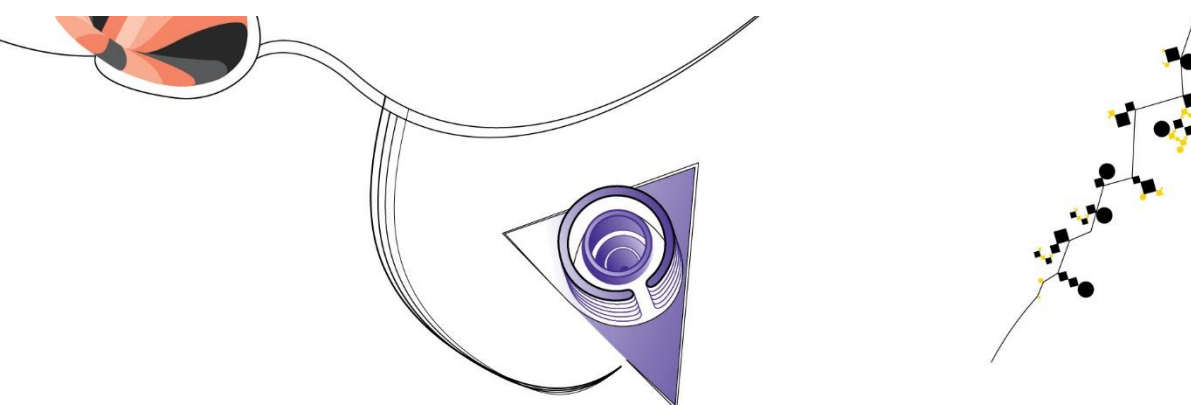
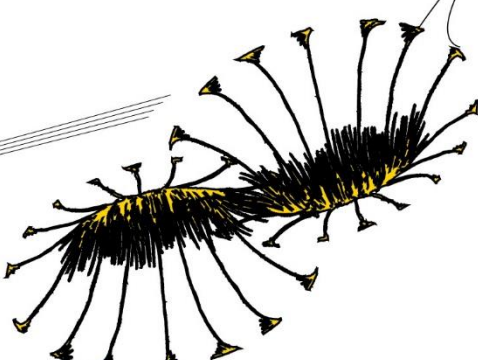
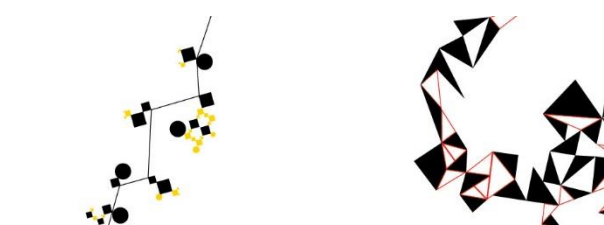




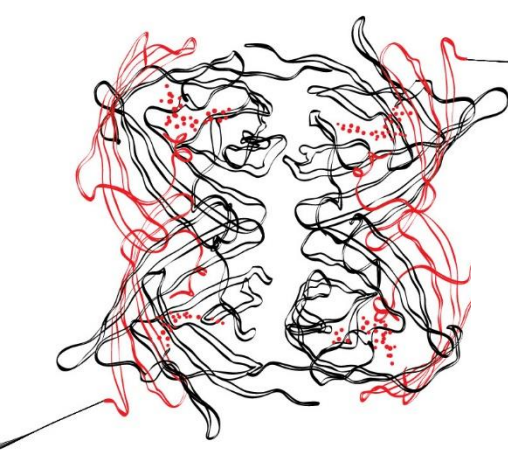
VRAAG NAAR GEZONDHEID!

Een onderzoek naar het draagvlak onder
zorgprofessionals voor het concept
Positieve Gezondheid



MASTERTHESIS PSYCHOLOGIE
Positieve Psychologie en Technologie

Mareike Backhaus (s0196886)



Eerste begeleider: Dr. S. M. A. Lamers
Tweede begeleider: L.H.E. Cornelissen
10 European Credits

Inhoud

Samenvatting	2
Abstract.....	3
Voorwoord.....	4
1. Inleiding.....	5
1.1 Het Biomedische Model	5
1.2 Patiëntgerichte Zorg	7
1.3 De Positieve Psychologie	8
1.4 De vraag naar gezondheid: Positieve Gezondheid	9
1.4.1 Draagvlak voor Positieve Gezondheid.....	12
1.4.2 Positieve Gezondheid binnen de GGD Twente.....	13
1.5 Doel van het Onderzoek	13
1.6 Onderzoeksvraag.....	14
2. Methode	15
2.1 Onderzoeksdesign	15
2.2 Contactmoment adolescenten.....	15
2.3 Deelnemers.....	16
2.4 Onderwijs- en klasniveau	17
2.5 Procedure.....	17
2.6 Meetinstrumenten.....	18
2.6.1 Vragenlijst.....	18
2.6.2 Semigestructureerd interview.	19
2.7 Data-analyse	20
2.7.1 Kwantitatieve analyse.	20
2.7.2 Kwalitatieve analyse.	20
3. Resultaten	22
3.1 Houding.....	22
3.1.1 Kwantitatieve data-analyse.	22
3.1.2 Kwalitatieve data-analyse.	24
3.2 Werkwijze	26
3.2.1 Kwalitatieve data-analyse.	26
4. Discussie	35
4.1 Doel van het Onderzoek	35
4.2 Belangrijkste Bevindingen en Interpretatie	35
4.2.1 Houding ten opzichte van Positieve Gezondheid.....	35
4.2.2 Werkwijze ten opzichte van Positieve Gezondheid.	38
4.3 Praktische implicaties en aanbevelingen	41
4.3.1 Van ziektebestrijding naar gezondheidsbevordering.	41
4.3.2 Implementatie contactmoment adolescenten.	42
4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	44
4.5 Sterke kanten en beperkingen van dit onderzoek	45
Conclusie	47
Dankwoord	48
Referentielijst.....	49
Appendices	55

Samenvatting

Achtergrond: de biomedische, ziekte-georiënteerde benadering blijkt niet meer toereikend om in te spelen op veranderingen in de zorgsector. Een alternatieve, holistische benadering waarin gezondheid centraal wordt gesteld, is de Positieve Gezondheid. In dit onderzoek wordt er nagegaan in hoeverre de houding en werkwijze van zorgprofessionals aansluit bij het concept Positieve Gezondheid, zoals geïntroduceerd door Huber in 2014. Uit dit onderzoek komen de te ondernemen stappen naar voren om Positieve Gezondheid te implementeren en een omslag te bewerkstelligen in het medische denken en handelen.

Methode: in dit onderzoek zijn kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethodes toegepast. Door middel van een vragenlijstonderzoek en een semigestructureerd interview zijn de houding en werkwijze van zes jeugdartsen en tien jeugdverpleegkundigen in kaart gebracht. Verschillen in de houding van zorgprofessionals zijn achterhaald door middel van een multivariate variantieanalyse. De interviews zijn geanalyseerd met behulp van een thematische analyse.

Resultaten: uit de kwantitatieve data-analyse is gebleken dat de jeugdartsen en -verpleegkundigen een hoog belang hebben toegekend aan alle zes dimensies van Positieve Gezondheid. Uit de thematische analyse kwamen de volgende thema's naar voren: 'holistische visie op gezondheid', 'de adolescent centraal', 'probleem –klachtgerichte werkwijze', 'verantwoordelijkheid toekomstperspectief' en 'belemmeringen werkzaamheden'.

Conclusie: het concept Positieve Gezondheid sluit aan bij de houding van jeugdartsen en -verpleegkundigen. Om Positieve Gezondheid te implementeren moet meer aandacht worden besteed aan mogelijkheden en capaciteiten van mensen. Middels wetenschappelijke kennis, opleidingen en organisatorische randvoorwaarden kunnen zorgprofessionals in staat worden gesteld om zich te richten op gezondheidsbevordering in plaats van ziektebestrijding.

Abstract

Background: the biomedical approach to health turns out to be too narrowly focused and disease-oriented to respond to the current challenges of the Dutch healthcare system. An alternative, holistic approach, which focuses on health instead of illness, is the so-called Positive Health. This study investigates whether the attitude and working procedure of health professionals fit to the concept of Positive Health, as introduced by Huber in 2014. This study reveals how to implement Positive Health in health care organizations and how to achieve a paradigm shift in health care.

Method: this study combined quantitative and qualitative research methods. The attitude and working procedure of six pediatricians and ten pediatric nurses were assessed by means of a questionnaire and a semi-structured interview. Differences in the attitude towards Positive Health were assessed by a multivariate analysis of variance. A thematic analysis was used to analyze the content of the interviews.

Results: the quantitative analysis reveals that all participants address importance to the six dimensions of Positive Health. The following themes were derived from thematic analysis: ‘holistic approach to health’, ‘adolescent-centered approach’, ‘problem and complaint oriented working procedure’, ‘responsibility future perspective’ and ‘barriers to working procedure’.

Conclusion: the concept of Positive Health fits to the attitude of health care professionals. To integrate Positive Health in the working procedures of health care professionals more attention should be paid to human abilities and strengths. To enable health care professionals to adopt a positive approach to health, it is necessary to put health promotion in a central position in medical education, research and the mission of health care organizations.

Voorwoord

Het medische denken en handelen van zorgprofessionals wordt gedomineerd door een biomedische, ziekte-georiënteerde benadering. Naar aanleiding van een groeiende zorgbehoefte en een krimp in publieke middelen om in deze behoefte te voorzien, willen diverse partijen in de zorgsector zich meer richten op gezondheidsbevordering in plaats van ziektebestrijding. Een theoretisch concept waarin gezondheid – niet ziekte – centraal staat, is de Positieve Gezondheid. Om in te kunnen spelen op de veranderingen in de zorgsector, willen diverse zorgorganisaties Positieve Gezondheid tot het uitgangspunt van hun werkzaamheden maken.

Tot op heden is er echter weinig onderzoek verricht naar Positieve Gezondheid. Ten eerste is er niet bekend in hoeverre het concept aansluit bij de houding en werkwijze van zorgprofessionals. Ten tweede is er geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Positieve Gezondheid. Aanwijzingen voor de effectiviteit van het concept komen voort uit de Positieve Psychologie, die zich reeds heeft ontwikkeld tot een empirische stroming. Om Positieve Gezondheid binnen zorgorganisaties te kunnen implementeren is het belangrijk dat er onder zorgprofessionals draagvlak bestaat voor dit concept. In dit onderzoek zal er worden nagegaan in hoeverre Positieve Gezondheid aansluit bij de houding en de werkwijze van zorgprofessionals.

1. Inleiding

De Nederlandse zorgsector staat voor een uitdaging: het aantal ouderen en mensen die met een chronische, aan de leefstijl gerelateerde aandoening leven, zal de komende jaren stijgen (Gaag & Beets, 2013). Tevens wordt er verwacht dat de multimorbiditeit zal toenemen: dit wil zeggen dat het aantal mensen dat met meer dan één ziekte leeft toeneemt en dat er sprake is van belemmeringen op meerdere gebieden (Raad voor Volksgezondheid & Zorg [RVZ], 2010). Tegelijkertijd zullen er minder financiële en personele middelen beschikbaar zijn om in de toenemende zorgbehoefte te kunnen voorzien (Walg, 2014). Om de zorgvraag te dempen, willen diverse zorgorganisaties zich richten op gezondheidsbevordering in plaats van ziektebestrijding (Rijksinstituut voor Volksgezondheid & Milieu [RIVM], 2014). Door het stimuleren van gezond gedrag en het bevorderen van een vitale fysieke en sociale leefomgeving, wordt beoogd om mensen in staat te stellen hun gezondheid langer te behouden (Boot, Assema, Hesdahl, Leurs & Vries, 2010). Tot op heden wordt het Nederlandse zorgsysteem echter gedomineerd door een biomedische, ziekte-georiënteerde benadering van gezondheid (RVZ, 2010; Walg, 2014). Om te kunnen blijven voorzien in de veranderende zorgbehoefte, is een omslag nodig in het medische denken en handelen (Huber, 2014; Pelzang, 2010; RVZ, 2010; Visser, 2014; Walg, 2014).

1.1 Het Biomedische Model

Het huidige zorgsysteem wordt gedomineerd door een biomedische, ziekte-georiënteerde benadering van gezondheid (RVZ, 2010; Walg, 2014). Volgens dit biomedische model is gezondheid gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte (Engel, 1980). De oorzaken voor ziekte worden gezocht in externe ziekteverwekkers zoals virussen en bacteriën, welke zich uiten in aantoonbare, fysieke disfuncties van het menselijk lichaam (Antonovsky, 1990).

Genezing staat hierbij centraal: er wordt een toestand van volledige gezondheid nagestreefd. Andere factoren, zoals het mentale en sociale welbevinden, worden bij diagnose en behandeling achterwege gelaten (Suls & Rothmann, 2004).

Dit model stuit steeds meer op hevige kritiek. Volgens critici werkt de biomedische benadering medicalisering in de hand (Engel, 1977; Illich, 1975; Leibovici & Lièvre, 2002; Wade & Halligan, 2004). Medicalisering houdt in dat “sociale en maatschappelijke fenomenen vanuit het perspectief van ziekte (...) benaderd worden” (Mol & Lieshout, 2008, p.54). Dit leidt tot een toegenomen diagnose van stemmings- en gedragsgerelateerde problematiek, zoals depressie en ADHD (Double, 2002; Leibovici & Lièvre, 2002). Daarnaast worden dergelijke problemen steeds vaker met farmacologische geneesmiddelen behandeld (Leibovici & Lièvre, 2002; Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens [NCRM], 2005). Naast dat hierdoor hoge behandelingskosten ontstaan, wordt de eigen verantwoordelijkheid van individuen voor hun gezondheid achterwege gelaten (Anderson, 1995; Walg, 2014). Er is echter aangetoond dat het gedrag en de houding van mensen invloed kunnen hebben op hun gezondheid (Khaw, Wareham, Bingham, Welch & Day, 2000). Bijvoorbeeld door middel van een gezonde leefstijl, kunnen chronische aandoeningen worden voorkomen, zoals diabetes mellitus en hart- en vaatziekten (World Health Organization [WHO], 2003). Daarnaast blijkt dat positieve gevoelens en een optimistische instelling zowel een beschermend effect op gezondheid kunnen hebben, als ook de progressie van ziekte kunnen vertragen (Bohlmeijer, Bolier, Walburg & Westerhof, 2013; Ryff, Singer & Love, 2004; Walburg, 2008). Binnen het biomedische model wordt geen aandacht besteed aan deze factoren.

