Positieve Gezondheid bij 65-plussers: ervaringen van patiënten en zorgverleners

Silke Van Baelen; Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Ann Van den Bruel

Co-promotoren: Geert Pint

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2023 – 2026]

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Dankwoord

Het afleveren van deze masterpaper markeert het einde van een intensieve en leerzame periode. Het was een uitdagende masterproef met een zelfgekozen onderwerp en methode, waarbij ik vaak op zoek moest gaan naar de meest geschikte werkwijze en nieuwe aanpakken heb uitgeprobeerd. Dit is het moment om iedereen te bedanken die, op welke manier dan ook, heeft bijgedragen aan dit traject.

Allereerst wil ik mijn promotor, prof. Van den Bruel, en co-promotor, dr. Pint, bedanken voor hun begeleiding, constructieve feedback en inspirerend advies gedurende het hele onderzoeksproces.

Daarnaast gaat mijn dank uit naar alle patiënten en zorgverleners die bereid waren hun tijd en ervaringen te delen. Zonder hun openhartigheid en vertrouwen zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest. Hun verhalen hebben niet alleen waardevolle inzichten opgeleverd, maar hebben mij ook persoonlijk geraakt en geïnspireerd.

Ook wil ik mijn vrienden, familie en mijn partner bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun, motiverende woorden, aanmoediging en geduld tijdens het schrijven en analyseren van deze thesis.

Tot slot dank ik iedereen die, direct of indirect, heeft bijgedragen aan de realisatie van dit werk. Uw betrokkenheid en hulp hebben deze masterpaper mogelijk gemaakt, en daarvoor ben ik oprecht dankbaar.

Inhoudsopgave

1. Abstract 5
2. Achtergrond en knelpunten 6
3. Inleiding 7
4. Methode 9
    4.1 Onderzoeksvraag en -doel 9
    4.2 Studieontwerp 9
    4.3 Datacollectie 9
    4.4 Rekrutering 10
5. Resultaten 11
    5.1 Demografische gegevens deelnemers 11
    5.2 Kwalitatieve resultaten 12
6. Discussie 19
    6.1 Geen aanleiding tot actie, wel nieuwe inzichten 19
    6.2 Ervaren barrières 21
    6.3 Introduceren van het andere gesprek 21
    6.4 Implementatie op maatschappelijk niveau 22
7. Besluit 23
8. Limitaties 23
    8.1 Rekruteringsbias 23
    8.2 Analyse door één onderzoeker 23
    8.3 Afname interviews door één onderzoeker 23
    8.4 Beperkt aantal interviews 24
    8.5 Sociale wenselijkheid 24
9. Referenties 25
10. Bijlagen 27
    10.1 Interview gids 27
    10.2 Goedkeuring ethische commissie 29

1. Abstract

Inleiding
Positieve Gezondheid biedt een bredere kijk op gezondheid en is een toepassing binnen 'doelgerichte zorg'. Deze benadering kan bijzonder relevant zijn binnen de ouderenzorg, waar autonomie en levenskwaliteit centraal staan. Deze studie onderzocht hoe 65-plussers en hun zorgverleners gesprekken over Positieve Gezondheid ervaren.

Methode
Deze studie betrof een kwalitatief onderzoek met semi-gestructureerde diepte-interviews bij 65-plussers en zorgverleners die beiden gesprekken rond Positieve Gezondheid voerden. De studie vond plaats in vijf huisartsenpraktijken die Positieve Gezondheid expliciet integreerden in hun dagelijkse werking. De onderzoekspopulatie bestond enerzijds uit drie zorgverleners (twee huisartsen en één kinesitherapeute) en anderzijds uit zes patiënten van 65 jaar of ouder. De analyse gebeurde manueel volgens de QUAGOL-methodiek (Qualitative Analysis Guide of Leuven).

Resultaten
Vier centrale thema's kwamen naar voren: ervaren meerwaarde, veranderingen en acties, uitdagingen en implementatie. Patiënten ervaarden meer ruimte om hun verhaal te doen, vonden het gesprek verhelderend en zagen mogelijke winst in levenskwaliteit. Zorgverleners benoemden een betere vertrouwensrelatie, meer werkplezier en meer inzicht in de context van de patiënt. Concrete veranderingen of acties bleven vaak uit door acceptatie en berusting of een fatalistische houding. Wel zorgden de gesprekken soms voor perspectiefverbreding en relativering van problemen. Belangrijke uitdagingen waren de subjectiviteit van het model, beperkte openheid van sommige patiënten, moeilijkheden bij het formuleren van acties, tijdsdruk en de balans tussen gesprek en lichamelijke zorg. Er bestond ook onzekerheid over hoe Positieve Gezondheid het best kan worden toegepast. Wat de implementatie betreft, werd Positieve Gezondheid vooral als zinvol beschouwd binnen preventie en de praktijkwerking, en mogelijk in de toekomst ook als een gemeenschappelijke taal binnen de gezondheidszorg, over de verschillende disciplines heen.

Besluit
De grootste meerwaarde van gesprekken rond Positieve Gezondheid bij 65-plussers ligt vooral in het creëren van ruimte voor dialoog, verbetering van de vertrouwensband zorgverlener-patiënt, werkplezier, reflectie en een bredere kijk op gezondheid, eerder dan in concrete gedragsverandering. Positieve Gezondheid lijkt daarmee een bruikbaar kader ter ondersteuning van doelgerichte zorg binnen de ouderenzorg. Verder onderzoek is nodig naar de ontwikkeling van een adequate implementatie van dit concept binnen gezondheidszorg, betrouwbaarheid van het model, de toepasbaarheid bij 65-plussers en de impact op gezondheid, welzijn en duurzame gedragsverandering.

2. Achtergrond en knelpunten

Mijn interesse in ouderenzorg ontstond tijdens mijn stage op de afdeling geriatrie. Tijdens deze stage kwam ik dagelijks in contact met geriatrische patiënten en werd ik geconfronteerd met de vele fysieke en mentale uitdagingen die gepaard gaan met het ouder worden. Uit een systematische review blijkt dat de prevalentie van functionele beperkingen bij de basisactiviteiten in het dagelijks leven bij 60-plussers wordt geschat op 26,07% (95% CI: 19.04–32.74). (1) Daarnaast rapporteert een andere studie bij 60-plussers de volgende prevalenties met betrekking tot mentaal welzijn: depressie 19,2% (95% CI: 13,0–27,5%), angst 16,5% (95% CI: 11,1–22,8%) en stress 13,9% (95% CI: 5,5–30,9%). (2) Tijdens deze stage viel het mij sterk op dat er in de zorg vaak een grote nadruk ligt op de lichamelijke aspecten van gezondheid, terwijl er minder expliciete aandacht is voor de bredere aspecten van gezondheid. Tegelijk merkte ik dat veel oudere patiënten gelijkaardige moeilijkheden ervaarden, zoals gevoelens van eenzaamheid, sociale isolatie of een zekere levensmoeheid. Deze observaties deden mij nadenken over de vraag of er manieren bestaan om met deze uitdagingen van het ouder worden om te gaan en hoe zorgverleners hier beter op kunnen inspelen.

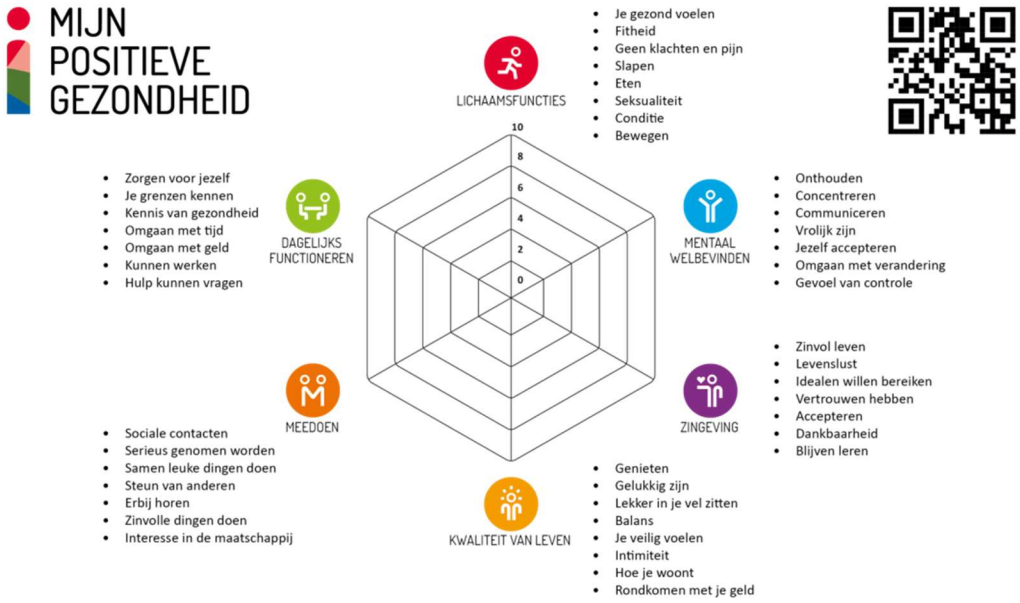
Tijdens mijn opleiding huisartsgeneeskunde maakte ik kennis met het concept van Positieve Gezondheid in een les van dr. Geert Pint. Deze benadering, die gezondheid op een holistische manier bekijkt en aandacht heeft voor de verschillende dimensies van gezondheid, sprak mij meteen aan. Vanuit deze interesse ben ik mij verder gaan verdiepen in het concept en volgde ik ook de basisopleiding Positieve Gezondheid. Het idee dat gezondheid niet enkel gaat over de afwezigheid van ziekte, maar ook over veerkracht, zingeving en het vermogen om met uitdagingen om te gaan, sluit sterk aan bij de observaties die ik tijdens mijn stage geriatrie heb gedaan. Deze masterproef bood mij de kans om dit concept verder te verkennen binnen de context van de zorg voor ouderen. Daarnaast heeft het proces van deze studie mij als toekomstig huisarts ook persoonlijk verrijkt. Het heeft mijn kijk op gezondheid en patiëntenzorg verbreed en mij inzichten aangereikt die ik ongetwijfeld in mijn verdere carrière zal meenemen.

