measure for Adults* (ICECAP-A) als validatieschalen: het model van positieve gezondheid verklaarde meer dan 50% van de variantie in algemene zelfbeoordeelde gezondheid en zelfbeoordeeld geluk, maar minder dan 25% in autonomie, persoonlijke groei, stabiliteit, zelfzorg en veerkracht.⁷ Bovendien mist een duidelijke koppeling met relevante constructen in de ggz, zodat de relatie met al bestaande en gevalideerde vragenlijsten en constructen in de ggz ontbreekt. Daarmee is de plaatsbepaling van de vragenlijst en het concept positieve gezondheid niet direct duidelijk.

Kortom, zowel qua betrouwbaarheid van de meting (wat meet je precies en kan je het goed meten?) als de zinvolheid van de meting (wil je bepaalde dingen ook echt meten?) zijn het spinnenwebmodel en de onderliggende vragenlijst op dit moment onvoldoende gevalideerd. Wellicht is de vragenlijst te gebruiken om 'handvatten' te geven aan een gesprek, maar daar zijn al andere instrumenten voor, en het is een beperkte opbrengst van een relatief lange vragenlijst (44 vragen).⁸

Empirisch bewijs

Als een solide theoretische basis ontbreekt en de vragenlijst nog onvoldoende valide is, is er dan wel bewijs dat het gebruik van het concept positieve gezondheid en de bijbehorende instrumenten betere (gezondheids-) uitkomsten oplevert? In een pilotproject bij vier huisartsenpraktijken in de Noordelijke Maasvallei en het Land van Cuijk in 2016-2018 bleek na twee jaar het aantal verwijzingen met 25% te zijn afgenomen.⁹ Toch geeft dit implementatieproject geen inzicht in waarom dat zo is, aangezien er meerdere zaken zijn veranderd, waaronder meer tijd voor de patiënt, meer aandacht voor gezondheid en mogelijk een factor die men over het hoofd ziet. Een verdere literatuurzoektocht in de databases Medline en PsycInfo leverde geen extra studies op waarin men het concept positieve gezondheid empirisch onderzocht. Dat maakt dat er nog geen uitspraken te doen zijn over de vraag of, en in welke mate, dit concept effectief en doelmatig is.

Is er toekomst voor positieve gezondheid?

Positieve gezondheid is terecht aansprekend omdat we breder naar mensen en hun gezondheid kunnen en moeten kijken dan uitsluitend vanuit een strikt biomedisch of psychologisch perspectief. Dat kan een meer gemeenschappelijke taal tussen verschillende vakgebieden opleveren. Tegelijk is duidelijk dat er nog veel werk aan de winkel is. Er is geen solide theoretische basis, de vragenlijst is niet gevalideerd en het wetenschappelijke bewijs dat positieve gezondheid 'werkt', ontbreekt tot nu toe. Bovendien zijn er contrasterende opvattingen over de domeinen van positieve gezondheid tussen de verschillende beroepsgroepen die geraadpleegd zijn voor

de ontwikkeling van het spinnenweb. Dat maakt het nog te vroeg voor een brede implementatie in de huidige gezondheidszorg. Tegelijk hoeft dat niet het einde van positieve gezondheid te betekenen als er een open mind is om het concept door te ontwikkelen. Daarvoor doen wij hier een aantal voorstellen:

Betere verankering van de wetenschappelijke basis. Positieve gezondheid zou een veel solider fundament vormen als het in lijn wordt gebracht met een wetenschappelijke theorie, zoals de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci.¹⁰ Deze theorie heeft geen van de beperkingen die de SOC-theorie parten speelt. Zich richten op de bevrediging van psychologische basisbehoeften (autonomie, verbondenheid, bekwaamheid en mogelijk rechtvaardigheid) zou bijvoorbeeld een meer solide basis bieden als theorie over gezondheid en welzijn.¹⁰

Verbetering van de vragenlijst. De vragenlijst en het spinnenwebmodel moeten verder worden ontwikkeld en gevalideerd. In feite is er geen andere optie dan daarvoor terug te gaan naar de tekentafel. Dit hangt ook direct samen met het eerste punt: een vragenlijst moet logisch uit het theoretische model (framework) voortvloeien.

Toetsing en onderzoek. (Meer) empirisch onderzoek is hard nodig om de effectiviteit van positieve gezondheid beter te begrijpen en te onderbouwen.

Besluit

Een vernieuwende kijk op gezondheid is een goed startpunt, maar het is nog te vroeg om positieve gezondheid al te gebruiken en te implementeren in de dagelijkse praktijk. Wij denken dat positieve gezondheid zich kan ontwikkelen tot een robuuster en effectiever instrument in de gezondheidszorg. Dat zou uiteindelijk ten goede komen aan zowel patiënten als professionals. Dit vraagt wel een fundamentele revisie van waar positieve gezondheid nu staat: om echt impact te maken in de gezondheidszorg zijn er nog flinke stappen te nemen. Wij dragen daar graag aan bij.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Christiaan Vinkers, psychiater en hoogleraar Stress en Veerkracht in de Psychiatrie, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Chi Chiu, vitaliteitskundige, eigenaar Chivo.

Correspondentie

Prof. dr. Christiaan Vinkers (c.vinkers@amsterdamumc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-1-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(4):213-215