Ten slotte wordt het streven naar volledige genezing als problematisch gezien: inmiddels leven 5,3 miljoen Nederlanders met een chronische ziekte, die dus in het kader van het biomedische model allen ziek zijn en behandeld moeten worden (Walg, 2014). Er is echter gebleken dat mensen zich, ondanks een chronische beperking, gezond kunnen voelen en op een tevredenstellend niveau kunnen functioneren (Ingram, 2012). Hieruit blijkt dat het biomedische model een te smal kader voor de benadering van gezondheid biedt en niet meer aansluit bij de huidige zorgbehoefte. Een bredere benaderingswijze van gezondheid is de patiëntgerichte zorg.

1.2 Patiëntgerichte Zorg

De patiëntgerichte zorg is gebaseerd op een holistische, bio-psychosociale benadering van gezondheid: de mens wordt als geheel, in al zijn facetten, beschouwd (Mead & Bouwer, 2000; Pelzang, 2010). Het ontstaan van ziekte wordt verklaard vanuit een interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren (Borrel, Suchman & Epstein, 2004; Engel, 1977; Suhls & Rothman, 2004). Daarnaast staat de individuele belevingswereld centraal. Dit wil zeggen dat de waarneming, voorkeuren en wensen van de patiënt doorslaggevend zijn voor de keuzes die in het behandelingsproces worden gemaakt (Anderson, 1995; Bensing, 2000; Engel, 1977). Naast het biomedische model, wordt de patiëntgerichte benadering door steeds meer zorgprofessionals gepraktiseerd (Huber, 2014; RVZ, 2010).

Ondanks dat de patiëntgerichte zorg een bredere kijk op gezondheid omvat dan het biomedische model, ligt de nadruk in beide modellen op pathogenese (Antonovsky, 1990). Dit wil zeggen dat het gedachtegoed van beide benaderingen heeft geleid tot onderzoeks- en klinische activiteiten, die zich richten op de verklaring en behandeling van ziekte. De definitie van gezondheid lijkt onlosmakelijk verbonden te zijn aan de aan- of afwezigheid van ziekte. In diverse onderzoeken is er nagegaan hoe ziekte voorkomen en behandeld kan worden. Er is echter weinig aandacht besteed aan de vraag wat mensen gezond maakt en gezond houdt (Seligman, 2008). Een wetenschappelijke discipline waarin (mentale) gezondheid centraal staat, is de Positieve Psychologie.

1.3 De Positieve Psychologie

De Positieve Psychologie richt zich op de vraag: wat is (mentale) gezondheid? (Bohlmeijer et al., 2013; Keyes, 2012). Ook in de psychologie heeft de focus lang gelegen op pathologie (Gable & Haidt, 2005; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005). In tegenstelling tot de deficit-georiënteerde, traditionele klinische psychologie, richt de Positieve Psychologie zich op het bestuderen van de condities en processen die mensen, groepen en organisaties in staat stellen om tot bloei te komen (Gable & Haidt, 2005; Sheldon & King, 2001). Binnen de Positieve Psychologie wordt (mentale) gezondheid in toenemende mate integraal benaderd: er wordt zowel aandacht besteed aan positieve aspecten in het functioneren van mensen, als aan pathologie. Mentale gezondheid wordt dan ook beschouwd als de afwezigheid van een psychische stoornis én de aanwezigheid van positieve aspecten, zoals veerkracht, positieve emoties en sterktes (Keyes, 2012; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer & Keyes, 2013; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Ondanks dat onderzoek naar het positief menselijke functioneren een relatief jong fenomeen is, heeft de Positieve Psychologie zich inmiddels ontwikkeld tot een empirische stroming binnen de psychologie (Leimon & Mahon, 2009). Ook de klinische waarde van deze benadering is reeds aangetoond. Uit meta-analyses is gebleken dat positief-psychologische interventies effectief zijn in het bevorderen van het mentale welbevinden en het verminderen van depressieve klachten (Bolier et al., 2013; Sin & Lyubomirsky, 2009). Daarnaast is aangetoond dat er een samenhang bestaat tussen het mentale welbevinden en fysieke gezondheid (Lamers, Bolier, Westerhof, Smit & Bohlmeijer, 2011). Uit onderzoek is bijvoorbeeld naar voren gekomen dat het ervaren van geluk een beschermend effect heeft op gezondheid (Ryff et al., 2004; Seligman, 2008; Veenhoven, 2008; Walburg, 2008). Ten slotte is er aangetoond dat de aanwezigheid van positieve emoties en het ervaren van tevredenheid en geluk, een gunstig effect hebben op de overlevingskans en herstel bij een ziekte (Ryff et al., 2004). Naar aanleiding van deze bevindingen is het initiatief ontstaan om ook een positieve onderzoeksdiscipline binnen de geneeskunde te manifesteren: “Positive Health” (Ryff & Singer, 1998; Seligman, 2008, p.1).

1.4 De vraag naar gezondheid: Positieve Gezondheid

Ondanks dat er is aangetoond dat een positieve benadering van psychische gezondheid kan bijdragen aan het fysiek functioneren van mensen, zijn de huidige klinische en onderzoeksactiviteiten binnen de geneeskunde eerder biomedisch en ziekte-georiënteerd (RVZ, 2010; Seligman, 2008; Walg, 2014). Diverse partijen, onder anderen de grondleggers van de Positieve Psychologie, pleiten daarom voor een positieve onderzoekdiscipline binnen de geneeskunde (Ryff & Singer, 1998; Seligman, 2008). Een positieve benadering van gezondheid zou ook als leidraad kunnen dienen om klinische activiteiten meer te richten op het bevorderen van gezondheid, in plaats van slechts op ziektebestrijding (RVZ, 2014; Walg, 2014). De empirische bevindingen uit de Positieve Psychologie kunnen hiervoor aanknopingspunten bieden (Seligman, 2008).

In 2014 is er een onderzoek uitgevoerd, waarin een nadere conceptualisering van Positieve Gezondheid is geïntroduceerd (Huber, 2014). In dit onderzoek was (positieve) gezondheid gedefinieerd als “(...) het vermogen van mensen om zich aan te passen en regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.” (Hartingsveldt, 2015, p.41). Door middel van exploratief onderzoek is er nagegaan hoe de voorgestelde definitie van Positieve Gezondheid door verschillende stakeholdergroepen werd ontvangen (Huber, 2014). Onder anderen werden patiënten, artsen en verpleegkundigen bevroegd. De definitie werd overwegend positief ontvangen. De nadruk op de eigen regie en verantwoordelijkheid van mensen sprak de deelnemers aan. Kritiek op de definitie werd geuit in de vorm dat de objectieve impact van ziekte onderschat zou kunnen worden. Een ander bezwaar was dat niet iedereen het vermogen heeft en welwillend is om de verantwoordelijkheid te dragen over zijn of haar gezondheid.

Naast dat er is nagegaan in hoeverre verschillende stakeholdergroepen aankeken tegen de voorgestelde definitie van gezondheid, is door middel van exploratief onderzoek in kaart gebracht welke factoren volgens de deelnemers indicatoren van gezondheid zijn. Hieruit zijn 32 indicatoren van gezondheid naar voren gekomen, die zijn gecategoriseerd in zes hoofddimensies.

In Tabel 1 is de nadere conceptualisering van Positieve Gezondheid weergegeven. Na het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek is er middels een vragenlijst nagegaan welk belang door de verschillende stakeholdergroepen werd toegekend aan de zes dimensies van gezondheid. Hieruit kwam naar voren dat artsen de dimensie lichaamsfuncties zeer belangrijk vonden voor gezondheid, terwijl ze aan de overige dimensies een laag belang toekenden. Dit wijst op een biomedische kijk op gezondheid. Patiënten en verpleegkundigen daarentegen, bleken een brede, holistische kijk te hebben op gezondheid: naast dat ze de dimensie lichaamsfuncties belangrijk vonden, kenden ze ook een hoog belang toe aan de overige vijf dimensies. Uit deze bevindingen blijkt dat de kijk op gezondheid van artsen niet aansluit bij de holistische benadering van patiënten en verpleegkundigen.

In tegenstelling tot het biomedische model waarin uitsluitend aandacht wordt besteed aan het fysieke (dis-)functioneren van mensen, ligt de nadruk in het concept Positieve Gezondheid op de subjectieve belevingswereld van mensen. Voorbeelden hiervan zijn de aspecten ‘geluksbeleving’ en ‘ervaren gezondheid’. Huber (2014) pleit dan ook voor een patiëntgerichte benadering. Daarnaast is het idee achter Positieve Gezondheid om meer aandacht te besteden aan positieve factoren en het ‘potentieel aan gezondheid’ te benutten (Visser, 2014, p.246). De brede, op gezondheid georiënteerde benadering biedt uitgangspunten om in te spelen op de uitdagingen in de gezondheidszorg en is dan ook door diverse organisaties met enthousiasme ontvangen. Door de nadruk op “het functioneren (...) en niet de aandoening” zou de zelfredzaamheid van mensen gestimuleerd kunnen worden (Hartingsveldt, 2015, p.40). De aandacht voor de deelname aan de maatschappij binnen het concept biedt uitgangspunten om, in het geval van ziekte, een groter beroep te doen op het sociale netwerk van individuen. Hierdoor is er minder professionele hulp nodig om te voorzien in de groeiende zorgbehoefte (Hartingsveldt, 2015; Visser, 2014; Walg, 2015). Een aantal zorgorganisaties, waaronder de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD), hebben de implementatie van Positieve Gezondheid opgenomen in hun beleidsplannen (GGD Twente, 2015).

Tabel 1 *Zes Dimensies en 32 Aspecten van Positieve Gezondheid* (gebaseerd op: Huber, 2014)

Dimensie	Aspecten
Lichaamsfuncties	Medische feiten Fysieke indruk Fysiek functioneren Aan-/afwezigheid van klachten en pijn Energie
Mentaal welbevinden	Cognitief functioneren Emotionele toestand Eigenwaarde/zelfrespect Gevoel van controle Veerkracht 'Sense of coherence'
Spirituele/existentiële dimensie	Zingeving Doelen en idealen Toekomstperspectief Acceptatie Vervullende activiteiten
Kwaliteit van leven	Geluk beleven Ervaren gezondheid Bloeien Levenslust Genot Balans
Maatschappelijke/sociale participatie	Sociale/communicatieve vaardigheden Sociale contacten Betekenisvolle relaties Geaccepteerd worden Betekenisvol werk Maatschappelijke betrokkenheid
Dagelijks functioneren	Basis algemene dagelijkse levensverrichtingen Instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen Werkvermogen Health literacy

1.4.1 Draagvlak voor Positieve Gezondheid.

Om Positieve Gezondheid te kunnen implementeren is het belangrijk dat onder zorgprofessionals draagvlak bestaat voor een dergelijke benadering van gezondheid. Tot op heden is er geen wetenschappelijke consensus bereikt over de definitie van draagvlak. In het kader van dit onderzoek wordt draagvlak gedefinieerd als de houding en het gedrag ten opzichte van een te implementeren object (Baelden & Audenhoeve, 2013; Berwick, 2003; Boedeltje, 2004; Pligt & Vries, 1995). Met houding wordt in deze context bedoeld: “de instelling ten opzichte van een object; een complex aan normen, waarden en overtuigingen” (Blankenstijn, 2013, p.9; Boedeltje, 2004). Omdat dit onderzoek zich richt op het gedrag van zorgprofessionals binnen een organisatorische context zal gedrag in dit onderzoek worden beschreven met de term werkwijze. Er is aangetoond dat de mate waarin de houding en de gangbare werkwijze van werknemers aansluit bij de vernieuwing, doorslaggevend is voor de mate waarin het te implementeren object op de werkvloer tot uitvoering wordt gebracht (Berwick, 2003; Haney, Czerniak & Lumpe, 1996). Om Positieve Gezondheid te kunnen implementeren is het daarom belangrijk dat de houding en de huidige werkwijze van zorgprofessionals aansluiten bij dit concept.

Uit het onderzoek van Huber (2014) kwam naar voren dat artsen, met uitzondering van de dimensie ‘lichaamsfuncties’, een laag belang toekenden aan de overige vijf dimensies van Positieve Gezondheid. Verpleegkundigen daarentegen, vonden alle dimensies van Positieve Gezondheid belangrijk. De houding van artsen ten opzichte van Positieve Gezondheid, zou de implementatie hiervan kunnen belemmeren. In het onderzoek van Huber (2014) is de achtergrond van de deelnemende artsen en verpleegkundigen echter niet nader gespecificeerd. Aangezien de organisatorische context en de opleiding van medewerkers invloed hebben op hun kijk op gezondheid, kunnen de bevindingen die uit het onderzoek van Huber (2014) naar voren komen, niet zonder meer gegeneraliseerd worden (Déville, 2010; Raeymaeckers, 2009).

Tot op heden is er weinig onderzoek verricht naar de kijk die zorgprofessionals op gezondheid hebben (Huber, 2014). Verder onderzoek is nodig om na te gaan hoe zorgprofessionals met verschillende educatieve en organisatorische achtergronden aankijken tegen Positieve Gezondheid.

1.4.2 Positieve Gezondheid binnen de GGD Twente.

Om de houding en werkwijze van zorgprofessionals binnen een professionele organisatie te onderzoeken, is gekozen voor een publieke zorgorganisatie: de GGD Twente. De GGD Twente richt zich op de preventie van ziekte als ook op de bevordering van gezond gedrag onder de Twentse bevolking. De implementatie van Positieve Gezondheid staat hierbij hoog op de bestuursagenda: het doel is om Positieve Gezondheid tot “het uitgangspunt voor zijn werkzaamheden” te maken (GGD Twente, 2015, p. 22). Uiterlijk in 2016 wil de GGD Twente het concept terug laten komen in de werkzaamheden van alle medische professionals. Het huidige onderzoek richt zich op de houding en werkwijze van jeugdartsen en -verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen een specifieke afdeling van de GGD Twente, namelijk het contactmoment adolescenten van de Jeugdgezondheidszorg.