3. Inleiding

Gezondheid werd door de Wereldgezondheidsorganisatie in 1948 gedefinieerd als ‘een toestand van compleet lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken’. (3) Al 60 jaar wordt deze definitie vanuit verschillende hoeken bekritiseerd. Er wordt bijvoorbeeld te veel nadruk gelegd op biomedische modellen en is er slechts een beperkte aandacht voor preventie, gezondheidsbevordering en welzijn. Er wordt beoogd de focus te verleggen naar hoe we iemand gezond maken en houden (salutogenese) in plaats van te focussen op wat iemand ziek maakt en hoe dit te genezen (pathogenese). (4)

Dit vraagt naar oplossingen en daarom werd het begrip ‘doelgerichte zorg’ geformuleerd. Daarbij wordt naast aandacht voor de oorzaak van de medische problemen, ook actief gefocust op een haalbaar doel op maat van de patiënt. (5) Een toepassing binnen de doelgerichte zorg is ‘Positieve Gezondheid’, ontwikkeld door Machteld Huber in 2011. Positieve Gezondheid kijkt met een andere bril naar gezondheid en ziekte, waarbij gezondheid wordt vertaald in zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Positieve Gezondheid is een visie op gezondheid, waarbij gezondheid wordt omschreven als ‘het vermogen om zich aan te passen en zichzelf te sturen’ en heeft dus als doel de zelfredzaamheid van de patiënten te vergroten. (6,7) De dimensies worden aan de hand van een vragenlijst geanalyseerd en worden nadien gevisualiseerd door middel van ‘het spinnenwebmodel’. (Zie figuur 1) Dit spinnenweb kan ook worden gebruikt als communicatie-instrument om de gezondheid van individuen vanuit een breder perspectief te benaderen en hun behoeften, waarden en voorkeuren te bespreken. Een gesprek op basis van het spinnenweb staat ook bekend als ‘het andere gesprek’. (8) Hiermee kan persoonsgerichte zorg worden gecreëerd waarbij er uitdrukkelijk aandacht is voor de context van de patiënt en wat er voor hem/haar belangrijk is. De focus van dergelijke consultatie ligt op het vinden van een haalbaar (zorg)doel op maat van de patiënt. (9) Verder kan Positieve Gezondheid ook worden gezien als een (sociale) beweging in de richting van meer multidisciplinaire samenwerking en preventie.

Zorg die vertrekt vanuit het sociale netwerk, bewonersinitiatieven en lokale preventieve projecten kan voor huisartsen een grotere rol spelen dan vandaag vaak wordt erkend. Voor vele hulpvragen die bij de huisarts worden gesteld, blijkt immers dat een louter medisch antwoord niet volstaat. Er bestaan diverse mogelijkheden voor patiënten om hun gezondheid zelf actief te ondersteunen en deel te nemen aan sociaal-maatschappelijke en leefstijlgerichte initiatieven in de leefomgeving. Positieve Gezondheid beoogt dat patiënten de regie in eigen handen nemen. (8)



Figuur 1: de zes dimensies van Positieve Gezondheid volgens het spinnenwebmodel (dr. Huber) (8)

In deze masterthesis wordt Positieve Gezondheid bij patiënten ouder dan 65 jaar onderzocht. Deze populatie wordt namelijk steeds groter. (10) Zoals iedere leeftijdsgroep, vraagt ook deze groep een gepersonaliseerde aanpak die eigen uitdagingen met zich meebrengt. In de ouderenzorg neigen we vaak naar een pathogenese-benadering waardoor Positieve Gezondheid net hier heel waardevol zou kunnen zijn. Het kan ouderen helpen hun regie in eigen handen te houden en hun leven betekenisvol te houden en ook zo te ervaren. (11) Verschillende studies tonen namelijk aan dat oudere mensen het erg belangrijk vinden om hun autonomie te behouden, ook als ze zorgbehoevend zijn. (12)

Dit alles roept de vraag op welke impact Positieve Gezondheid zou kunnen hebben binnen de ouderenzorg. Binnen deze context kan deze benadering mogelijk een waardevolle bijdrage leveren aan het omgaan met de brede uitdagingen die gepaard gaan met het ouder worden, zoals een afname van fysieke mobiliteit, sociale isolatie, toenemende zorgnoden en psychologische druk. De ervaringen met Positieve Gezondheid van patiënten en zorgverleners binnen deze patiëntengroep worden onderzocht. Deze studie heeft geen directe interventiedoeleinden en er wordt in deze fase geen actieplan opgelegd. De verzamelde gegevens dienen primair om inzicht te verkrijgen in de toepassing en beleving van Positieve Gezondheid in de praktijk.

4. Methode

4.1 Onderzoeksvraag en -doel

Deze studie had als doel de ervaringen van 65-plussers met gesprekken over Positieve Gezondheid met hun zorgverleners te beschrijven en te analyseren.

In deze studie werd nagegaan hoe ouderen gesprekken over Positieve Gezondheid ervaarden, in welke mate deze gesprekken bijdroegen aan hun zelfinzicht en gevoel van autonomie, en of dit daadwerkelijk veranderingen en acties teweegbracht. Daarnaast werd onderzocht hoe zij de invloed ervan op de relatie en communicatie met hun zorgverleners percipieerden en welke uitdagingen zij ervaarden bij deze benadering, in vergelijking met andere patiëntengroepen. Ten slotte werd nagegaan welke verbeteringen zij zagen voor de implementatie van Positieve Gezondheid binnen de zorg voor ouderen.

De centrale onderzoeksvraag luidde:

Hoe ervaren 65-plussers en hun zorgverleners gesprekken over Positieve Gezondheid, welke invloed heeft deze benadering op zelfinzicht, autonomie en kwaliteit van zorg, en welke uitdagingen en aanbevelingen komen naar voren bij de verdere implementatie van Positieve Gezondheid in de zorg voor 65-plussers?

4.2 Studieontwerp

Dit was een kwalitatieve studie met diepte-interviews bij 65-plussers en hun zorgverleners. Dit onderzoek vond zijn oorsprong in vijf huisartsenpraktijken die expliciet inzetten op het concept Positieve Gezondheid en dit ook integreerden in hun dagelijkse werking. De praktijken werden geselecteerd op basis van hun website, waaruit bleek dat zij Positieve Gezondheid reeds actief toepasten in de praktijk, of via suggesties binnen het netwerk. Op die manier werd beoogd praktijken te includeren die reeds concrete ervaringen hadden met Positieve Gezondheid en daardoor relevante inzichten konden bieden. In iedere praktijk werd bovendien een hoofdonderzoeker aangeduid. Deze persoon fungeerde binnen elke praktijk als aanspreekpunt en trekkende kracht rond Positieve Gezondheid.

Na dit eerste contact werd in overleg met de deelnemer afgesproken op welke locatie het interview zou plaatsvinden (bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk, voor of na een gepland consult, bij de deelnemer thuis of online). Ook de deelnemende zorgverleners kregen de vraag om deel te nemen aan een diepte-interview, met als doel dieper in te gaan op de ervaringen met Positieve Gezondheid van zowel patiënten als zorgverleners binnen deze specifieke onderzoekspopulatie.

4.3 Datacollectie

Patiënten en zorgverleners voerden gesprekken rond Positieve Gezondheid binnen de reguliere zorgverlening. De gesprekken werden dus niet specifiek georganiseerd in het kader van de studie.

Het betrof consultatiemomenten die kaderden binnen de gebruikelijke praktijkwerking. Alle betrokken zorgverleners hadden een opleiding of training gevolgd, waardoor zij beschikten over de nodige kennis en vaardigheden om deze gesprekken op een onderbouwde manier te voeren.

Wanneer het ging om patiënten ouder dan 65 jaar, werden zij aangespoord tot deelname aan een diepte-interview via hun huisarts of via een folder die zij meekregen. Patiënten werden echter niet actief gecontacteerd, het initiatief bleef dus bij de patiënt. De zorgverlener lichtte kort toe dat deelname aan het onderzoek volledig vrijwillig was en geen enkele invloed had op de verdere zorgverlening. Indien de patiënt interesse had in deelname, nam hij/zij zelf contact op met de onderzoeker.

4.4 Rekrutering

4.4.1 Inclusie en exclusie

De onderzoekspopulatie bestond uit enerzijds zorgverleners die binnen hun praktijk actief gesprekken rond Positieve Gezondheid voeren met patiënten. Anderzijds bestond de onderzoekspopulatie uit patiënten ouder dan 65 jaar uit de deelnemende huisartsenpraktijken die een gesprek rond Positieve Gezondheid voerden met hun zorgverlener. Het enige inclusiecriterium was dat het gesprek over Positieve Gezondheid maximaal 12 maanden voorafgaand aan het diepte-interview had plaatsgevonden. Patiënten die jonger waren dan 65 jaar, die zich moeilijk konden uitdrukken (door taalbarrière of een medische aandoening) of bij wie het gesprek over Positieve Gezondheid langer dan 12 maanden geleden was, werden geëxcludeerd.

4.4.2 Data-analyse

De diepte-interviews werden afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde interviewleidraad. De interviews werden opgenomen en daarna woordelijk getranscribeerd. De interviews werden afgenomen door de student-onderzoeker van deze masterproef. De interviewtranscripties werden niet volledig geanonimiseerd, maar gecodeerd (gepseudonimiseerd). Dit betekent dat identificerende persoonsgegevens uit de transcripties worden verwijderd en vervangen door een code. Na afloop van de studie werden alle data bewaard op de server van de KU Leuven.

Na het afnemen van de diepte-interviews werden deze geanalyseerd volgens de QUAGOL (Qualitative Analysis Guide of Leuven) richtlijnen (13), een systematische analysemethode voor kwalitatieve interviewdata die werd ontwikkeld aan de KU Leuven. Deze methode bestaat uit twee grote fasen: een voorbereidingsfase en de eigenlijke coderingsfase.

In een eerste fase werd een grondige voorbereiding van de codering uitgevoerd. De interviews werden herhaaldelijk herlezen om vertrouwd te raken met de inhoud en om een globaal inzicht te krijgen in de ervaringen van de deelnemers. Vervolgens werd van elk interview een beknopte samenvatting opgesteld waarin de belangrijkste elementen en kernboodschappen van het gesprek werden weergegeven. Op basis van deze samenvattingen werden conceptuele schema's opgesteld waarin de belangrijkste ideeën en thema's uit de interviews visueel werden weergegeven. Deze schema's werden nadien teruggekoppeld naar de oorspronkelijke transcripties en vergeleken met de interviewleidraad, zodat kon worden nagegaan in welke mate de verschillende thema's aan bod

kwamen. In deze fase werden de interviews ook onderling met elkaar vergeleken om gelijkenissen, verschillen en terugkerende patronen te identificeren.

In een tweede fase vond het eigenlijke coderingsproces plaats. Op basis van de eerder ontwikkelde schema's werd een conceptenlijst opgesteld die de belangrijkste thema's en subthema's uit de interviews bevatte. Deze conceptenlijst werd dan getoetst aan de belangrijkste citaten van de verschillende interviews. Tijdens het coderingsproces werd de conceptenlijst stapsgewijs aangepast en verfijnd wanneer nieuwe inzichten of bijkomende concepten naar voren kwamen.

Voor de analyse werd geen gebruik gemaakt van gespecialiseerde kwalitatieve analysesoftware. De codering en analyse werden manueel uitgevoerd.

Het betreft een kwalitatief onderzoek en is dus niet gericht op het kwantificeren van de gegevens. De meeste gegevens worden bewaard in hun tekstuele vorm. (11)

5. Resultaten

5.1 Demografische gegevens deelnemers

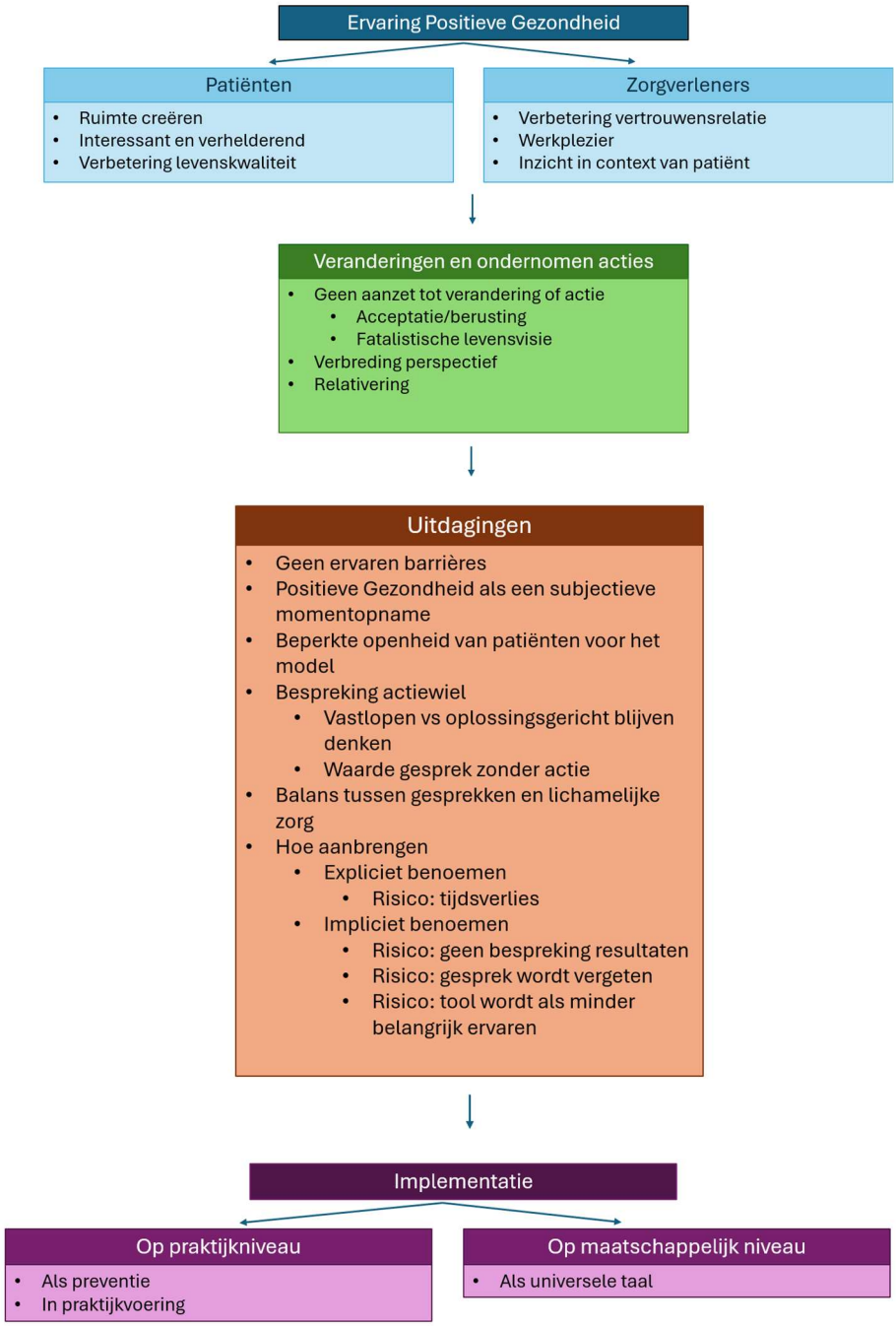
In totaal werd er bij twee artsen, één kinesitherapeute en zes patiënten een interview afgenomen. Alle zorgverleners waren vrouwen, bij de patiënten waren er vijf mannen en één vrouw. De gemiddelde leeftijd van de bevraagde zorgverleners was 41,7 jaar. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 81,7 jaar. In onderstaande tabel vindt men een overzicht van de deelnemers. Aan elke deelnemer werd een nummer toegekend dat gekoppeld is aan een audio-opname. De interviews duurden gemiddeld 29 minuten.