1.5 Doel van het Onderzoek

Naar aanleiding van de ontwikkelingen in de zorgsector, pleiten diverse partijen voor een omslag in het medische denken en handelen (Huber, 2014; Pelzang, 2010; RVZ, 2014; Visser, 2014; Walg, 2014). Verschillende onderzoekers beweren dat de houding en werkwijze van zorgprofessionals tot op heden gedomineerd wordt door het biomedische model (Pelzang, 2010; RVZ, 2010; Slade, 2010; Wade & Halligan, 2004). Deze beweringen zijn echter niet via wetenschappelijk onderzoek getoetst. In dit onderzoek zal er worden nagegaan in hoeverre er onder zorgprofessionals draagvlak bestaat voor het concept Positieve Gezondheid. Het doel hierachter is ten eerste om te exploreren welke stappen nodig zijn om Positieve Gezondheid binnen een praktische zorgcontext te implementeren. Ten tweede zal door middel van dit onderzoek worden geïnventariseerd in hoeverre er reeds een omslag heeft plaatsgevonden in het medische denken en handelen van zorgprofessionals.

1.6 Onderzoeksvraag

In dit onderzoek staat de volgende vraag centraal:

In hoeverre bestaat er onder jeugdartsen en -verpleegkundigen draagvlak voor de implementatie van Positieve Gezondheid binnen het contactmoment adolescenten van de GGD Twente?

Aangezien draagvlak de houding en werkwijze bevat, zijn de volgende deelvragen tot stand gekomen:

- *Wat is de houding van jeugdartsen en -verpleegkundigen ten opzichte van Positieve Gezondheid?*
- *In hoeverre komt Positieve Gezondheid tot uiting in de werkwijze van jeugdartsen en -verpleegkundigen?*

2. Methode

2.1 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een ‘mixed method approach’ (Johnson, Onwuegbuzie & Turner, 2007). Dit wil zeggen dat er een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethodes is toegepast (Leech & Onwuegbuzie, 2009). Hiermee werd beoogd om zowel de houding van deelnemers ten opzichte van Positieve Gezondheid te kwantificeren als een diepgaand beeld te verkrijgen over in hoeverre de houding en huidige werkwijze van deelnemers aansluit bij Positieve Gezondheid.

2.2 Contactmoment adolescenten

Het huidige onderzoek is uitgevoerd binnen het (extra) contactmoment adolescenten van de GGD Twente. Dit contactmoment is in 2013 ingevoerd met het doel om een gezonde leefstijl te bevorderen bij jongeren in de leeftijd van veertien tot zeventien jaar (Heerwaarden, 2013). De preventieve activiteiten binnen het contactmoment adolescenten vinden plaats op school en worden uitgevoerd door jeugdartsen en -verpleegkundigen die werkzaam zijn in de afdeling Jeugdgezondheidszorg. Afhankelijk van de individuele zorgstructuur en ondersteuningsbehoefte van elke school wordt er een programma op maat vastgesteld. De huidige functies van het contactmoment adolescenten zijn:

- het geven van gezondheidslessen waarin onderwerpen als seksualiteit en fysiek en mentaal welbevinden aan de orde komen;
- het afnemen van vragenlijsten om een beeld te vormen van elke leerling;
- individuele gesprekken met leerlingen bij vragen en/of problemen. Leerlingen kunnen op indicatie worden uitgenodigd of het gesprek op eigen initiatief aangaan;
- advisering op het vlak van schoolgezondheidsbeleid.

2.3 Deelnemers

Aan dit onderzoek hebben zestien personen deelgenomen, waarvan tien jeugdverpleegkundigen en zes jeugdartsen. De vereiste om te kunnen deelnemen aan het onderzoek was het werkzaam zijn binnen het contactmoment adolescenten. De demografische gegevens van de deelnemers zijn weergegeven in Tabel 2. Het percentage vrouwen was 100% ($n=16$). De gemiddelde leeftijd was 42.75 jaar ($M=42.75$, $SD=10.89$). Alle deelnemende artsen waren opgeleid tot basisarts en aanvullend geschoold en geregistreerd als jeugdarts bij de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde ($n=6$). De verpleegkundigen waren in het bezit van een HBO-V diploma en BIG geregistreerd ($n=10$).

Tabel 2 *Demografische Gegevens Deelnemers*

Variabele	n^a	%
Geslacht		
Vrouw	16	100%
Leeftijd		
25-35	4	25%
36-45	6	37.5%
46-61	6	37.5%
Functie		
Jeugdarts	6	37.5%
Jeugdverpleegkundige	10	62.5%

^a $N=16$

2.4 Onderwijs- en klasniveau

Het contactmoment adolescenten werd op verschillende onderwijsniveaus uitgevoerd. De jeugdartsen en -verpleegkundigen waren op scholen met de volgende onderwijsniveaus werkzaam: praktijkonderwijs (PrO), voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo), hoger algemeen voortgezet onderwijs (havo) en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (vwo). Daarnaast werd het contactmoment adolescenten, afhankelijk van de wensen van de desbetreffende school, in de 3^e en 4^e klas van het voortgezet onderwijs uitgevoerd. De leerlingen in de desbetreffende klassen waren in de leeftijd van 14 tot 16 jaar.

2.5 Procedure

Om deelnemers te werven zijn 40 jeugdartsen en -verpleegkundigen benaderd, waarvan 40% jeugdartsen ($n=16$) en 60% verpleegkundigen ($n=24$). Alle jeugdartsen en -verpleegkundigen zijn in eerste instantie per e-mail benaderd. Personen die niet via de e-mail bereikbaar waren, zijn vervolgens telefonisch benaderd. 15% van de benaderde jeugdartsen en -verpleegkundigen was noch telefonisch, noch via e-mail bereikbaar ($n=6$). 42.5% van de gecontacteerde personen gaf aan niet deel te willen nemen aan het onderzoek ($n=17$). De redenen hiervoor waren persoonlijke omstandigheden ($n=2$), ziekte ($n=4$), te weinig ervaring binnen het contactmoment adolescenten ($n=4$) en te hoge werkdruk ($n=7$). Uiteindelijk heeft 42.5% van de benaderde jeugdartsen en -verpleegkundigen meegedaan aan het onderzoek ($n=17$). 17.5% van de deelnemers waren artsen ($n=7$) en 25% verpleegkundigen ($n=10$). In verband met technische problemen kon één interview niet worden teruggeluisterd en getranscribeerd. Om deze reden is de inhoud van dit interview en de ingevulde vragenlijst niet meegenomen in de data-analyse.

Alle jeugdartsen en -verpleegkundigen hebben voorafgaand aan deelname aan het onderzoek twee e-mails ontvangen. In de eerste e-mail zijn ze ingelicht over het doel, de duur en inhoud van het onderzoek. Daarna zijn deelnemers telefonisch benaderd om een afspraak te plannen voor een semigestructureerd interview. In de tweede e-mail ontving elke deelnemer een deelnemersnummer en een link naar een online vragenlijst. Door middel van het deelnemersnummer kon de anonimiteit van de deelnemers worden gewaarborgd.

Voordat het semigestructureerde interview werd afgenomen, hebben de jeugdartsen en -verpleegkundigen de online vragenlijst ingevuld. Er is bewust voor deze volgorde gekozen, omdat de inhoud van de interviews de antwoorden op de vragenlijst mogelijkwerwijs kon beïnvloeden. Voordat het interview werd afgenomen hebben alle deelnemers een schriftelijke toestemmingsverklaring afgelegd.

De interviews zijn afgenomen op de werklocaties van de deelnemers, gevestigd in de Regio Twente. Om de interviews op te nemen werd er gebruik gemaakt van een Philips Go Gear Sparks Voicerecorder en een iPhone 5C. De interviews zijn achteraf door de onderzoeker getranscribeerd. De gemiddelde duur van de interviews was 57:38 minuten. Het kortste interview duurde 43:39 minuten. De langste duur van een interview was 72:02 minuten.

2.6 Meetinstrumenten

2.6.1 Vragenlijst.

Het doel van de vragenlijst was om de houding van jeugdartsen en -verpleegkundigen ten opzichte van Positieve Gezondheid in kaart te brengen. De vragenlijst die hiervoor in het onderzoek van Huber (2014) werd gebruikt, was niet beschikbaar. Bij het opstellen van de vragenlijst is gebruik gemaakt van de door Huber (2014) opgestelde definitie van de aspecten van Positieve Gezondheid (Appendix A). Deze zijn door de onderzoeker van het Engels vertaald naar het Nederlands.

Om te waarborgen dat door de vertaling geen inhoudelijke veranderingen zijn voorgenomen is de vragenlijst door een onafhankelijk persoon terugvertaald naar het Engels. Voor de drie items die na het terugvertalen veranderd bleken te zijn, is naar een correctere vertaling gezocht. Een derde persoon heeft de vragenlijst wederom terugvertaald naar het Engels. Deze vertaling bleek identiek te zijn met de definities uit het onderzoek van Huber (2014).

Aan het begin van de vragenlijst werd de hoofdvraag geïntroduceerd, welke luidde: *“In hoeverre acht u het volgende aspect belangrijk voor gezondheid?”*. Daarna volgden 32 stellingen over verschillende aspecten van gezondheid. Deze stellingen representeerden de zes dimensies van Positieve Gezondheid: lichaamsfuncties (5 items), mentaal welbevinden (5 items), spirituele/existentiële dimensie (5 items), kwaliteit van leven (7 items), sociaal-maatschappelijke participatie (6 items) en dagelijks functioneren (4 items). Op een 9-punts Likertschaal konden deelnemers aangeven in hoeverre ze het desbetreffende aspect van belang achtten voor gezondheid. Er werd een schaallengte van 1 (zeer onbelangrijk) tot 9 (zeer belangrijk), gehanteerd. Daarnaast werd de optie ‘Ik weet het niet’ gegeven. De gebruikte schaal was in overeenkomst met de antwoordopties die door Huber (2014) werden gebruikt.

2.6.2 Semigestructureerd interview.

Het doel van het interview was om de houding ten opzichte van Positieve Gezondheid in kaart te brengen en om na te gaan in hoeverre het concept tot uiting kwam in de werkwijze van jeugdartsen en -verpleegkundigen. Aan het begin van het interview werden de deelnemers geïnformeerd over het doel van het semigestructureerd interview en werden de zes dimensies door middel van een grafiek geïntroduceerd (Appendix C). Per dimensie werd een korte uitleg gegeven en werden dezelfde twee vragen gesteld. Over de dimensie lichaamsfuncties werden bijvoorbeeld de volgende twee vragen gesteld: *“Binnen het contactmoment adolescenten: in hoeverre vindt u het belangrijk om zich te richten op lichaamsfuncties?”* en *“Als u kijkt naar u werk met de jongeren: in hoeverre richt u zich daadwerkelijk op lichaamsfuncties?”*.

Afhankelijk van het gespreksverloop werd nadere toelichting gevraagd voor de antwoorden. Er werd bijvoorbeeld gevraagd naar de beweegredenen voor het wel of niet belangrijk vinden en toepassen van specifieke dimensies. Op het moment dat alle dimensies aan de orde waren gekomen, werden de volgende aanvullende vragen gesteld: *“Vindt u specifieke dimensies belangrijker of minder belangrijk binnen het contactmoment adolescenten? Indien ja: welke dimensies vindt u belangrijker of minder belangrijk? en: “Zijn er dimensies en/of aspecten van Positieve Gezondheid waarop u denkt op dit moment niet voldoende in te zetten binnen het contactmoment adolescenten? Indien ja: wat zou nodig zijn om zich meer te kunnen richten op de desbetreffende dimensie? Wat belemmert u om zich meer te kunnen richten op de desbetreffende dimensie?”*. Ook bij deze vragen werd steeds nadere toelichting voor het antwoord gevraagd.

2.7 Data-analyse

2.7.1 Kwantitatieve analyse.

De data die door middel van de vragenlijst is verkregen, is ingevoerd en geanalyseerd met behulp van SPSS 21. Voor elke dimensie zijn er schaalgemiddelden berekend. Om na te gaan of er systematische verschillen tussen de antwoorden van artsen en verpleegkundigen bestonden, is een multivariate variantieanalyse (MANOVA) uitgevoerd (Carey, 1998). Voorafgaand aan de MANOVA is de data door middel van de Shapiro-Wilk test getoetst op afwijking van een normale verdeling (Shapiro & Wilk, 1965).

2.7.2 Kwalitatieve analyse.

De semigestructureerde interviews zijn met behulp van Atlas.ti (versie 7) geanalyseerd. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een thematische analyse. Deze analysetechniek is geschikt om de opvattingen en waarneming van mensen in een praktische, klinische context te exploreren (Braun & Clarke, 2006; Braun, Clarke, & Terry, 2006).

Daarnaast stelt een thematische analyse onderzoekers in staat om data op een toegankelijke manier aan een breed publiek te presenteren. Aangezien met deze studie getracht wordt om een praktisch vraagstuk te beantwoorden, sluit een thematische analyse aan bij de doelstelling van dit onderzoek.