Patiënt/zorgverlener	Geslacht	Leeftijd
Patiënt A	Man	96j
Patiënt B	Man	89j
Patiënt C	Vrouw	79j
Patiënt D	Man	71j
Patiënt E	Man	73j
Patiënt F	Man	82j
Zorgverlener A	Vrouw	30j
Zorgverlener B	Vrouw	57j
Zorgverlener C	Vrouw	38j

Tabel 1: overzicht interviews

5.2 Kwalitatieve resultaten

De resultaten van deze studie werden samengevat in figuur 2 en tonen vier centrale thema's die naar voren kwamen uit de interviews met patiënten en zorgverleners: de ervaren meerwaarde van gesprekken rond Positieve Gezondheid, de mate waarin deze gesprekken aanleiding gaven tot veranderingen of acties, de ervaren uitdagingen bij het gebruik van deze benadering en suggesties voor verdere implementatie.



Figuur 2: resultaten

5.2.1 Ervaringen met Positieve Gezondheid

5.2.1.1 Ervaringen van patiënten

5.2.1.1.1 Ruimte creëren

Patiënten ervaarden Positieve Gezondheid in de eerste plaats als een manier om meer ruimte te krijgen om hun verhaal te doen tijdens een consultatie. Het model nodigde volgens hen uit om verder te kijken dan de klacht waarmee ze zich aanmeldden.

"Door het feit dat die vraagt 'hoe is het met u?' nodigt hij eigenlijk uit om iets anders te zeggen dan 'ik kom voor de griep' of 'ik voel me niet goed'." (Patiënt E)

5.2.1.1.2 Interessant en verhelderend

Daarnaast ervaarden patiënten het model als interessant en verhelderend, omdat het hen aanzet om op een andere manier over hun gezondheid na te denken.

"Ja kijk, zo had ik het nog niet bekeken of had ik er nog niet over nagedacht." (Patiënt C)

5.2.1.1.3 Verbetering levenskwaliteit

Tot slot ondervonden sommige patiënten ook een mogelijke bijdrage aan hun levenskwaliteit. Door de bredere blik op gezondheid kunnen zorgverleners volgens hen gerichter inspelen op factoren die het welzijn van de patiënt beïnvloeden.

"Ik denk dat het voor de huisarts belangrijk is, om anders te kijken naar de patiënten, en de levenskwaliteit van de patiënt mee te verbeteren. Ik denk dat als je vertrekt vanuit het web om vragen te gaan stellen naar een patiënt, dat de informatie die je dan kan gebruiken om de patiënt dingen bij te brengen die zijn levenskwaliteit kan verbeteren. " (Patiënt E)

5.2.1.2 Ervaringen van zorgverleners

5.2.1.2.1 Verbetering vertrouwensrelatie

Zorgverleners beschreven Positieve Gezondheid als een waardevol instrument binnen de zorgrelatie. Een belangrijk voordeel dat zij benoemden is de versterking van de vertrouwensband tussen patiënt en zorgverlener. Door gerichte vragen te stellen over verschillende levensdomeinen ontstaat sneller een dieper inzicht in wat voor de patiënt belangrijk is.

"Wanneer je met bepaalde vragen of een specifieke houding of mindset naar een patiënt kijkt en communiceert, kun je sneller een vertrouwensband opbouwen en gerichter op zoek gaan naar wat de patiënt juist wil en hoe je daaraan kan bijdragen." (Zorgverlener A)

Daarnaast vertelde deze zorgverlener dat deze manier van werken het opbouwen van vertrouwen versnelt. Waar een vertrouwensrelatie vroeger vaak geleidelijk groeide, kan het model dit proces volgens hen versnellen.

"Ja, die vertrouwensband tussen patiënt en zorgverlener wordt beter he. Allee, meer vertrouwen eigenlijk. En sneller. Als je de vragen niet zou stellen, die met Positieve Gezondheid te maken hebben, en een beetje over koetjes en kalfjes zou babbelen, dan zou dat na verloop van tijd ook wel komen maar Positieve Gezondheid versnelt het proces om een vertrouwensband te kweken." (Zorgverlener A*)*

"Je wint een groot stuk vertrouwen. Je laat zien dat je echt geïnteresseerd bent in wat er speelt. Ik denk dat iedereen daar gevoelig voor is om als mens gezien en gehoord te worden. Het is een heel krachtig instrument om uw arts-patiënt relatie te verstevigen en te vertrouwen." (Zorgverlener B)

5.2.1.2.2 Inzicht in context van de patiënt

Zorgverleners ervaarden dat het model hen hielp om inzicht in de context van de patiënt te verkrijgen. Binnen een korte tijdspanne kan een beter inzicht worden verkregen in het dagelijks leven en de prioriteiten van de patiënt.

"Binnen vijf à tien minuten krijg je een veel bredere blik op wat er speelt en wat belangrijk is voor die persoon." (Zorgverlener B)

Ook patiënten herkenden deze meerwaarde. Waar huisartsen vroeger via huisbezoeken, permanente bereikbaarheid en een sterke verankering in de lokale gemeenschap vaak vanzelf een goed beeld hadden van de leefwereld van hun patiënten, kan het model van Positieve Gezondheid vandaag helpen om deze context sneller in kaart te brengen.

"Ik denk de huisarts vroeger, dat die eigenlijk het model ook invulde door de manier waarop die met patiënten omging. Bijvoorbeeld de huisarts van mijn moeder kwam altijd op huisbezoek, zij ging nooit naar de praktijk. En de huisarts beschikte eigenlijk zo over alle gegevens die in het model zitten." (Patiënt E)

Dezelfde patiënt verwoordde dit ook als volgt: *"Bij wijze van spreken, als jij hier zou komen werken, ga je via Positieve Gezondheid mij leren kennen. Maar als je 30j geleden werkte in ons dorp, zou je op huisbezoek gaan en zou je je patiënt kennen omdat je onderdeel bent van die kleine gemeenschap. Ik denk dus dat het model iets vervangt dat er vroeger was. Ik denk dus dat je het nodig hebt om je patiënten op een andere manier te leren kennen. "(*Patiënt E)

5.2.1.2.3 Werkplezier

Ten slotte werd het luisteren naar het verhaal van patiënten en het aansluiten bij wat voor hen belangrijk is, als verrijkend ervaren.

"Ik merk dat patiënten het heel fijn vinden dat er iemand echt luistert en ik vind het zelf ook fijn om dat te kunnen bieden." (Zorgverlener A)

5.2.2 Veranderingen en ondernomen acties

5.2.2.1 Geen aanzet tot verandering of acties

Niet alle deelnemers ervaarden dat het gebruik van Positieve Gezondheid automatisch leidde tot concrete veranderingen of acties. Verschillende patiënten gaven aan dat het gesprek geen tastbare veranderingen teweeg heeft gebracht, met twee duidelijke onderliggende redenen.

Ten eerste benoemden patiënten en zorgverleners vaak een gevoel van acceptatie of berusting. Ze accepteerden de situatie zoals ze was en hadden weinig neiging om actie te ondernemen.

"Als ik het achteraf nalees, dan ga ik me er niet anders door voelen. Dit is het, zo ben ik." (Patiënt B)

Een zorgverlener merkte op dat patiënten minder vaak expliciete doelen formuleerden en vaker vrede namen met de huidige situatie.

"Mensen die jonger zijn, die kunnen zo echt nog doelen hebben van 'ja, ik wil dat aanpakken of dat aanpakken'. Mensen die ouder zijn berusten soms meer in de situatie zoals het is en hebben niet altijd de noodzaak om dingen te gaan veranderen." (Zorgverlener C)

Een tweede reden die een patiënt aangaf voor de moeite om concrete acties te formuleren, is een fatalistische levensvisie. Patiënten met deze overtuiging ervaarden weinig controle over toekomstige gebeurtenissen en geloofden dat hun persoonlijke inspanningen weinig tot geen invloed hebben op wat er gebeurt.

"Je hebt het niet in handen. Wat moet gebeuren, moet gebeuren." (Patiënt A)

Deze overtuiging maakte dat het bespreken van mogelijke acties of veranderingen vaak als weinig zinvol werd ervaren. Omdat zij ervan uitgingen dat ze hun situatie niet kunnen beïnvloeden, zagen zij het niet als nuttig om concrete stappen te ondernemen of doelen te formuleren, wat het effect van gesprekken rond Positieve Gezondheid beperkte.

5.2.2.2 Verbreding van het perspectief

Andere patiënten gaven aan dat ze het gesprek rond Positieve Gezondheid wel een verbreding van perspectief had teweeggebracht of dat het model hen hielp om op een andere manier naar hun gezondheid en hun leven te kijken.

"Daardoor kijk je bij zo'n onderzoek op een andere manier naar wie je bent dan alleen maar naar het ziek zijn." (Patiënt E)

Hoewel het gesprek kan leiden tot een verbreding van het perspectief, rapporteerden patiënten niet dat dit resulteert in concrete veranderingen of acties.

5.2.2.3 Relativering

Daarnaast kon het gesprek ook leiden tot relativering van problemen in plaats van aanzetten tot verandering. Door stil te staan bij hun situatie in het bredere perspectief van het dagelijks leven, ervaarden patiënten dat hun problemen minder dringend of beheersbaarder waren dan ze aanvankelijk dachten.

"Je mag niet te fel in je cocon denken… nu denk ik al eerder: 'komaan, er zijn veel mensen die het veel erger en moeilijker hebben.'" (Patiënt C)

Een andere patiënt benadrukte dat geluk en welzijn niet alleen afhangen van fysieke gezondheid.

"De mate waarin je gefocust bent op fysiek, zal bepalen of je gelukkig of ongelukkig bent." (Patiënt E)

5.2.3 Uitdagingen

5.2.3.1 Geen ervaren barrières

Sommige patiënten ervaarden geen barrières bij het invullen en bespreken van de tool. Wanneer patiënten de situatie eerder aanvaarden of wanneer het gesprek vooral een bevestiging vormt van wat zij al wisten, ervaarden zij logischerwijs weinig moeilijkheden bij het gebruik van de tool.

"Ik heb het overlopen en eigenlijk gaat alles goed. Er is niks dat dwarsligt of dat in mijn hoofd zit." (Patiënt B)

5.2.3.2 Positieve Gezondheid als een subjectieve momentopname

Een eerste aandachtspunt dat door deelnemers werd benoemd, was dat het spinnenweb werd ervaren als een subjectieve momentopname. Volgens sommige patiënten kunnen de scores variëren afhankelijk van het moment waarop de vragen werden ingevuld en hoe men zich op dat moment voelde.

"Het is subjectief. Ik kan goed zeggen dat het vandaag allemaal goed is, maar morgen voel ik me misschien minder goed en geef ik een ander cijfer." (Patiënt C)

5.2.3.3 Beperkte openheid van patiënten voor het model

Daarnaast benadrukten meerdere deelnemers dat patiënten open moeten staan voor deze benadering. Zonder intrinsieke motivatie of bereidheid tot reflectie kan het model volgens hen minder effectief zijn.

"Als je dat allemaal niet wilt, dan moet je dat niet doen, dan helpt dat niet." (Patiënt C).

Een andere patiënt benadrukte eveneens het belang van openheid tegenover het model.

"Maar ik denk dat de patiënt daar wel voor moet open staan. Zolang ge als patiënt naar uzelf kijkt als patiënt, gaat ge niet openstaan voor het model. Dan is het de taak van de huisarts om dit aan te brengen en het eens anders te bekijken." (Patiënt E)

5.2.3.4 Bespreking van het actiewiel

Bij het bespreken van het actiewiel konden zorgverleners soms vastlopen wanneer patiënten moeite hadden om concrete acties te formuleren.

"Dan kan je daarin zowat vastlopen. Je kan dan nog eens opnieuw het spinnenweb bespreken, maar daar komt dan eigenlijk beetje hetzelfde uit en dan heb je het gevoel dat je daarin in vastloopt." (Zorgverlener C)

Volgens sommige zorgverleners kon dit ook gedeeltelijk leeftijdsgebonden zijn. Bij oudere patiënten werden mogelijke acties soms beperkt door fysieke beperkingen of een beperkter sociaal netwerk.

"Dus op de vraag van 'wat wil je?' antwoorden ze vaak dingen die niet meer mogelijk zijn." (Zorgverlener A)

Andere zorgverleners probeerden in dergelijke situaties toch actief naar mogelijke veranderingen te zoeken, hoe klein ook.

"Dan ga ik ze doorprikken, wat is toch iets dat je een beter gevoel zou kunnen geven of een kleine verandering. Dat accepteer ik dan niet." (Zorgverlener B)

Tegelijk stelden sommige zorgverleners zich de vraag of het formuleren van een concrete actie altijd noodzakelijk was. Voor bepaalde patiënten kon het gesprek op zich al waardevol zijn, omdat het hen de ruimte gaf om hun verhaal te doen.

"Ik heb het gevraagd en ze hebben kunnen vertellen, en dat op zich doet wel deugd." (Zorgverlener A)

5.2.3.5 Balans tussen gesprekken en lichamelijke zorg

Een bijkomende uitdaging betrof het vinden van een evenwicht tussen gesprekken over bredere gezondheidsdomeinen en de behandeling van fysieke klachten. Zowel patiënten als zorgverleners gaven aan dat consultaties vaak tijdsbeperkt zijn, waardoor de aandacht regelmatig bij het lichamelijke aspect blijft.

"Zijn ze voldoende opgeleid om dat in het kleine stukje tijd dat ze hebben te bespreken? Ik denk dat ze daarin vooral het fysieke moeten doen." (Patiënt C)

Ook zorgverleners ervaarden dit als een moeilijke afweging.

"Dus mijn uitdaging is dan vaak 'moet ik dan daar wat meer op inzetten en dat puur kinesitherapeutische wat loslaten? Zo van: in plaats van wat kine oefeningen te doen, zullen we volgende keer misschien gewoon dat gesprek opnieuw voeren." (Zorgverlener A)

Verder zag één van de bevraagde huisartsen de aanwezigheid van uitgesproken fysieke klachten als een mogelijke verklaring waarom Positieve Gezondheid minder vaak wordt besproken bij oudere patiënten. Volgens haar wordt bij deze groep tijdens de raadpleging vaker de nadruk gelegd op lichamelijke problemen, waardoor de focus sneller verschuift naar een meer pathologiegerichte benadering.

"Waardoor je sneller naar Positieve Gezondheid gaat grijpen bij jongere patiënten dan bij de oudere populatie omdat zij daarnaast inderdaad ook gewoon meer lichamelijke klachten hebben waardoor gemakkelijker de focus op de pathologie zal liggen tijdens de raadpleging en je meer oplossingsgericht zal handelen." (Zorgverlener B)

5.2.3.6 Wijze van introductie van Positieve Gezondheid

Daarnaast gaven zorgverleners aan dat ze nog zoekende zijn naar de meest geschikte manier om Positieve Gezondheid binnen het consult te introduceren. Sommigen kozen ervoor om het expliciet te benoemen, terwijl anderen het eerder impliciet integreerden door gerichte vragen te stellen.

"Ik denk inderdaad dat het als zorgverlener belangrijker is om de tool in uw achterhoofd te houden, dan dat het nodig is om de tool expliciet te benoemen." (Patiënt E)

Het impliciet gebruiken van de tool bracht echter enkele risico's met zich mee. Zo kon de tool als minder belangrijk worden ervaren.

"*Het is niet voorgesteld als iets aparts en belangrijks… zo mag je het niet ervaren."* (Patiënt D)

In sommige gevallen kon het zelfs volledig worden vergeten.

"Dat zegt mij iets ja. Maar niet zo direct." (Patiënt F)

Bovendien werd opgemerkt dat wanneer het spinnenweb niet expliciet werd besproken, de feedback minder snel werd opgevolgd.

"De feedback van het spinnenweb moet verder besproken worden… als er uitschieters zijn, kan het zijn dat de patiënt daar mee zal zitten als dat niet verder wordt besproken." (Patiënt D)

Het risico dat het expliciet benoemen van het spinnenweb tot tijdsverlies leidt, werd door deelnemers daarentegen ontkend.

"Ja, en ik denk dat op zich niets te maken heeft met efficiëntie of tijd. Ik denk dat je ook met die Positieve Gezondheid, dat dat daarom niet meer tijd kost." (Patiënt E)

5.2.4 Implementatie

5.2.4.1 Op praktijkniveau

De implementatie van Positieve Gezondheid vindt op verschillende niveaus plaats. Op individueel niveau gebruikten zorgverleners het model voornamelijk in één-op-één gesprekken met patiënten. Zij ervaarden het als een krachtig instrument om snel een breder inzicht te verkrijgen in de leefwereld van de patiënt.

"Ik werk er heel gemakkelijk en met veel plezier mee in 1-op-1 situaties. Gewoon met patiënten, dan vind ik het elke keer een heel krachtig instrument." (Zorgverlener B)

Daarnaast zagen sommige zorgverleners en patiënten mogelijkheden om het model systematischer te gebruiken in het kader van preventieconsultaties. Volgens hen kon het patiënten stimuleren om stil te staan bij hun gezondheid en mogelijke verbeterpunten.

"Terwijl ik wel die meerwaarde zou inzien om het systematisch mee te kunnen integreren. Als je er bijvoorbeeld een soort van preventieconsult van maakt om het dan toch specifiek bij die populatie te integreren omdat ik het absoluut wel een meerwaarde in zie, net omdat die mensen misschien iets meer vastzitten in een bepaald patroon." (Zorgverlener C)

Op het bredere praktijkniveau bleek de implementatie echter complexer. Hoewel sommige teams positief stonden tegenover het concept, ervaarden zorgverleners dat het moeilijk kan zijn om het model breed gedragen te houden binnen een team.