Voordat de thematische analyse kon worden toegepast, is alle inhoud van de interviews die niet gerelateerd was aan Positieve Gezondheid, verwijderd. Daarna zijn de interviews ingedeeld in fragmenten. Deze zijn wederom onderverdeeld in 'betekenisvolle eenheden' (Baarda, Goede & Teunissen, 2005; Braun & Clarke, 2006). Dit wil zeggen dat de inhoud van de fragmenten op basis van inhoudelijke samenhang tussen woorden en/of zinnen is gestructureerd. Aan elke betekenisvolle eenheid is een naam toegekend, waarin de essentie van de uitspraak werd samengevat. In de tweede fase van de codering zijn eenheden die niet relevant waren voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag, niet meer meegenomen. Daarnaast zijn samenhangende eenheden geclusterd in categorieën. Op basis hiervan zijn potentiële thema's geformuleerd en met een onafhankelijk persoon bediscussieerd. Hierbij is er aandacht besteed aan voldoende samenhang tussen de codes binnen een thema (interne homogeniteit) en voldoende onderscheid tussen de verschillende thema's (externe heterogeniteit) (Clark & Braune, 2006). Waar nodig, zijn thema's opgesplitst en samengevoegd. De definitieve thema's die op basis hiervan tot stand zijn gekomen, zijn weergegeven in Appendix D.

Ten slotte heeft een tweede beoordelaar de interviews gecodeerd. Aan de hand van dat resultaat is de betrouwbaarheid van het codeerschema berekend, welke 0.74 bedroeg ($K=.74$). Deze mate van overeenstemming wordt als 'aanzienlijk' beschouwd (Landis & Koch, 1977, p.13).

3. Resultaten

In dit onderzoek staat de volgende onderzoeksvraag centraal: *In hoeverre bestaat er onder jeugdartsen en -verpleegkundigen draagvlak voor de implementatie van Positieve Gezondheid binnen het contactmoment adolescenten?*. Door middel van kwantitatieve en kwalitatieve analysetechnieken is beoogd om een antwoord te geven op deze vraag. De resultaten die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen, worden aan de hand van de deelvragen besproken.

3.1 Houding

Deelvraag 1: *Wat is de houding van jeugdartsen en -verpleegkundigen ten opzichte van Positieve Gezondheid?*

3.1.1 Kwantitatieve data-analyse.

Het vragenlijstonderzoek is gebruikt om een antwoord te geven op de bovenstaande vraag. In Tabel 3 zijn de gemiddelde scores van jeugdartsen en -verpleegkundigen per dimensie weergegeven. Voor een overzicht van de gemiddelde scores op de 32 aspecten van Positieve Gezondheid, kan Appendix E worden geraadpleegd. In Tabel 3 is te zien dat de gemiddelde scores van alle deelnemers lagen tussen 7.33 en 7.84. De dimensies ‘sociaal-maatschappelijke participatie’ ($M=7.84$, $SD=0.63$) en ‘kwaliteit van leven’ ($M=7.82$, $SD=0.48$) werden het meest belangrijk gevonden voor gezondheid. Aan de dimensies ‘lichaamsfuncties’ ($M=7.53$, $SD=0.92$) en ‘dagelijks functioneren’ ($M=7.30$, $SD=0.79$) werd het minst belang toegekend. De standaarddeviatie van de scores op de dimensie ‘lichaamsfuncties’ lag hoger dan bij de andere dimensies ($SD=0,92$). Dit komt voort uit het feit dat één jeugdarts een zeer lage score heeft toegekend aan het item: ‘op een medische check zijn geen afwijkende resultaten te zien’.

Omdat de gemiddelde scores van de jeugdartsen lager waren dan die van verpleegkundigen, is er middels een MANOVA nagegaan of er sprake was van systematische verschillen. Bij de uitvoering van MANOVA werd rekening gehouden met de hiervoor geldige assumpties (Field, 2009). Ter inspectie of de variabelen in de steekproef voldeden aan de assumptie van normaliteit, werd de Shapiro-Wilk toets uitgevoerd. Hieruit bleek dat de scores op alle zes dimensies normaal verdeeld waren ($p > .05$). Aangezien het aantal afhankelijke variabelen in een aantal gevallen gelijk was aan het aantal proefpersonen, kon de assumptie voor homogeniteit van variantie voor covariantiematrices niet worden getoetst (Tabachnick & Fidell, 2001). Om deze reden is er gebruik gemaakt van de toetsgrootte Pillai's Trace; de meest robuuste maat tegen modelschendingen (Tweedy & Lunardelly, 2001). Uit de MANOVA bleek dat er geen sprake was van significante verschillen tussen de scores van jeugdartsen en -verpleegkundigen ($V = .33$, $F(6, 9) = .73$, $p = .173$).

Tabel 3 *Belang Dimensies Jeugdartsen en Jeugdverpleegkundigen*

Dimensie	Toegekend belang, op een schaal van 1 tot 9					
	Artsen ($n=6$)		Verpleegkundigen ($n=10$)		Totaal ($N=16$)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Lichaamsfuncties	7.09	0.98	7.80	0.71	7.53	0.92
Mentaal welbevinden	7.60	0.78	7.78	0.66	7.71	0.74
Spirituele/existentiële dimensie	7.59	0.66	7.77	0.58	7.70	0.64
Kwaliteit van leven	7.73	0.47	7.88	0.45	7.82	0.48
Sociaal- maatschappelijke participatie	7.64	0.67	7.97	0.54	7.84	0.63
Dagelijks functioneren	7.20	0.92	7.40	0.62	7.33	0.79

3.1.2 Kwalitatieve data-analyse.

Naast de vragenlijst, is een semigestructureerd interview afgenomen om de houding van jeugdartsen en -verpleegkundigen ten opzichte van Positieve Gezondheid in kaart te brengen. Uit de analyse kwam het thema ‘holistische visie op gezondheid’ naar voren.

Holistische visie op gezondheid.

Samenhang dimensies.

Alle jeugdartsen en -verpleegkundigen gaven aan dat ze elke dimensie van belang vonden voor gezondheid ($n=16$). Volgens hen was er sprake van samenhang tussen de dimensies. Dit maakt dat jeugdartsen en -verpleegkundigen vonden dat er binnen het contactmoment adolescenten aandacht besteed zou moeten worden aan de “hele leerling”. Hieronder volgt een uitspraak over de samenhang tussen de dimensies:

“Ik vind alle dimensies belangrijk. Want als je op één van die vlakken uitvalt of het wat minder is dan heeft dat ook weer effect op de andere dimensies. Dus ik kan niet zeggen dat ik dimensies niet belangrijk vind.”

Aard samenhang dimensies.

Ondanks dat volgens de jeugdartsen en -verpleegkundigen alle dimensies belangrijk waren voor gezondheid, werd het belang van specifieke dimensies benadrukt. Hierbij kwam naar voren dat dimensies die volgens de deelnemers van invloed waren op andere dimensies, bijzonder belangrijk gevonden werden. In Tabel 4 is het aantal deelnemers weergegeven dat de invloed van een specifieke dimensie op de andere dimensies benadrukte. ‘Kwaliteit van leven’ en ‘sociaal-maatschappelijke participatie’ waren volgens de meeste jeugdartsen en -verpleegkundigen van invloed op de andere dimensies ($n=13$).

Een voorbeeld van een uitspraak waarin de invloed van kwaliteit van leven werd benadrukt is:

“Kwaliteit van leven vind ik ontzettend belangrijk want vanuit de goede kwaliteit van leven en dat ook zo ervaren kan je veel meer aan en kan je ook op andere vlakken waarbij het gewoon wat minder gaat denk ik kan je makkelijker op inzetten. Want heb je de kwaliteit van leven (...) niet dan ga je denk ik sneller naar beneden.”

Minder dan de helft van de jeugdartsen en -verpleegkundigen gaf aan dat de dimensies ‘lichaamsfuncties’ (n=7) en ‘mentaal welbevinden’ (n=6) de andere dimensies beïnvloeden. Slechts één deelnemer noemde de invloed van de dimensie ‘dagelijks functioneren’. De invloed van de ‘spirituele/existentiële dimensie’ werd helemaal niet genoemd. Door enkele deelnemers werd gezegd dat de twee laatstgenoemde dimensies geen invloed uitoefenen op de andere dimensies (n=4): *“Dat dagelijks functioneren en die spirituele dimensie, die zijn iets minder belangrijk. Niet dat ze helemaal niet belangrijk zijn maar ze hoeven niet van invloed te zijn op de andere dimensies.”*

Tabel 4 Aanwezige Invloed Dimensie op Andere Dimensies, naar Aantal Deelnemers

Dimensie	n^a	%
Kwaliteit van leven	13	81.25%
Sociaal-maatschappelijke participatie	13	81.25%
Lichaamsfuncties	7	43.75%
Mentaal welbevinden	6	37.5%
Dagelijks functioneren	1	6.25%
Spirituele/existentiële dimensie	0	0%

^aN=16

3.2 Werkwijze

Deelvraag 2: In hoeverre komt Positieve Gezondheid tot uiting in de werkwijze van jeugdartsen en -verpleegkundigen?

3.2.1 Kwalitatieve data-analyse.

Uit de thematische analyse kwamen de volgende thema's naar voren: 'de adolescent centraal', 'probleem-/klachtgerichte werkwijze', 'verantwoordelijkheid toekomstperspectief' en 'belemmering werkzaamheden contactmoment adolescenten'. De eerstgenoemde drie thema's hebben direct betrekking op de toepassing van specifieke dimensies van Positieve Gezondheid. Het thema 'belemmering werkzaamheden contactmoment adolescenten' omvat algemene barrières in de bezigheden van jeugdartsen en -verpleegkundigen. Deze werden als dusdanig belemmerend ervaren dat het volgens de jeugdartsen en -verpleegkundigen niet mogelijk was om Positieve Gezondheid tot uitvoering te brengen. De thema's die direct betrekking hebben op de toepassing van Positieve Gezondheid zullen eerst worden besproken.

De adolescent centraal.

Selectiviteit op basis van belevingswereld.

De rol die een dimensie volgens de jeugdartsen en -verpleegkundigen speelt binnen de belevingswereld van de adolescenten, was doorslaggevend voor de gehanteerde werkwijze. Jeugdartsen en -verpleegkundigen besteedden naar eigen zeggen meer aandacht aan dimensies waarvan ze dachten dat ze belangrijk zijn binnen het referentiekader van de jongeren. Tevens werden deze dimensies belangrijker gevonden dan dimensies die volgens hen niet belangrijk zijn binnen de belevingswereld van de jongeren. In Tabel 5 is het aantal deelnemers weergegeven dat aangaf dat een specifieke dimensie belangrijk is in de belevingswereld van adolescenten.

Op één deelnemer na, zagen de jeugdartsen en -verpleegkundigen ‘sociaal-maatschappelijk participeren’ als essentieel onderdeel in de beleving van een adolescent (n=15):

“Die vind ik belangrijk want dat is denk ik hun leven. Het omgaan met anderen, uitgaan. Contacten leggen de basis voor je eigen identiteit. Ja dat vind ik een hele belangrijke. Komt ook veel terug. Daar besteden we heel veel aandacht aan. De groepsdruk maar ook of je sociale contacten hebt. Ja daar hebben we het met ze over ja.”

Ook het ‘mentale welbevinden’ werd door meer dan de helft van de jeugdartsen en -verpleegkundigen als belangrijk gezien binnen de beleving van de adolescenten (n=9): *“Heel belangrijk! Vooral denk ik binnen de Jeugdgezondheidszorg. Het psychische welbevinden is ook een groot onderdeel van een gesprek met een adolescent. Daar hebben we het ook vaak over.”* Aan de dimensies: ‘spirituele/existentiële dimensie’ en ‘dagelijks functioneren daarentegen werd door slechts twee deelnemers aandacht besteed (n=2). De meerderheid van de deelnemers benadrukte zelfs dat jongeren zich nog niet bezig houden met het vormen van een toekomstperspectief (n=11): *“Ik heb niet het idee dat dit bij de jongeren heel erg speelt van wat wil ik nou met mijn leven. Dat is ook niet iets wat ik ter sprake breng.”*

Tabel 5 Belangrijke Rol Dimensie in Belevingswereld Adolescent, naar Aantal Deelnemers

Dimensie	n ^a	%
Sociaal-maatschappelijke participatie	15	93.75%
Mentaal welbevinden	9	65.25%
Kwaliteit van leven	5	31.25%
Lichaamsfuncties	4	25%
Spirituele/existentiële dimensie	2	12.5%
Dagelijks functioneren	2	12.5%

^aN=16

Belang subjectieve waarneming.

Naast het belang van specifieke dimensies binnen de belevingswereld van jongeren, werd de subjectieve waarneming van de adolescenten benadrukt. Pas als een jongere zichzelf belemmerd voelt door klachten of problemen, zou hieraan volgens een aantal jeugdartsen en -verpleegkundigen aandacht besteed moeten worden (n=5):

“Ik nodig niet iedereen gelijk uit. Dat hangt ervan af hoe je dat ervaart. Er zijn zat mensen die heel veel lichamelijke problemen hebben en die daar helemaal geen negatief effect op hun (...) leven van ervaren. Ik heb een keer iemand in een discotheek zien staan en die stond op krukken en die was helemaal uit haar plaat aan het gaan. (...) ja die genoot gewoon van het leven zoals het was maar dan zonder benen. Ik vind dat een heel mooi voorbeeld hoe dat helemaal niks kan uitmaken als je maar de goede mindset hebt.”

“Iemand kan tien oppervlakkige vrienden hebben en geen idee hoe je de diepte induikt en hierdoor ongelukkig worden of iemand kan drie hele goede vrienden hebben en daar gewoon prima gelukkig zijn dus hoeveel vrienden je hebt dat zegt helemaal niks. Ik denk dat (...) je vooral geen problemen moet maken waar die niet zijn.”

Discrepantie eigen referentiekader met adolescent

Jeugdartsen en -verpleegkundigen gaven aan dat verschillen tussen hun eigen referentiekader en dat van adolescenten voor spanningen kunnen zorgen (n=6):

“Ja kijk (...), daarin blijf je ook altijd leren. Als ik voor mezelf kijk dan blijft er altijd een spanningsveld (...). Om het aan een onderwerp op te hangen: het onderwerp over gezond gewicht, overgewicht, obesitas. Dan heb ik daar zelf een beeld bij wat ik graag zou willen hoe het voor die persoon eruit ziet. En wat ik denk wat goed is voor gezondheid. Maar ik bepaal het niet. En misschien vindt die persoon dat zelf helemaal niet (...) en wil het daar helemaal niet over hebben. Dat is een spanningsveld in ons vak.”

Probleem-/klachtgerichte werkwijze.

Selectiviteit op basis van problemen/klachten.

Naast de belevingswereld van de jongeren, bleek de prevalentie van klachten doorslaggevend te zijn voor de werkwijze van jeugdartsen en -verpleegkundigen. De frequentie waarmee problemen en/of klachten werden gesignaleerd, was bepalend voor de mate van aandacht die uitging naar de verschillende dimensies: aan dimensies waarop veel problemen en/of klachten werden gesignaleerd, werd ook meer aandacht geschonken. In Tabel 6 is weergegeven hoeveel jeugdartsen en -verpleegkundigen aangaven aandacht te besteden aan een dimensie omdat ze hierop vaak klachten en/of problemen signaleerden.

Slechts één deelnemer gaf aan vaak klachten op de ‘spirituele/existentiële dimensie’ te signaleren ($n=1$): *“Wat je vaak ziet bij jongeren is dat ze niet zo goed weten wat ze willen en daar dan mee klem zitten. Ja daar besteed ik dan ook wel aandacht aan.”* Op de dimensies: ‘lichaamsfuncties’ ($n=13$), ‘mentaal welbevinden’ ($n=11$), ‘sociaal-maatschappelijke participatie’ ($n=10$) en ‘dagelijks functioneren’ ($n=9$) daarentegen, signaleerde meer dan de helft van de jeugdartsen en -verpleegkundigen klachten en/of problemen. Een voorbeeld van een uitspraak over het vóórkomen van klachten op het gebied van mentaal welbevinden is:

“(...) je merkt ook wel dat ze onzeker zijn over bepaalde dingen. Veel meisjes die zichzelf te zwaar vinden terwijl ze een heel gezond gewicht hebben. (...) ja je ziet toch veel onzekerheid op die leeftijd en dat is ook altijd een belangrijk punt voor ons om op in te haken.”

Tabel 6 Dimensie met Hoge Prevalentie Klachten, naar Aantal Deelnemers

Dimensie	<i>n</i> ^a	%
Lichaamsfuncties	13	81.25%
Mentaal welbevinden	11	68.75%
Sociaal-maatschappelijke participatie	10	62.5%
Dagelijks functioneren	9	56.25%
Kwaliteit van leven	6	37.5%
Spirituele/existentiële dimensie	1	6.25%

^aN=16*Bespreekbaarheid problemen/klachten.*

Uit de interviews kwam naar voren dat jeugdartsen en -verpleegkundigen het idee hadden dat specifieke problemen en/of klachten moeilijk bespreekbaar gemaakt konden worden door adolescenten. Aangezien de jeugdartsen en -verpleegkundigen het belangrijk vonden om aandacht te besteden aan dimensies waarop er sprake was van klachten en/of problemen, werd dit als belemmering ervaren in het contact met de doelgroep. Tevens werd de bespreekbaarheid van klachten en/of problemen als barrière ervaren om Positieve Gezondheid toe te passen. De redenen waarmee jeugdartsen- en verpleegkundigen de gesloten houding van adolescenten verklaarden, waren: ‘gebrek aan vertrouwen in de Jeugdgezondheidszorg’ (*n*=5), ‘schaamte’ (*n*=2) en het ‘moeilijk kunnen verwoorden van gevoelens’ (*n*=1). In Tabel 7 is de waargenomen bespreekbaarheid van klachten/problemen per dimensie weergegeven. De drempel om problemen en/of klachten die vallen onder de dimensie ‘lichaamsfuncties’ bespreekbaar te maken, bleek in tegenstelling tot de andere dimensies laag te zijn (*n*=11):

“Lichaamsklachten. Daar kan je zelf niks aan doen. Die heb je of die heb je niet en het is je niet kwalijk te nemen als je ze hebt. En daarvoor durven ze ook hulp te vragen. Dat durven ze ook in een gesprek aan te geven. Daar komen ze ook wel regelmatig mee.”

Over de dimensies ‘sociaal-maatschappelijke participatie’, ‘mentaal welbevinden’ en ‘kwaliteit van leven’ werden tegenstrijdige uitspraken gedaan. Een aantal jeugdartsen en -verpleegkundigen vonden namelijk dat problemen/klachten die binnen deze dimensies vallen, makkelijk bespreekbaar waren. Andere deelnemers hadden juist het idee dat dit niet het geval was. Het aantal deelnemers dat aangaf dat er een drempel was voor jongeren om klachten/problemen op deze dimensies te bespreken, was echter hoger dan het aantal jeugdartsen en -verpleegkundigen dat aangaf dat de drempel voor adolescenten laag was om deze onderwerpen te bespreken. Hieronder volgt een uitspraak van een jeugdverpleegkundige over de bespreekbaarheid van het mentale welbevinden:

“Na ja ik denk dat er heel veel jongeren zijn die (...) aan het zoeken zijn naar hun eigen identiteit en die onzeker zijn en weinig eigenwaarde hebben. Dat hoort natuurlijk ook bij het hele puberen. (...) ik denk dat het ook een leeftijd is waar ze het heel moeilijk vinden om het daar echt over te hebben. Ze voelen zich snel aangevallen en ze willen het ook allemaal zelf uitzoeken. Maar ik denk dat dat heel belangrijk is om te bespreken. Omdat dat bij een deel toch niet goed gaat.”

Tabel 7 Waargenomen Bespreekbaarheid Problemen/Klachten

Dimensie	Lage drempel		Hoge drempel	
	<i>n</i> ^a	%	<i>n</i> ^a	%
Lichaamsfuncties	11	68.75%	0	0%
Mentaal welbevinden	3	18.75%	5	25%
Spirituele/existentiële dimensie	0	0%	2	12.5%
Kwaliteit van leven	1	6.25%	4	18.75%
Sociaal- maatschappelijk participeren	4	25%	6	31.25%
Dagelijks functioneren	0	0%	0	0%

^aN=16

Aandacht voor capaciteiten en mogelijkheden.

Ondanks dat de meerderheid van de deelnemers aangaf aandacht te besteden aan veel voorkomende klachten, benadrukten drie deelnemers ook het belang om “mogelijkheden (...) en capaciteiten van de leerling” in kaart te brengen (n=3):

“Ik vind het belangrijk dat we dit ook navragen. (...) want soms worden hele zware dingen aangegeven en dan kun je dat positieve daar weer tegenover zetten. (...) hoe noemen ze dat ook alweer? De compenserende factoren. Ja als het verder allemaal heel positief is dan is het toch heel relatief (...) en heeft dat voor hun welbevinden minder invloed.”

Verantwoordelijkheid toekomstperspectief.

Ondanks dat de jeugdartsen en -verpleegkundigen alle dimensies belangrijk vonden voor gezondheid gaven ze aan dat ze binnen het contactmoment adolescenten weinig of geen aandacht besteden aan de dimensie ‘spiritueel/existentieel’. Specifiek werd hierbij het aspect ‘toekomstperspectief’ genoemd. De helft van de jeugdartsen en -verpleegkundigen was van mening dat het vormen van een toekomstbeeld de verantwoordelijkheid van de school is (n=8). Hier zou volgens hen pas aandacht moeten worden besteed, als er sprake is van klachten en/of problemen. Eén jeugdverpleegkundige was van mening dat het de verantwoordelijkheid van ouders is om de adolescent te helpen met het vormen van een toekomstperspectief (n=1). Over de andere dimensies zijn in deze context geen uitingen gedaan. Hieronder volgt een uitspraak van een deelnemer die van mening was dat het niet de primaire taak van de GGD is om een toekomstbeeld te stimuleren:

“Ik denk dat dat meer iets is wat bij school hoort te liggen omdat ze hun langer kennen en hun beter kunnen begeleiden welke kant ze op willen. Maar ja als jongeren daarin klem lopen en psychische klachten van krijgen, daar kunnen we natuurlijk wel helpen en kan iemand daar misschien wel over praten als ze niet naar school kunnen of naar de leerlingenbegeleider. Maar ik denk dat dat primair de taak is die (...) bij school moet liggen om ze te helpen met wat wil ik nou eigenlijk. Dat is school hun ding.”

Belemmering werkzaamheden contactmoment adolescenten.

De hierboven omschreven thema's hebben direct betrekking op de toepassing van Positieve Gezondheid. De subthema's die in onderstaande paragraaf zullen worden besproken, hebben indirect betrekking op de toepassing van Positieve Gezondheid: de moeilijkheden die jeugdartsen en -verpleegkundigen in hun werkzaamheden ervoeren, werden als dusdanig belemmerend ervaren dat ze zich niet in staat achtten om Positieve Gezondheid tot uitvoering te brengen. De barrières zijn tijdens de interviews herhaaldelijk en door verschillende jeugdartsen en -verpleegkundigen genoemd.

Eerlijkheid invullen vragenlijst.

Tijdens de gezondheidslessen die op school werden gegeven, werd door alle leerlingen een vragenlijst ingevuld. Deze diende ter signalering van klachten en/of problemen. Een aantal jeugdartsen en -verpleegkundigen was van mening dat de vragenlijst: “(...) *veel te sociaal wenselijk wordt ingevuld.*” (n=6). Een reden die hiervoor werd aangedragen was dat “(...) *leerlingen tijdens het invullen naar elkaar gaan kijken en dat ze (...) ginnegappen met elkaar.*” De deelnemers gaven aan zich hierdoor belemmerd te voelen in het signaleren van klachten en/of problemen op de verschillende dimensies van Positieve Gezondheid.

Gebrek belang persoonlijk contact.

Op de vragenlijst hadden leerlingen de mogelijkheid om aan te geven als ze een gesprek willen hebben met een jeugdarts of -verpleegkundige. Ondanks dat er uit de gegeven antwoorden op de vragenlijst bleek dat er leerlingen met problemen en/of klachten waren, gaven weinig leerlingen aan behoefte te hebben aan een gesprek. Het gebrek aan contact met de jongeren werd door de meerderheid van jeugdartsen en -verpleegkundigen als belemmering ervaren (n=13):

“Vandaag kwam ik een vragenlijst tegen van een jongen die ook echt zei van ik voel me heel erg onzeker. Maar die wilde geen contact. En dat is ook een groot nadeel aan de manier waarop we nu werken ja, het is gewoon heel vrijblijvend.”

“(...) individueel heb ik hierover nog nooit een leerling gehad. En er zijn (...) leerlingen die denken van ik ben onzeker en ik zit niet lekker in mijn vel. (...) ik heb dus nog niet echt leerlingen gehad die daarvoor op gesprek komen.”

Opkomst gesprek.

Naast dat weinig leerlingen behoefte hadden aan een gesprek, zeiden jeugdartsen en -verpleegkundigen het als belemmerend te ervaren dat adolescenten vaak niet op een geplande afspraak verschenen ($n=5$): *“Nou, we moeten nog een serie uitnodigen. We hebben ze nog niet allemaal gezien. Maar soms van de vier komt er maar één.”* Een reden die hiervoor werd genoemd, is dat adolescenten de afspraak “vergeten” ($n=1$). Daarnaast werd er verondersteld dat er te veel tijd zit tussen het invullen van de vragenlijst en het gesprek ($n=4$): *“Bij de jongeren is het zo van wat er nu speelt moet nu gelijk afgehandeld worden en niet (...) een week later.”*

Verschil onderwijsniveaus.

Uit de interviews bleek dat de bovengenoemde belemmeringen vaker op vmbo- en praktijkscholen werden geconstateerd dan op vwo- en havoniveau. Volgens de jeugdartsen en -verpleegkundigen stelden leerlingen van de hogere schoolniveaus meer vragen dan leerlingen van praktijkscholen of het vmbo-niveau ($n=3$). Daarnaast raakten leerlingen op de hogere schoolniveaus volgens een aantal jeugdartsen en -verpleegkundigen minder snel afgeleid tijdens het invullen van de vragenlijst ($n=5$). Op praktijkscholen en op vmbo-niveau daarentegen, gaven jeugdartsen en -verpleegkundigen aan vaker risicogedrag en problemen te signaleren ($n=7$). Volgens de jeugdartsen en -verpleegkundigen hadden echter juist de leerlingen op lagere schoolniveaus minder vaak behoefte aan een gesprek dan leerlingen op vwo- en havoniveau ($n=4$).

4. Discussie

4.1 Doel van het Onderzoek

Dit onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan de oplossing van een maatschappelijk vraagstuk. Ondanks dat Positieve Gezondheid een uitgangspunt biedt om in te spelen op de veranderingen in de zorgsector, is hiernaar weinig onderzoek verricht. Dit is het eerste onderzoek waarin er is nagegaan in hoeverre de houding en werkwijze van zorgprofessionals aansluiten bij het concept Positieve Gezondheid. Hiermee levert dit onderzoek niet alleen een bijdrage aan de implementatie van Positieve Gezondheid in een praktische context, maar geeft het ook aan in hoeverre er een omslag in het medische denken en handelen van zorgprofessionals heeft plaatsgevonden.

4.2 Belangrijkste Bevindingen en Interpretatie

Om na te gaan in hoeverre er onder jeugdartsen en -verpleegkundigen draagvlak bestaat voor Positieve Gezondheid, is de houding ten opzichte van dit concept in kaart gebracht. In onderstaande paragrafen zal worden toegelicht wat de bevindingen die hieruit zijn voortgekomen voor de implementatie van Positieve Gezondheid en de veranderingen in de zorgsector betekenen.

4.2.1 Houding ten opzichte van Positieve Gezondheid.

Implementatie Positieve Gezondheid.

Zowel uit de vragenlijst als uit het semigestructureerde interview kwam naar voren dat de jeugdartsen en -verpleegkundigen een brede, holistische kijk hebben op gezondheid: ze achtten alle zes dimensies belangrijk voor gezondheid en benadrukten de samenhang tussen de dimensies. Aangezien jeugdartsen en -verpleegkundigen zich kunnen vinden in de brede benadering die het concept Positieve Gezondheid kent, zou de houding van jeugdartsen en -verpleegkundigen kunnen bijdragen aan de implementatie van Positieve Gezondheid.

Verschuiving medisch denken en handelen.