"Iedereen staat er wel achter, maar het is toch zoeken naar de goede invalshoek om het aan te brengen, hoe het levend te houden en te zorgen dat het meer gedragen wordt." (Zorgverlener B)

5.2.4.2 Op maatschappelijk niveau

Ook op maatschappelijk niveau werd het potentieel van Positieve Gezondheid benoemd. Hierbij werd het gebrek aan wetgeving en financiering rond een brede gezondheidsbenadering als een belangrijke uitdaging gezien.

"Dat is hetgeen waar je dus tegenaan botst als je wel beseft dat je er meer aandacht voor nodig hebt maar er is geen wetgeving voor en er wordt geen geld voor vrijgemaakt dus het gebeurt veel te weinig. Daarnaast heb je ook de zorgkundigen, de meest kort geschoolden in de zorg, ze hebben in hun opleiding enkel puur aandacht voor het praktische. Het komt te weinig aan bod in de opleiding." (Zorgverlener A)

Sommige deelnemers zagen het model tevens als een mogelijke gemeenschappelijke taal tussen verschillende zorgverleners en sectoren. Het spinnenweb zou bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden als communicatiemiddel tussen disciplines.

"Van mij zou het een heel universele taal mogen zijn, zoals Positieve Gezondheid het zelf ziet. " (Zorgverlener B)

6. Discussie

Deze studie had als doel te onderzoeken hoe 65-plussers gesprekken over Positieve Gezondheid met hun zorgverleners ervaren en welke betekenis zij aan deze gesprekken toekennen in termen van zelfinzicht, gedragsverandering, de relatie met zorgverleners en aanbevelingen voor de verdere implementatie binnen de ouderenzorg.

6.1 Geen aanleiding tot actie, wel nieuwe inzichten

De resultaten tonen aan dat gesprekken rond Positieve Gezondheid door zowel patiënten als zorgverleners overwegend als waardevol werden ervaren. Volgens de deelnemende patiënten creëerden deze gesprekken meer ruimte om hun verhaal te vertellen en stimuleerden ze een bredere benadering van gezondheid, waarbij niet alleen de medische klacht maar ook de persoonlijke context van de patiënt aan bod kwam. Zorgverleners gaven aan dat deze manier van werken hen helpt om sneller een breder inzicht te krijgen in het leven en de prioriteiten van de patiënt en om de vertrouwensrelatie te versterken. Daarnaast ervaarden zorgverleners het luisteren naar het verhaal van de patiënt en het aansluiten bij wat voor hem of haar belangrijk is als persoonlijk verrijkend en motiverend. Tegelijkertijd bleek uit de resultaten dat gesprekken rond Positieve Gezondheid vaak niet leidden tot concrete gedragsveranderingen of acties bij patiënten. Bij 65-plussers leek vaker sprake van acceptatie of berusting in de huidige situatie, waardoor zij minder geneigd waren om nog acties te initiëren.

Een eerste mogelijke verklaring kan liggen in een rekruteringsbias binnen de onderzoekspopulatie. De deelnemende patiënten waren voornamelijk enthousiaste, en over het algemeen tevreden patiënten die bereid waren deel te nemen aan het onderzoek. Dit suggereert dat zij mogelijk al eerder hadden

nagedacht over hun gezondheid en welzijn alvorens het gesprek rond Positieve Gezondheid plaatsvond. Uit grotere studies blijkt bovendien dat veel ouderen reeds reflecteren over betekenisvolle aspecten van hun leven. In een studie naar zingeving bij 75-plussers werd bijvoorbeeld vastgesteld dat een groot deel van de deelnemers al vóór deelname aan het onderzoek had nagedacht (42,4%) of gesproken (23,2%) over de betekenis van hun leven. (14) Het is daarom aannemelijk dat zowel de leeftijd van de deelnemers als een mogelijke rekruteringsbias ertoe hebben bijgedragen dat de deelnemers al vertrouwd waren met reflectie over gezondheid en zingeving. Onderzoek toont aan dat personen die een sterke aanwezigheid van betekenis in hun leven ervaren doorgaans minder noodzaak voelen om actief naar bijkomende betekenis te zoeken. (15) Dit zou kunnen verklaren waarom gesprekken rond Positieve Gezondheid in deze studie minder vaak leidden tot concrete acties of gedragsveranderingen. Daarnaast toont hetzelfde onderzoek aan dat de ervaren aanwezigheid van betekenis toeneemt met de leeftijd, terwijl het actief zoeken naar betekenis afneemt. Dit suggereert dat oudere volwassenen vaker een zekere mate van acceptatie of berusting ontwikkelen ten aanzien van hun levenssituatie. (15) Er dient echter een belangrijke kanttekening te worden gemaakt bij deze interpretatie. De voorgaande studies hebben voornamelijk betrekking op één specifieke dimensie van Positieve Gezondheid, namelijk zingeving. Positieve Gezondheid omvat echter meerdere dimensies, zoals lichamelijk functioneren, mentaal welbevinden, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren en zingeving. Het is daarom mogelijk dat de impact van gesprekken rond Positieve Gezondheid verschilt naargelang de dimensie waarop gefocust wordt.

De combinatie van een oudere onderzoekspopulatie, die vaak reeds meer aan zelfreflectie heeft gedaan, en een mogelijke rekruteringsbias ertoe kan hebben geleid dat veel deelnemers al een relatief sterke aanwezigheid van betekenis in hun leven ervaarden. Hierdoor was de noodzaak om nieuwe inzichten te verwerven of actief veranderingen te initiëren mogelijk beperkter. De meerwaarde van het model lijkt zich dus eerder te situeren op het niveau van bewustwording en betekenisgeving, eerder dan in het initiëren van concrete gedragsveranderingen of acties.

Deze interpretatie sluit aan bij de bredere discussie in de literatuur over Positieve Gezondheid, waarin wordt benadrukt dat de meerwaarde van het model vooral kan liggen in het faciliteren van reflectie en dialoog over verschillende dimensies van gezondheid, terwijl de wetenschappelijke onderbouwing van het model en het bijhorende meetinstrument nog beperkt blijft. (16) De zes dimensies van het model en de bijhorende vragenlijst van het spinnenweb werden ontwikkeld op basis van input van verschillende stakeholders, waaronder professionals, chronisch zieken, beleidsmakers, verzekeraars, onderzoekers, gezondheidsvoorlichters en burgers. (16) Hoewel deze brede participatieve aanpak waardevol is, blijft het onduidelijk welke statistische methoden of validatieprocedures precies werden gebruikt bij de ontwikkeling van het model. Hierdoor blijft het in de praktijk soms onduidelijk welke aspecten precies gemeten of beïnvloed worden wanneer met het model van Positieve Gezondheid wordt gewerkt. Het spinnenweb wordt daarom door sommige auteurs niet beschouwd als een volledig gevalideerd meetinstrument. Bijkomend ontbreekt het ook aan bewijs dat dit model echt werkt. Er gebeurde enkel een zeer kleinschalig onderzoek zonder controlegroep. (17) Er is daarom nood aan verder wetenschappelijk onderzoek naar het model van Positieve Gezondheid. Toekomstig onderzoek zou zich onder meer kunnen richten op de betrouwbaarheid van de vragenlijst en het spinnenweb, de impact van gesprekken rond Positieve Gezondheid op verschillende patiëntengroepen en de mate waarin dergelijke gesprekken daadwerkelijk leiden tot duurzame gedragsveranderingen of verbeteringen in gezondheid en welzijn.

6.2 Ervaren barrières

Uit de interviews bleek dat verschillende patiënten geen noemenswaardige barrières ervaarden bij het invullen en bespreken van de tool rond Positieve Gezondheid. Dit sluit aan bij eerdere bevindingen dat oudere patiënten vaak al hebben gereflecteerd over hun gezondheid en levenssituatie. Voor deze groep lijkt het gesprek eerder een bevestiging of structurering van bestaande inzichten te bieden dan een volledig nieuwe reflectie.