Deze bevindingen wijzen erop dat er een verschuiving heeft plaatsgevonden in het medische denken en handelen van zorgprofessionals: het feit dat jeugdartsen en -verpleegkundigen een brede kijk hebben op gezondheid, betekent dat zorgprofessionals niet enkel meer biologische factoren van belang achten voor gezondheid, zoals gebruikelijk binnen de biomedische traditie (Suls & Rothmann, 2004). Dit impliceert dat de relatie tussen fysieke gezondheid en andere factoren, zoals het sociale en mentale welbevinden, door zorgprofessionals wordt onderkend. Met het oog op de groeiende zorgbehoefte zou dit een wenselijke ontwikkeling kunnen zijn. Binnen een brede benadering van gezondheid is er, naast biologische factoren, namelijk ook aandacht voor factoren die door individuen zelf beïnvloedbaar zijn. Bijvoorbeeld door een gezonde leefstijl, kunnen uiteenlopende chronische ziektes worden voorkomen (WHO, 2003). Meer aandacht voor factoren die door individuen zelf beïnvloedbaar zijn, zoals houding en leefstijl, zouden een demedicaliserend effect kunnen hebben (Anderson, 1995; Double, 2002; Wade, 2009). De verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid wordt bij mensen zelf neergelegd, waardoor de vraag naar professionele hulp en medicamenteuze behandeling terug kan worden gedrongen.

Literaire interpretatie van bevindingen.

De resultaten uit het huidige onderzoek bevestigen de bevinding van Huber (2014) dat verpleegkundigen een brede kijk hebben op gezondheid. Opvallend is echter dat de deelnemende artsen aan het onderzoek van Huber (2014) een smalle, biomedische opvatting van gezondheid hebben: aan de dimensie 'lichaamsfuncties' kenden ze hoog belang toe in tegenstelling tot de overige vijf dimensies van Positieve Gezondheid. De deelnemende jeugdartsen aan het huidige onderzoek vinden daarentegen alle zes dimensies belangrijk. Opvallend is dat zij, in verhouding met de overige vijf dimensies, een relatief laag belang hebben toegekend aan de dimensie 'lichaamsfuncties'.

Een mogelijke verklaring voor deze tegenstrijdige bevindingen is het verschil in de medische vervolgopleidingen tussen de deelnemende artsen aan het onderzoek van Huber (2014) en de jeugdartsen uit het huidige onderzoek. Er is aangetoond dat de opleiding de kijk op gezondheid kan beïnvloeden (Déville, 2010; Huber, 2014). De deelnemende artsen aan het huidige onderzoek hebben, naast de opleiding tot basisarts, de vervolgopleidingen tot jeugdarts en Arts Maatschappij en Gezondheid gevolgd. Binnen de laatstgenoemde opleiding wordt veel aandacht besteed aan pedagogische, sociale en economische factoren (TNO, 2015). De educatieve achtergrond van de deelnemende artsen aan het onderzoek van Huber (2014), was niet nader gespecificeerd. De nadruk in de meeste geneeskundige opleidingen ligt op biomedische bevindingen (Hoffer, 2009). Dit zou ertoe geleid kunnen hebben dat de deelnemende artsen aan het onderzoek van Huber (2014) aangaven de dimensie ‘lichaamsfuncties’ belangrijker te vinden dan de artsen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek.

Naast het opleidingsniveau, blijkt ook de organisatorische context van invloed te zijn op de kijk op gezondheid (Raeymackers, 2009). De werkzaamheden binnen de GGD zijn uitsluitend preventief van aard, wat betekent dat de jeugdartsen en -verpleegkundigen die hebben deelgenomen aan dit onderzoek, geen behandelingen uitvoeren. Daarnaast verlenen zij zorg aan een jonge en grotendeels gezonde doelgroep. Ook deze factoren zouden ertoe geleid kunnen hebben dat deze artsen aangaven de dimensie ‘lichaamsfuncties’ minder belangrijk te vinden voor gezondheid.

Ten slotte heeft de GGD de doelstelling om de deelname aan de maatschappij en de kwaliteit van leven te bevorderen (Comajta, Peppelenbos & Walg, 2006). Dit is een mogelijke verklaring voor het feit dat de deelnemende artsen aan het huidige onderzoek aangaven meerdere dimensies, zoals ‘sociaal-maatschappelijke participatie’ en ‘kwaliteit van leven’ belangrijk te vinden, in tegenstelling tot de artsen uit het onderzoek van Huber (2014).

Methodologische interpretatie van bevindingen.

Naast de medische vervolgopleiding en de organisatorische context, zouden de kenmerken van de jeugdartsen ertoe geleid kunnen hebben, dat ze een bredere kijk hebben op gezondheid dan de artsen die hebben deelgenomen aan het onderzoek van Huber (2014). Uit het onderzoek van Huber (2014) blijkt dat vrouwen een hoger belang toekennen aan de dimensies van Positieve Gezondheid. Aan het huidige onderzoek hebben uitsluitend vrouwen deelgenomen. Ten tweede konden deelnemers zich vrijwillig voor dit onderzoek aanmelden. Er is sprake van een relatief lage respons van 42.5%. Mogelijkerwijs hebben jeugdartsen en -verpleegkundigen die zich niet konden vinden in het concept Positieve Gezondheid, zich niet aangemeld voor dit onderzoek. Op basis van de tegenstrijdige bevindingen met het onderzoek van Huber (2014) is verder onderzoek nodig om na te gaan hoe zorgprofessionals met verschillende educatieve en organisatorische achtergronden aankijken tegen Positieve Gezondheid.

4.2.2 Werkwijze ten opzichte van Positieve Gezondheid.

Naast de houding is er in kaart gebracht in hoeverre Positieve Gezondheid tot uiting komt in de werkwijze van jeugdartsen en -verpleegkundigen. Er kwam naar voren dat de huidige werkwijze zich kenmerkt door een patiënt-, probleem- en klachtgerichte aanpak. Wat dit voor de implementatie van Positieve Gezondheid en de veranderingen in de zorgsector betekent, zal in onderstaande paragrafen worden belicht.

Patiëntgerichte zorg.

Implementatie Positieve Gezondheid.

Uit de interviews kwam naar voren dat de jeugdartsen en -verpleegkundigen minder aandacht besteden aan dimensies die volgens hen minder belangrijk zijn in de belevingswereld van adolescenten. Daarnaast wordt de subjectieve waarneming van klachten en problemen tijdens gesprekken geëxploreerd. Het rekening houden met de subjectieve belevingswereld van individuen komt overeen met de patiëntgerichte zorg en het idee achter het concept Positieve Gezondheid (Huber, 2014; Mead & Bouwer, 2000; Stewart, 2001).

Het feit dat jeugdartsen en -verpleegkundigen in hun werkzaamheden reeds aandacht besteden aan de belevingswereld van adolescenten, zou de implementatie van Positieve Gezondheid kunnen faciliteren (Berwick, 2003; Haney et al., 1996). Uit dit onderzoek kwamen echter ook een aantal factoren naar voren die als belemmering worden ervaren om de patiëntgerichte zorg en Positieve Gezondheid toe te passen. Er bleek namelijk sprake te zijn van een spanningsveld tussen het referentiekader van de zorgprofessionals en de adolescenten. Dit leidt tot ethische dilemma's, bijvoorbeeld als een adolescent geen probleem ervaart maar de jeugdartsen en -verpleegkundigen van mening zijn dat de jongere hulp nodig heeft. Ook blijkt er sprake te zijn van een gebrek aan contact met de adolescenten: weinig adolescenten hebben behoefte aan een persoonlijk gesprek en velen verschijnen niet op een reeds geplande afspraak. Het gebrek aan contact met de adolescenten vormt volgens de jeugdartsen en -verpleegkundigen een belemmering om zich te richten op de dimensies van Positieve Gezondheid die belangrijk zijn in de belevingswereld van jongeren.

Verschuiving medisch denken en handelen.

De bovenstaande bevindingen impliceren dat er een omslag in de werkwijze van zorgprofessionals heeft plaatsgevonden. Een op de belevingswereld gerichte, patiëntgerichte werkwijze staat immers haaks op de traditionele, biomedische benadering waarin uitsluitend aandacht wordt besteed aan het (dis-)functioneren van het menselijk lichaam (Antonovsky, 1990; RVZ, 2010). Met betrekking tot de groeiende zorgvraag zou dit een wenselijke ontwikkeling kunnen zijn. Er is namelijk gebleken dat de patiëntgerichte werkwijze leidt tot empowerment van patiënten (Anderson, 1995; Holmström & Röing, 2010). Dit wil zeggen dat mensen in staat worden gesteld om de verantwoordelijkheid te dragen over hun eigen gezondheid, waardoor ze eerder geneigd zijn om een gezond leven te leiden (Hughner & Kleine, 2004). Ten slotte kan aandacht voor de belevingswereld een uitgangspunt bieden voor de omgang met chronische aandoeningen: ondanks hun ziekte kunnen mensen zich immers gezond voelen en, binnen hun mogelijkheden, deelnemen aan de maatschappij (Ingram, 2012).

Probleem-/klachtgerichte werkwijze.

Implementatie Positieve Gezondheid.

Naast de subjectieve belevingswereld, staan problemen en klachten in de werkwijze van jeugdartsen en -verpleegkundigen centraal. Aan dimensies waarop er veel klachten worden gesignaleerd, wordt ook meer aandacht besteed. Slechts drie jeugdartsen en -verpleegkundigen gaven aan dat ze naast belemmeringen ook de individuele mogelijkheden van adolescenten in kaart brengen. Een probleem- en klachtgerichte werkwijze komt niet overeen met Positieve Gezondheid. Het idee achter dit concept is juist om het ‘potentieel aan gezondheid’ te benutten (Visser, 2014, p.246). Om Positieve Gezondheid te kunnen implementeren zal er meer aandacht besteed moeten worden aan de mogelijkheden en capaciteiten van adolescenten. Dit vergt een omslag in de werkwijze van jeugdartsen en -verpleegkundigen.

Verschuiving medisch denken en handelen.

Uit bovenstaande bevindingen komt naar voren dat de biomedische, ziektegeoriënteerde benadering nog steeds diep verankerd ligt in de werkwijze van zorgprofessionals. Een nadeel van een dergelijke focus op problemen is dat mensen zich hierdoor gestigmatiseerd kunnen voelen en het idee hebben dat ze gereduceerd worden tot hun klachten (Cuijpers & Schuurmans, 2007). Angst voor stigmatisering kan ertoe leiden dat mensen geen hulp zoeken en minder geneigd zijn om intieme onderwerpen bespreekbaar te maken (Corrigan, 2004). Naast dat een probleem- en klachtgerichte werkwijze het contact tussen zorgprofessionals kan belemmeren, leidt een dergelijke aanpak tot medicalisering (Engel, 1977; Mol & Lieshout, 2008). Er wordt immers veel aandacht besteed aan gezondheidsrisico's waardoor capaciteiten, mogelijkheden en beschermende factoren onderbelicht blijven. Meer aandacht voor positieve factoren in het (mentale) functioneren van mensen zou een beschermend effect kunnen hebben op gezondheid en kunnen bijdragen aan het herstel van ziekte, zoals bekend uit de Positieve Psychologie (Lamers et al., 2011; Ryff et al., 2004; Seligman, 2008; Veenhoven, 2008; Walburg, 2008). Om de groeiende zorgvraag te dempen is het van groot belang dat zorgprofessionals zich naast ziektebestrijding meer richten op gezondheidsbevordering.

4.3 Praktische implicaties en aanbevelingen

4.3.1 Van ziektebestrijding naar gezondheidsbevordering.

Dit onderzoek benadrukt de invloed die de opleiding en de organisatorische context van zorgprofessionals op hun houding en werkwijze hebben (Déville, 2010; Huber, 2014; Raeymackers, 2009). Om Positieve Gezondheid te integreren in het medische denken en handelen is het belangrijk om zich te richten op deze factoren. Door middel van medische opleidingen waarin gezondheidsbevordering, in plaats van ziektebestrijding, centraal wordt gesteld, kunnen zorgprofessionals worden voorzien met de nodige kennis over positieve factoren in het functioneren van mensen (Raeymackers, 2009). Om zorgprofessionals in staat te stellen aan te sluiten bij de belevingswereld van mensen, is het belangrijk dat er binnen geneeskundige opleidingen voldoende aandacht wordt besteed aan communicatieve vaardigheden (Pelzang, 2009).

Daarnaast is het cruciaal om zorgprofessionals, middels adequate organisatorische randvoorwaarden, in staat te stellen om Positieve Gezondheid tot uitvoering te brengen. Om de capaciteiten en mogelijkheden van mensen te kunnen stimuleren, is het bijvoorbeeld belangrijk dat zorgprofessionals worden voorzien met diagnostische materialen waarin aandacht wordt besteed aan positieve factoren. Om een patiëntgerichte benadering tot uitvoering te brengen, moet aan zorgprofessionals de vrijheid worden toebedeeld om zelfstandige, situationeel gebonden beslissingen te nemen. In plaats van een door protocollen en richtlijnen gestuurde aanpak, dient een patiëntgerichte werkwijze immers te worden afgestemd op individuele voorkeuren en behoeftes (Slade, 2010). Ethische dilemma's zijn bij een dergelijke aanpak onvermijdelijk. Om de bovenstaande aanbevelingen te realiseren is het niet alleen belangrijk om zich te richten op de houding en werkwijze van zorgprofessionals maar ook op de inhoud van medische curricula en de missie en visie van zorgorganisaties.

4.3.2 Implementatie contactmoment adolescenten.

Om Positieve Gezondheid binnen het contactmoment adolescenten te implementeren, is het belangrijk om de positieve houding ten opzichte van dit concept te versterken. Daarnaast moeten jeugdartsen en -verpleegkundigen in staat worden gesteld om de patiëntgerichte werkwijze tot uitvoering te brengen en zich meer te richten op de capaciteiten en mogelijkheden van de adolescenten. Hoe dit bewerkstelligd kan worden zal in onderstaande paragrafen worden toegelicht.