Tegelijkertijd werden er toch verschillende barrières gerapporteerd door andere patiënten en zorgverleners. Ten eerste werd het spinnenweb door verschillende deelnemers ervaren als een subjectieve momentopname. De scores kunnen variëren afhankelijk van het moment waarop de vragen werden ingevuld en de gemoedstoestand van de patiënt. Hoewel dit op het eerste gezicht misschien een beperking lijkt, suggereert het voorgaande dat de exacte score minder relevant is dan het gesprek dat hieruit voortvloeit. (8) Daarnaast bleek dat de effectiviteit van het model sterk afhankelijk is van de mate waarin patiënten openstaan voor deze benadering. Intrinsieke motivatie en bereidheid tot zelfreflectie leken belangrijke voorwaarden voor een zinvolle toepassing. In dergelijke situaties lijkt de rol van de zorgverlener cruciaal, onder andere door patiënten te ondersteunen in het verkennen van een meer holistische visie op gezondheid. Een bijkomende uitdaging situeerde zich bij het gebruik van het actiewiel. Zorgverleners gaven aan dat het soms moeilijk is om samen met patiënten concrete acties te formuleren. Dit kan onder meer samenhangen met fysieke beperkingen of een beperkter sociaal netwerk, wat vooral bij oudere patiënten een rol kan spelen. Maar zoals eerder besproken, is de vraag natuurlijk of het steeds noodzakelijk is om een actie te bekomen. Een laatste barrière die zorgverleners beschreven is een spanningsveld tussen het voeren van het ‘andere gesprek’ en de behandeling van lichamelijke klachten. Zowel patiënten als zorgverleners gaven aan dat in de dagelijkse praktijk vaak prioriteit werd gegeven aan fysieke klachten. Dit kan ertoe leiden dat het concept van Positieve Gezondheid minder frequent wordt toegepast, met name bij oudere patiënten die vaker met lichamelijke problemen naar de consultatie komen. Het is daarom belangrijk om Positieve Gezondheid op een doordachte en haalbare manier te integreren in de dagelijkse praktijkvoering waarbij bijkomend toekomstig onderzoek nodig is naar de optimale implementatie ervan.

6.3 Introduceren van het andere gesprek

Tijdens de interviews gaven zorgverleners aan dat zij vaak nog zoekende zijn naar de meest geschikte manier om de introductie van het andere gesprek, vorm te geven. Patiënten gaven aan dat het voor hen niet altijd noodzakelijk is dat dit expliciet wordt benoemd. Om echter over te kunnen gaan tot het interview of het gebruik van het spinnenweb, dient de tool wel op enige manier te worden geïntroduceerd, bijvoorbeeld door de patiënt uit te nodigen om het onderwerp breder te bekijken. Indien de tool niet wordt besproken, kan het model in de praktijk niet daadwerkelijk worden toegepast; in dergelijke gevallen wordt eerder gewerkt met een algemene vorm van doelgerichte zorg. Dit kan evenwel waardevol zijn, zoals eerder besproken, met name bij 65-plussers, waarbij het gesprek zelf vaak de grootste meerwaarde biedt.

In het handboek *Positieve Gezondheid in de huisartsenpraktijk* wordt geen specifiek format gehanteerd, aangezien de bedoeling is dat iedere zorgverlener een eigen stijl en werkwijze ontwikkelt. Wel worden enkele voorbeelden gegeven van hoe de brug van de hulpvraag van de patiënt naar het concept van Positieve Gezondheid kan worden gelegd. (8)

6.4 Implementatie op maatschappelijk niveau

Bij de bespreking van implementatie van Positieve Gezondheid op maatschappelijk niveau werd gebrek aan wetgeving, financiering en opleiding aangehaald in één van de interviews. Doelgerichte zorg wordt echter wel breed erkend als essentiële benadering in welzijnsorganisaties. Het spanningsveld is echter niet zozeer het concept zelf, maar de integratie van patiëntdoelen met verschillende zorgpartners rond een persoon. (18)

Uit de literatuur blijkt dat doelgerichte zorg de potentie heeft om de patiëntervaring te verbeteren door te luisteren naar de behoeften en voorkeuren van de patiënt. Daarnaast kan deze aanpak het welzijn van zorgverleners vergroten door bij te dragen aan een groter gevoel van voldoening en zingeving in het werk. Tot slot kan doelgerichte zorg de kwaliteit van de zorgverlening verbeteren door de zorg af te stemmen op wat echt belangrijk is voor patiënten. (18) Uitdaging blijft om doelgerichte zorg te vertalen naar een werkbare workflow en om het proces adequaat te evalueren.

7. Besluit

Deze masterthesis toont aan dat gesprekken rond Positieve Gezondheid bij 65-plussers en hun zorgverleners overwegend als betekenisvol werden ervaren. De benadering lijkt vooral bij te dragen aan een breder gesprek over gezondheid, waarin ook de persoonlijke context van de patiënt expliciet aan bod komt. Opvallend is dat deze gesprekken slechts beperkt leiden tot concrete gedragsveranderingen of acties. Dit suggereert dat de meerwaarde van Positieve Gezondheid bij 65-plussers minder ligt in activering en meer in stimuleren van reflectie, het faciliteren van dialoog en perspectiefverbreding. De bevindingen onderstrepen het belang van een realistische en doordachte implementatie van Positieve Gezondheid binnen de ouderenzorg. Verder onderzoek is nodig naar de ontwikkeling van een adequate implementatie van dit concept binnen gezondheidszorg, betrouwbaarheid van het model, de toepasbaarheid bij 65-plussers en de impact op gezondheid, welzijn en duurzame gedragsverandering.

8. Limitaties

8.1 Rekruteringsbias

Er bestaat een risico op rekruteringsbias, aangezien deelname aan het onderzoek vrijwillig is. Hierdoor is het mogelijk dat voornamelijk mondige patiënten, geëngageerde zorgverleners en patiënten met relatief weinig ervaren gezondheidsproblemen deelnamen aan het onderzoek. Dit kan bijvoorbeeld patiënten betreffen met hogere scores op het spinnenweb van Positieve Gezondheid. Hierdoor kan de steekproef mogelijk minder representatief zijn voor de bredere populatie.

8.2 Analyse door één onderzoeker

Een bijkomende beperking van deze studie is dat de analyse van de interviews door slechts één onderzoeker werd uitgevoerd, zij het met feedback van de promotor en co-promotor. Bij dit soort kwalitatief onderzoek kunnen de perspectieven en interpretaties van de onderzoeker de data-analyse in zekere mate beïnvloeden. Het ontbreken van meerdere (onafhankelijke) onderzoekers verhoogt hierdoor het risico op interpretatiebias.

8.3 Afname interviews door één onderzoeker

De aanwezigheid en houding van de interviewer kunnen het verloop van het gesprek en de antwoorden van de deelnemers beïnvloeden. In kwalitatief onderzoek speelt de interactie tussen interviewer en respondent immers een cruciale rol. Hoewel de interviews zo neutraal en open mogelijk werden uitgevoerd, kan niet volledig worden uitgesloten dat de formulering van vragen of de reacties van de interviewer het gesprek in een bepaalde richting hebben gestuurd. Wanneer meerdere interviewers bij de afname betrokken zouden zijn geweest, had dit het risico op dergelijke beïnvloeding mogelijk kunnen beperken.

8.4 Beperkt aantal interviews

Het aantal geïncludeerde interviews bleef beperkt tot negen. Hoewel werd gestreefd naar een brede variatie in perspectieven, kan niet worden uitgesloten dat bijkomende interviews nog nieuwe inzichten of nuances hadden opgeleverd. Mogelijk werd binnen deze studie geen volledige thematische saturatie bereikt, waardoor bepaalde ervaringen onderbelicht kunnen zijn gebleven.

8.5 Sociale wenselijkheid

Tijdens interviews bestaat steeds het risico dat deelnemers sociaal wenselijke antwoorden geven. Patiënten en zorgverleners kunnen geneigd zijn hun ervaringen of attitudes op een positievere manier te formuleren, bijvoorbeeld om de interviewer niet te ontgoochelen of om zichzelf in een gunstig daglicht te plaatsen. Dit kan mogelijk invloed hebben gehad op de inhoud van de antwoorden. Door open vragen te stellen en een niet-oordelende houding aan te nemen tijdens het interview, werd geprobeerd dit effect zoveel mogelijk te beperken.

9. Referenties

1. Tsegaye Amlak B, Getinet M., Getie A, Misganaw Kebed W, Tsehay Tarekegn T, Gashaneh Belay D. Functional disability in basic and instrumental activities of daily living among older adults globally: a systematic review and meta-analysis . BMC Geriatr. 2025;6.

2. Alali A, Ziapour A, Karimi Z, Rezaei M, Emami B, Pourmirza Kalhori R. et al. Global prevalence of depression, anxiety, and stress in the elderly population: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatr. 2024 Oct.

3. World Health Organization. Basic Documents. 49 ed. 2020;49 ed.

4. Nelissen J, & DJ. Salutogenese. Huisarts Nu. 2015;44(1):26–31.

5. Bannink F, Jansen P. Positieve Gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk. Pearson Benelux B.V.; 2017.

6. Huber M. et al. How should we define health? BMJ. 2011;343:d41.

7. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. 2016;6:e010091. BMJ Open. 2016.

8. Huber M, Jung HP, van den Brekel-Dijkstra K. Positive Health from a broader perspective. Handbook Positive Health in primary care. Bohn Stafleu van Loghum. 2021.

9. De Laet F. Huisarts Nu Tijdschrift. Doelgerichte zorg via het model van Positieve Gezondheid, Domus Medica, 2024

10. E. Rudnicka PNAPBMRSMG. The world health organization (WHO) approach to healthy ageing Maturitas. Vol. 139. 2020;139:6.

11. Institute for Positive Health. (2021). *Handreiking positieve gezondheid en ouderen*. https://www.iph.nl/assets/uploads/2021/01/iph-def-versie-korte-handreiking-positievegezondheid-en-ouderen.pdf

12. S. Fjordside AM. Factors influencing older people's experiences of participation in autonomous decisions concerning their daily care in their own homes: A review of the literature. International Journal of Older People Nursing. 2016;11:284–97.

13. Dierckx de Casterle B GCBE et al. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012;49:360.

14. Dewitte L., Dezutter J. Meaning Reflectivity in Later Life: The Relationship Between Reflecting on Meaning in Life, Presence and Search for Meaning, and Depressive Symptoms in Older Adults Over the Age of 75. Front Psychol. 2021;12.

15. Aftab A., Lee E., Klaus F., Daly R. Meaning in Life and its Relationship with Physical, Mental, and Cognitive Functioning: A Study of 1,042 Community-Dwelling Adults across the Lifespan. J Clin Psychiatry. 2020 Dec;81(1).

16. Vinkers C. H., Chiu C.L. Hoe stevig is de wetenschappelijke basis van het concept positieve gezondheid? Tijdschrift voor psychiatrie. 2025;67(4):213–5.

17. Lucassen P. Is Positieve Gezondheid een aanwinst voor de huisarts? Huisarts & wetenschap. 2021 Oct;58.

18. Boeykens P., Boeckxstaens P., De Sutter A., Lahousse L., Pype P., De Vriendt P., et al. Goaloriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis. PLoS One. 2022 Feb;17(2).

10. Bijlagen

10.1 Interview gids

Interview gids patiënten

1. Ervaringen met het gesprek over Positieve Gezondheid - -

- Ervaarde je het gesprek over Positieve Gezondheid gesprek als zinvol?
- Denkt u dat Positieve Gezondheid kan bijdragen aan het verbeteren tussen de relatie en communicatie tussen zorgverleners en patiënten?

2. Zelfinzicht en autonomie

- Heeft het gesprek u geholpen om anders naar uw gezondheid te kijken?
- Heeft u het gevoel dat het gesprek over Positieve Gezondheid veranderingen in uw dagelijks leven zal teweegbrengen? Zoja, in hoeverre heeft het gesprek u geholpen om concrete stappen te zetten richting een gezondere levensstijl?
- Hoe belangrijk is het voor u om autonomie te behouden in uw zorgbeslissingen, vooral als u ouder wordt? Of legt u deze zorgbeslissingen liever bij uw arts en uw familie?

3. Uitdagingen

- Waren er aspecten van de benadering die moeilijk te begrijpen waren of die u moeilijk vond om toe te passen in uw dagelijks leven?
- Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van het integreren van Positieve Gezondheid in de zorg voor ouderen?

4. Verbeteringen in zorg of beleid

- Zou u meer gesprekken over Positieve Gezondheid willen voeren met uw zorgverleners?
- Denkt u dat er meer aandacht moet zijn voor andere dimensies van gezondheid (zoals sociaal welbevinden, zingeving, mentaal welzijn) in de zorg voor ouderen?

5. Evaluatie van het gesprek

- Als u terugkijkt op het gesprek over Positieve Gezondheid, zou u het dan aanbevelen aan andere patiënten? Waarom wel of niet?
- Wat zou u anders willen zien in de manier waarop Positieve Gezondheid wordt gepresenteerd of geïmplementeerd in de zorg voor ouderen?

Interview gids zorgverleners

1. Ervaringen met het gesprek over Positieve Gezondheid
   - Ervaarde u de gesprekken rond Positieve Gezondheid zinvol voor patiënten?
   - Hoe speelt Positieve Gezondheid een rol in het bevorderen van de relatie en communicatie tussen zorgverleners en patiënten?
   - Stoot u als zorgverlener op bepaalde problemen die er niet zijn bij patiënten uit jongere leeftijdscategorieën bij het toepassen van Positieve Gezondheid?

2. Zelfinzicht en autonomie

- Ziet u veranderingen in de manier waarop patiënten naar hun gezondheid kijken na het gesprek rond Positieve Gezondheid?
- Heeft u het gevoel dat het toepassen van Positieve Gezondheid in deze populatie een verhoging van Quality of Life geeft? Zoja, heeft u enkele voorbeelden?
- Hoe belangrijk is het om de autonomie van oudere patiënten te respecteren wanneer u praat over gezondheid en welzijn?

3. Uitdagingen
- Waren er aspecten van de benadering die patiënten moeilijk begrepen?
- Wat zijn de grootste uitdagingen die u tegenkomt bij het toepassen van Positieve Gezondheid met oudere patiënten?
- Wat zijn volgens u de voordelen en nadelen van het integreren van Positieve Gezondheid in de zorg voor ouderen?

4. Verbeteringen in zorg of beleid
- Denkt u dat 65+ patiënten nood hebben aan meer gesprekken over Positieve Gezondheid?
- Denkt u dat er meer aandacht moet zijn voor andere dimensies van gezondheid (zoals sociaal welbevinden, zingeving, mentaal welzijn) in de zorg voor ouderen?

5. Evaluatie van het gesprek
- Als u terugkijkt op de gesprekken rond Positieve Gezondheid, zou u het dan aanbevelen aan andere zorgverleners? Waarom wel of niet?
- Wat zou u anders willen zien in de manier waarop Positieve Gezondheid wordt gepresenteerd of geïmplementeerd in de zorg voor ouderen?

10.2 Goedkeuring ethische commissie

Leuven, 26 Feb 2026

Ethics Committee
Research UZ/KU Leuven
Herestraat 49
B 3000 Leuven (Belgium)

Email : ec@uzleuven.be

prof. dr. Ann Van den Bruel

Our reference:
S70236

MP Positieve gezondheid bij 65-plussers: ervaringen van patiënten en zorgverleners.

Dear colleague

The Ethics Committee Research (EC Research) UZ/KU Leuven has examined and discussed the above mentioned dossier in the meeting held on 25 Aug 2025.

EC Research has no objection to the project, provided that the data is managed confidentially and in compliance with the Belgian legislation on privacy.

EC refers to the ICH/GCP guidelines on its website, and confirms that a GCP-training is recommended for each investigator. It is the responsibility of the principal investigator that each member of the study team has a valid GCP-certificate (i.e. a certificate obtained not longer than 3 years ago).

This project does not fall within the scope of the Law of 7/5/2004.

EC Research requires that the head/staff of the clinical department or the responsible care program are informed about and concur with this study; this is the PI's responsibility.

For the assessment of this dossier, documents/answers submitted on 27 Jan 2025, 05 Aug 2025 , 19 Feb 2026, 24 Feb 2026 and 25 Feb 2026 have been taken into account.

This letter concerns:

Protocol:
version 2 dd 17Feb2025
Informed Consent Form:
ICF patiënt versie 3.0 dd 23Feb2025 NI
ICF zorgverlener versie 3.0 dd 23Feb2025 NI
Recruitment material:
Flyer v2 dd 17Feb2026
GDPR questionnaire:

PRET received on dd 25Feb2026
Miscellaneous:
Interview guide v1 dd 17Feb2026

EC Research confirms working in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), the latest version of the Declaration of Helsinki, the Oviedo Convention on Human Rights and Biomedicine and applicable laws and regulations.

EC Research confirms that members with a potential conflict of interest abstain from voting.

List of members: see appendix.

Points of concern: (if applicable)

The conformity of translated documents compared to the Dutch documents, is the responsibility of the sponsor.

Provided that there is a Data Transfer or Material Transfer Agreement, the study can only start when the Agreement has been approved and signed by the CEO of UZ Leuven (and/or by an authorized representative of KU Leuven R&D).

For studies with patient data/involvement; EC Research emphasizes the responsibility of the PI/promotor of this study concerning the privacy of the participants'/patients' data. Additionally, all access to patient data by students or coworkers should occur under the responsibility and supervision of the PI/promotor (including the use of personal data in electronic/digital tools).The PI/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian Law on patients' rights of 22/8/2002, and the policy of the institution where the research will be carried out.

This advice of EC Research does not imply that EC Research can be held accountable for the planned study. In addition, you should ensure that your opinion as principal investigator is reproduced in publications of the study results, reports for the government, etc.

We request you to inform us if the study will not be initiated, or when it will be closed or prematurely ended (stating the reason).

Yours sincerely,



Prof. Dr. Minne Casteels
Chair