Versterken houding ten opzichte van Positieve Gezondheid.

Een mogelijkheid om de positieve houding ten opzichte van Positieve Gezondheid te versterken, is het verhogen van kennis (Baelden & Audenhoeve, 2013). Alle jeugdartsen en -verpleegkundigen gaven vóór het onderzoek aan niet te weten wat Positieve Gezondheid inhoudt. Door middel van presentaties en workshops zouden jeugdartsen en -verpleegkundigen kunnen worden voorzien van informatie over dit concept. Hierop aansluitend zouden er door middel van intervisionair overleg, kennis en ervaringen kunnen worden uitgewisseld (Hutsebaut, Bales, Busschbach & Verheul, 2012). Naast een positieve houding ten opzichte van Positieve Gezondheid, zou hierdoor ook de betrokkenheid bij het implementatieproces gestimuleerd kunnen worden (Baelden & Audenhoeve, 2013).

Aandacht voor positieve factoren.

Positief-psychologische interventies bieden een uitgangspunt om zich binnen het contactmoment adolescenten meer te richten op mogelijkheden en capaciteiten in plaats van louter op problemen en klachten. Uit een meta-analyse is gebleken dat positief-psychologische interventies die op klasniveau worden aangeboden een bevorderend effect hebben op de tevredenheid, eigenwaarde en het pro-sociale gedrag van leerlingen: aspecten die ook in het concept Positieve Gezondheid terugkomen (Waters, 2011). De advisering van scholen met betrekking tot hun schoolgezondheidsbeleid is een van de taken van jeugdartsen en -verpleegkundigen. Zij zouden een faciliterende rol kunnen spelen bij het integreren van positief-psychologische interventies in de zorgstructuur van scholen.

Omdat zij nog niet beschikken over de nodige kennis van positief-psychologische interventies, is de samenwerking met externe partijen die deskundig zijn in het opzetten en uitvoeren van dergelijke interventies cruciaal.

Stimuleren contact met adolescenten.

Tijdens de interviews is herhaaldelijk aangedragen dat jeugdartsen en -verpleegkundigen zich door het gebrek aan contact met de adolescenten niet in staat voelen om Positieve Gezondheid tot uitvoering te brengen. Er is aangetoond dat een gebrek aan vertrouwen om een bepaald gedrag te kunnen uitvoeren, ertoe kan leiden dat mensen weinig of geen inspanning verrichten om het gedrag daadwerkelijk te realiseren (Ajzen, 1991; Bandura, 1977; Haney et al., 1996). Door het gebrek aan vertrouwen om Positieve Gezondheid te kunnen implementeren, is het dus mogelijk dat jeugdartsen en -verpleegkundigen geen pogingen ondernemen om Positieve Gezondheid toe te passen, zelfs als gesprekken met de adolescenten wél tot stand komen. Voor de implementatie van Positieve Gezondheid is het daarom van groot belang om het contact tussen de Jeugdgezondheidszorg en adolescenten te intensiveren. Aangezien met slechts weinig adolescenten een gesprek tot stand komt, dient zich de vraag aan of dit de juiste vorm is om in contact te komen met de doelgroep. Een van de doelstellingen binnen het contactmoment adolescenten is om aan te sluiten bij de communicatieve voorkeuren van jongeren door “gebruik te maken van eigentijdse, digitale middelen” (Heerwaarden, 2013, p.13). In het kader van het contactmoment adolescenten zou bijvoorbeeld een anonieme chatdienst aangeboden kunnen worden. Dit zou angst voor stigmatisering bij adolescenten kunnen wegnemen, waardoor de drempel om hulp te zoeken en om intieme onderwerpen te bespreken verlaagd zou kunnen worden (Cuijpers & Schuurmans, 2007; Jorm & Griffiths, 2006; Postel, Jong, & Haan, 2008).

Mochten digitale middelen geschikt blijken om met adolescenten in contact te komen, kan worden overwogen om gesprekken alleen nog met adolescenten te plannen die een expliciete voorkeur hebben voor deze vorm van contact. Daarnaast zou ook de toepassing van andere e-health applicaties kunnen worden overwogen. Aangezien de meeste jeugdartsen en -verpleegkundigen echter nog geen ervaring hebben met digitale hulpverlening, zou het noodzakelijk zijn om hen eerst te voorzien met de nodige kennis en training.

4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Tot op heden is er weinig onderzoek verricht naar de houding en werkwijze van zorgprofessionals. Aangezien er sprake is van tegenstrijdigheden tussen de bevindingen die uit het huidige onderzoek en dat van Huber (2014) voortkomen, is verder onderzoek nodig om na te gaan in hoeverre het gezondheidsbegrip van zorgprofessionals met diverse educatieve en organisatorische achtergronden aansluit bij Positieve Gezondheid. Met als doel om een breed gedragen omslag te bewerkstelligen in het denken en handelen op gezondheidsgebied, is het belangrijk om te weten te komen hoe mensen die niet werkzaam zijn in de gezondheidszorg aankijken tegen gezondheid. De onderzoeken die hiernaar tot op heden zijn verricht, richten zich op specifieke leeftijdsgroepen zoals volwassenen en ouderen in de tweede levenshelft (Delle-Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick & Wissing, 2011; Drawert, 2013; Matel, 2012). Verder onderzoek is nodig om na te gaan hoe verschillende bevolkingsgroepen, zoals adolescenten en allochtonen tegen Positieve Gezondheid aankijken.

Ondanks dat diverse zorgorganisaties Positieve Gezondheid willen implementeren, is er tot op heden niets bekend over de effectiviteit van dit concept. Verder onderzoek is nodig om valide meetinstrumenten te ontwikkelen waarmee de effectiviteit van het concept in kaart kan worden gebracht.

Daarnaast is het belangrijk om de effectiviteit van Positieve Gezondheid te vergelijken met de werkzaamheid van andere gezondheidsmodellen. Met name is het belangrijk om de effectiviteit van verschillende gezondheidsmodellen in specifieke zorgcontexten te vergelijken. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat Positieve Gezondheid in een preventieve zorgcontext effectief blijkt te zijn maar dat een ziektegeoriënteerde benadering effectiever blijkt te zijn als er sprake is van zware problematiek. Door middel van gerandomiseerde, gecontroleerde trials (RCT's) zou, op een wetenschappelijk verantwoorde manier, kunnen worden bepaald welke benadering van gezondheid het meest effectief is binnen een specifieke zorgcontext.

Effectonderzoek naar het concept Positieve Gezondheid zou kunnen bijdragen aan het manifesteren van een positieve onderzoeksdiscipline binnen de geneeskunde. Hierbij is het belangrijk dat naast negatieve uitkomstmaten (vermindering klachten) ook positieve uitkomstmaten (bevorderen gezondheidstoestand) worden gebruikt (Seligman, 2008; Slade, 2010; Ryff & Singer, 1998). De kennis die voortkomt uit de Positieve Psychologie, biedt aanknopingspunten om zich binnen medisch onderzoek meer te richten op factoren die de gezondheid bevorderen. Middels een positieve wetenschappelijke discipline binnen de geneeskunde, kunnen opleidingsinstituten, organisaties en zorgprofessionals worden voorzien met de nodige kennis om in te spelen op de ontwikkelingen in de zorgsector.

4.5 Sterke kanten en beperkingen van dit onderzoek

Een sterke kant van dit onderzoek is de betrouwbaarheid. Tijdens de ontwikkeling van de meetinstrumenten en het codeerschema is op meerdere momenten feedback gevraagd van een onafhankelijk persoon. Dit heeft geresulteerd in een tevredenstellende interbeoordelaars-betrouwbaarheid. Dit betekent dat de waarschijnlijkheid groot is dat bij herhaling dezelfde resultaten gevonden zouden worden.

Een beperking van dit onderzoek is dat er tot op heden geen wetenschappelijke consensus over het begrip draagvlak bestaat. Ook over het begrip houding, oftewel attitude, zijn diverse definities en theorieën beschikbaar. Bij onderzoeken waarin deze begrippen centraal staan moet altijd kritisch worden gekeken naar de gehanteerde definitie. Dit onderzoek kan niet zonder meer vergeleken worden met andere onderzoeken naar draagvlak en/of attitude.

Een andere mogelijke beperking van dit onderzoek is het geringe aantal deelnemers dat de vragenlijst heeft ingevuld. Op basis van de kleine steekproef is het niet mogelijk om statistisch verantwoorde uitspraken te doen over de houding van de jeugdartsen en -verpleegkundigen. Het onderscheidingsvermogen van de MANOVA zouden om deze reden laag kunnen zijn (Razali & Wah, 2011). Het is mogelijk dat er wel sprake is van een verschil in de houding van jeugdartsen en -verpleegkundigen, maar dat deze niet gedetecteerd werd. Aangezien echter ook uit de kwalitatieve analyse blijkt dat zowel jeugdartsen als -verpleegkundigen alle dimensies van Positieve Gezondheid belangrijk vinden, kan ervan worden uitgegaan dat er daadwerkelijk geen sprake is van een verschil in de houding van jeugdartsen en -verpleegkundigen.

Het feit dat dit onderzoek in een dynamische, niet-gestandaardiseerde context is uitgevoerd en dat er sprake is van uitsluitend vrouwelijke deelnemers, roept de vraag op in hoeverre de resultaten van het huidige onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden. Aangezien er binnen het contactmoment adolescenten geen mannelijke jeugdartsen en -verpleegkundigen werkzaam zijn, is het aannemelijk dat de bevindingen uit dit onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden binnen de context van het contactmoment adolescenten. Met betrekking tot de generaliseerbaarheid van de resultaten buiten de organisatorische context van de GGD is echter enige voorzichtigheid geboden: de educatieve en organisatorische achtergrond van jeugdartsen en -verpleegkundigen kan hun kijk op gezondheid immers hebben beïnvloed.

Conclusie

Uit dit onderzoek volgt dat er geen volledig draagvlak onder jeugdartsen en -verpleegkundigen bestaat voor de implementatie van het concept Positieve Gezondheid. Alhoewel Positieve Gezondheid aansluit bij de houding van de zorgprofessionals, is er sprake van een discrepantie tussen de huidige en de beoogde werkwijze: in de huidige aanpak staan problemen en klachten centraal, wat niet overeenkomt met de nadruk op welbevinden die het concept Positieve Gezondheid kent. De probleem- en klachtgerichte werkwijze is een mogelijke verklaring voor het gebrek aan contact met de adolescenten, wat wederom een barrière voor jeugdartsen en -verpleegkundigen vormt om Positieve Gezondheid tot uitvoering te brengen. Om in te kunnen spelen op de veranderingen in de zorgsector is een verschuiving nodig van ziektebestrijding naar gezondheidsbevordering. Om dit te kunnen bewerkstelligen moet er binnen geneeskundig onderzoek, medische opleidingen, organisaties en door zorgprofessionals meer aandacht worden besteed aan het stimuleren van mogelijkheden en capaciteiten van mensen.

Dankwoord

Het schrijven van deze Masterthese heb ik als zeer plezierig en leerzaam ervaren. Dit was niet mogelijk geweest zonder de kritische blik en enthousiaste insteek van mijn begeleiders Sanne Lamers en Linda Cornelissen.

Sanne, ik wil je bedanken voor de persoonlijke betrokkenheid bij mijn leerproces. Niet alleen heb je me keer op keer uitgedaagd om mijn onderzoek op een hoger niveau te tillen maar heb je me ook geïnspireerd en gestimuleerd in mijn professionele ontwikkeling. Ik ben dankbaar voor de positieve leerervaringen die ik tijdens mijn Bachelor- en Masteronderzoek heb mogen opdoen.

Linda, jou wil ik bedanken voor de betrokkenheid en het enthousiasme waarmee je me hebt begeleid. Zonder de vrijheid die je me hebt toebedeeld tijdens mijn stage en onderzoek had ik mijn doelen en wensen niet kunnen verwezenlijken. Ook wil ik je bedanken dat je me een luisterend oor hebt geboden over mijn professionele overwegingen.

Ook wil ik mijn begeleiders van de GGD Twente, Marlie Cerneüs en Karlien Zomer bedanken. Dankzij jullie kon ik mijn onderzoek binnen een organisatie uitvoeren. Bedankt voor de fijne tijd die ik heb gehad bij de GGD.

Mijn dank gaat ook uit naar de twee ‘onafhankelijke personen’ uit dit onderzoek. Bijzondere dank gaat uit naar mijn lieve vriend Sander. Je inhoudelijke en emotionele steun betekent zo veel voor me. Bedankt dat je er altijd voor me bent en dat je me altijd steunt!

Robin, bedankt voor de tweede codering, de feedback en je medeleven bij dit proces. Ik wordt er enthousiast van om kritisch naar elkaars ideeën en plannen te kijken.

Als laatste, en daarom zeker niet minder oprecht, wil ik mijn ouders bedanken dat ze me in staat hebben gesteld om mijn eigen weg te kiezen en datgene te kunnen studeren waar mijn hart en mijn passie liggen.

Referentielijst

- Anderson, R. M. (1995). Patient Empowerment and the Traditional Medical Model: A case of irreconcilable differences? *Diabetes Care*, 18, 412-415.
<http://dx.doi.org/10.2337/diacare.18.3.412>
- Antonovsky, A. (1990). *Studying Health vs. Studying Disease*. Geraadpleegd op http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/soc_AAconference_berlim_91.pdf
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Baarda, D.B., Goede, M. P., de, & Teunissen, J. (2005). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen: Nordhoff Uitgevers B.V.
- Baelden, D., & Audenhove, L., van. (2013). Onderzoek naar de mogelijkheden van nieuwe media voor het versterken van het draagvlak voor ontwikkelingssamenwerking bij jongeren: Input voor conceptnota. Geraadpleegd op http://www.researchgate.net/publication/264859405_Onderzoek_naar_de_mogelijkheden_van_nieuwe_media_voor_het_versterken_van_het_draagvlak_voor_ontwikkelingssamenwerking_bij_jongeren_Input_voor_conceptnota
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215. [http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)
- Bensing, J. (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centred medicine. *Patient Education and Counseling*, 39, 17-25.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00087-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00087-7)
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA*, 289, 1969-1975.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.15.1969>
- Blankestijn, K. (2013). *De Tragiek van de Arts als Held* (Masterthesis). Geraadpleegd op https://www.google.nl/?gws_rd=ssl#q=Blankestijn+houding+ten+opzichte+van+een+
- Boedeltje, M. (2004). Draagvlak nader bekeken. Een verkenning van het begrip draagvlak binnen interactief beleid op lokaal niveau vanuit een normatief en instrumenteel perspectief. Geraadpleegd op <http://www.politologischinstituut.be/PE2004/documents/7BoedeltjedeGraaf.pdf>
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., J.A. Walburg, & Westerhof, G. (2013). *Handboek Positieve Psychologie. Theorie, onderzoek en toepassingen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof G. J., Rijper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119-139. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>

- Boot, J. M., Vermeer, P., Assema, C., Jansen, M., Hesdahl, & Vries (2010). Duurzame gerichte
wijkbevordering: wat is het en welke factoren spelen een rol? *Tijdschrift voor
gezondheidswetenschappen*, 90, 97-108. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>
- Borrel-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. (2004). *The Biopsychosocial Model 25
Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry*. Geraadpleegd van
<http://www.annfam.org/content/2/6/576.long>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in
Psychology*, 3, 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carey, G. (1998). *Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)*. Geraadpleegd op
<http://ibgwww.colorado.edu/~carey/p7291dir/handouts/manova1.pdf>
- Comajta, M., Peppelenbos, M., & Walg, C. (2006). *Preventie voor zorg! Wat de GGD doet en kan
doen in het kader van de Wmo*. Geraadpleegd op
https://www.google.nl/?gws_rd=ssl#q=Preventie+voor+zorg!+Wat+de+GGD+doet+en+kan+doen+in+het+kader+van+de+Wmo:+bestaande+taken%2C+verbreiding+taken%2C+ni
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-
625. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Cuijpers, P., & Schuurmans, J. (2007). Self-help interventions for anxiety disorders: An overview.
Current Psychiatry Reports, 9, 284-290. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-007-0034-6>
- Delle-Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The
Eudaimonic and Hedonic Components of Happiness: Qualitative and Quantitative
Findings. *Social Indicators Research*, 100, 185-207. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>
- Double, D. (2002). The limits of psychiatry. *BMJ*, 324, 900-904.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.900>
- Drawert, F. A. A. (2013). Lay Perspectives on Mental Health: A Qualitative Study (Masterthesis).
Geraadpleegd op http://essay.utwente.nl/64063/1/Drawert,_F.A.A._-_s0207195_%28verslag%29.pdf
- Engel, G. L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *Journal of
Medicine and Philosophy*, 6, 535-544. <http://dx.doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>
- Field, A. (2009). *Discovering SPSS Using SPSS*. London: Sage Publications.
- Gaag, N. van der, & Beets, G. (2013). *Regionale toekomstbeelden behoefte aan langdurige en de
relatie met wonen*. Geraadpleegd op
https://www.google.nl/?gws_rd=ssl#q=van+der+Gaag+%26+Beets
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and Why) Is Positive Psychology?. *Review of General
Psychology*, 9, 103-110. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>
- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Twente. (2013). *Jaarverslag GGD Twente 2014*. Geraadpleegd
op http://www.ggdtwente.nl/images/OVER_DE_GGD/jaarverslagenED/JaarverslagBC2014

- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Twente (2015). *Bestuursagenda Publieke Gezondheid: opdracht aan de GGD*. Geraadpleegd op <http://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=14801&m=1381157381&action=file.download>
- Haney, J., Czerniak, C. M., & Lumpe, A. T. (1996). Teacher Beliefs and Intentions Regarding the Implementation of Science Education Reform Strands. *Journal of Research in Science Teaching*, 33, 971-993. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2736\(199611\)33:9%3C971::AID-TEA2%3E3.0.CO;2-S](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1098-2736(199611)33:9%3C971::AID-TEA2%3E3.0.CO;2-S)
- Hartingsveldt, M., van. (2015). *De praktijkcontext van de ergotherapeut beweegt mee met de veranderingen in zorg en welzijn*. Geraadpleegd op http://www.researchgate.net/publication/280090053_De_praktijkcontext_van_de_ergotherapeut_beweegt_mee_met_de_veranderingen_in_zorg_en_welzijn
- Heerwaarden, Y., van. (2013). De JGZ in beeld bij adolescenten. Geraadpleegd op https://www.google.nl/search?q=van+heerwaarden&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=QM0KVqrGIYnLygOI07OwDA#q=Centrum+voor+Jeugd+en+Gezondheid+contactmoment+adolescenten
- Hoffer, C. (2009). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: van Gorcum.
- Holmström, I., & Röing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Elsevier*, 79, 167-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.008>
- Huber, M.A.S. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health: 'It's operationalization and use in public healthcare and in evaluating effects of food' (Doctoral dissertation, University of Maastricht). Geradpleegd op <http://www.caphri.nl/data/files/alg/id547/Thesis%20Machteld%20Huber.pdf>
- Hughner, R. S., & Kleine, S. S. (2004). View of health in the lay sector: A compilation and review of how individuals think about health. *Qualitative Health Research*, 8, 395-422. <http://dx.doi.org/10.1177/1363459304045696>
- Hutsebaut, J., Bales, L. B., Busschbach, J. J., & Verheul, R. (2012). The implementation of mentalization-based treatment for adoelscents: a case study from an organizational, team and therapist perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-6-10>
- Illich, I. (1975). The medicalization of life. *Journal of Medical Ethics*, 2, 73-77. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.1.2.73>
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Resarch. *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 112-133. <http://dx.doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Jorm, A. F., & Griffiths, K. M. (2006). Population promotion of informal self-help strategies for early intervention against depression and anxiety. *Psychological Medicine*, 36, 3-6. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705005659>

- Keyes, C. L. (2012). Toward a science of mental health. In Shane J. L. & Snyder C. R. (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (2e druk, pp. 89-95).
<http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhpb/9780195187243.013.0009>
- Khaw, K. T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., & Day, N. (2008). Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: *The EPIC-Norfolk Prospective Population Study*. *PLoS Medicine*, 5, 40-47. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0050070>
- Lamers, S.M.A., Bolier, L., Westerhof, G.J., Smit, F., & Bohlmeijer, E.T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 538-547. <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-011-9379-8>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174. <http://dx.doi.org/10.2307/2529310>
- Lau, D. H. (2002). Patient empowerment-a patient-centred approach to improve care. *Hong Kong Medical Journal*, 8(5) 372-374. Geraadpleegd op <http://www.hkmj.org/system/files/hkm0210p372.pdf>
- Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2009). A typology of mixed methods research designs. *Quality and Quantity*, 43, 265-275. <http://dx.doi.org/10.1007/s11135-007-9105-3>
- Leibovici, L., & Lièvre, M. (2002). Medicalisation: peering from inside medicine. *BMJ*, 324, 830-866. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.866>
- Leimon, A., & Mahon, G. (2012). *Positieve Psychologie voor Dummies*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- Matel, P. (2012). De geestelijke gezondheid van ouderen: het twee-continua model en lekenperspectief (Masterthesis). Geraadpleegd op http://essay.utwente.nl/62472/1/Matel,_P._-_s0217107_%28verslag%29.pdf
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Mol, A. & Lieshout, P. van, (2008). *Ziek is het woord niet*.
 Geraadpleegd op <http://dx.doi.org/10.5117/9789089640659>
- Nederlands Comité voor de Rechten van de Mens. (2005). De gevaren van psychiatrische drugs. Geraadpleegd op http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ncrm.nl%2Frapport%2520gevaar%2520van%2520psychiatrische%2520drugs.doc&ei=C99YVbD-JMHksgHpnoDIDg&usq=AFQjCNHOAmq2EEBZKSuemY0JVRCsX_O-8Q&bvm=bv.93564037,d.bGg
- Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing*, 19, 912-917. <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2010.19.14.49050>

- Postel, M. G., Jong, C.A.J., de, & Haan, H. A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? *American Journal of Psychiatry*, 162, 2393-2399.
<http://dx.doi.org/10.5117/9789089640659>
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. (2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Geraadpleegd op http://www.rvz.net/uploads/docs/Advies_-_zorg_voor_je_gezondheid.pdf
- Raeymaeckers, P. (2009). Hulpverleners en hun omgeving een kwalitatieve studie over de rol van de organisatiecultuur. *Journal of Social intervention: Theory and Practice*, 18(3), 23-41.
 Geraadpleegd op <http://anet.uantwerpen.be/docman/irua/622e08/d6abebaf.pdf>
- Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors, & Anderson-Darlings tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 1(2), 21-33. Geraadpleegd op <http://instatmy.org.my/downloads/e-jurnal%202/3.pdf>
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28. http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2000). Interpersonal Flourishing: A Positive Health Agenda for the New Millenium. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 30-44.
http://dx.doi.org/10.1207/S15327957PSPR0401_4
- Ryff, C. D., Singer, B., & Love G. D. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359, 1383-1394. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2004.1521>
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology*, 57, 3-18.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x>
- Seligman, M. E. P., & Csikzentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychological Association*, 60, 410-421.
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>
- Shapiro, S. S., & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52, 591-611. <http://dx.doi.org/10.2307/2333709>
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why Positive Psychology is Necessary. *American Psychological Association*, 56, 216-217. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.216>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing Well-Being and Alleviating Symptoms With Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467-487. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20593>
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery. *BMC Health Services Research*, 10, 26-39.
<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-26>

- Stewart, M. A. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433. Geraadpleegd op <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337906/pdf/cmaj00069-0061.pdf>
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, M. D. (1997). A Model of Empathic Communication in the Medical Interview. *The Journal of the American Medical Association*, 277, 678-682. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1997.03540320082047>
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology*, 23, 119-125. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.119>
- Tabachnick, B. G., & Fidell L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson
- Tweedy, K., & Lunardelli, A. (2001). *Multiple Analysis of Variance (MANOVA)*. Geraadpleegd op <http://schatz.sju.edu/multivar/guide/Manova.pdf>
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469. <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-006-9037-y>
- Visser, J. (2014). *Het vermogen om zelf de regie te voeren*. Geraadpleegd op <http://www.louisbolk.org/uploads/pdfs/Het%20vermogen%20om%20eigen%20regie%20te%20voeren%20Interview%20MH%20in%20MedischContact.pdf>
- Wade, D. T. (2009). Holistic Health Care. What is it, and how can we achieve it? Geraadpleegd op <http://www.ouh.nhs.uk/oce/research-education/documents/holistichealthcare09-11-15.pdf>
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems?. *BMJ*, 329, 1389-1401. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7479.1398>
- Walburg, J. A. (2008). *Mentaal vermogen: investeren in geluk*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.
- Walg, C. (2014). *Gezondheid Centraal: opschudding in de gezondheidszorg*. Barneveld: Boekenbent.
- Waters, L. (2011). A review of school-based positive psychology interventions. *The Australian Education and Developmental Psychologist*, 28, 75-90. <http://dx.doi.org/10.1375/aedp.28.2.75>
- World Health Organization, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. (2003). *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Geraadpleegd op <http://health.euroafrica.org/books/dietnutritionwho.pdf>

Appendices

Appendix A *Uitwerking Aspecten Positieve Gezondheid volgens Huber (2014)*

Dimension	Aspects
Bodily functions	- A medical check shows no abnormal results - Giving a healthy impression (colour/eye expression/attitude) - Having an age appropriate physical capacity to function - Not being plagued by complaints of pain - Feeling energetic
Mental functions & perception	- Being mentally competent and able to think clearly - Being in a positive mood - Having self-confidence - Having grip on his/her own life - Being able to manage personal circumstances
Spiritual/existential dimension	- Experiencing a good quality of life - Feeling happy most of the time - Being able to enjoy life - Feeling healthy - Flourishing - Having a zest for life - Being well-balanced

Social and societal**participation**

- Being able to maintain social contacts
- Having sufficient supportive relationships
- Not experiencing loneliness
- Feeling accepted in the social environment
- Participating in society
- Doing work (paid or unpaid) that is perceived as meaningful

Daily functioning

- Being able to wash and dress oneself (ADL)
 - Being able to run the personal household (e.g. cooking, cleaning, managing money)
 - Being able to work (paid or unpaid)
 - Being able to understand medication instructions and follow them (health literacy)
-

Appendix B *Vragenlijst Positieve Gezondheid Survey Monkey*

Hartelijk dank voor uw deelname aan dit onderzoek.

Uw gegevens worden anoniem verwerkt.

Gelieve daarom uw deelnemersnummer in onderstaand vak in te vullen. Deze heeft u reeds per mail ontvangen van: m.backhaus@student.utwente.nl (onderwerp: deelnemersnummer).

Deze enquête vormt het eerste deel van dit onderzoek. Het is de bedoeling dat deze wordt ingevuld voorafgaand aan het interview.

Mocht u hierover vragen hebben dan kunt u mij altijd via de mail benaderen.

Met vriendelijke groet,

Mareike Backhaus

Hier uw deelnemersnummer invoeren:

Deze vragenlijst gaat over uw mening over verschillende aspecten van gezondheid.

Het is de bedoeling dat u bij elke vraag invult in hoeverre het aspect volgens u belangrijk is voor gezondheid.

Het gaat hierbij om uw persoonlijke mening. U hoeft de vragen dus niet te koppelen aan uw werkzaamheden binnen de GGD.

De vragen kunnen worden beantwoord op een schaal van 1 (Zeer onbelangrijk) tot 9 (Zeer belangrijk).

Mocht u geen mening hebben over een vraag, vult u dan in: 'Ik weet het niet'.

Hieronder volgt een voorbeeld:

"In hoeverre acht u het volgende aspect belangrijk voor gezondheid?"

Aspect: Goed kunnen zien zonder bril of lenzen.

U vindt dit aspect zeer belangrijk.

U vult in: 'Zeer belangrijk 9'

In hoeverre acht u het volgende aspect belangrijk voor gezondheid?	Zeer onbelangrijk				Niet onbelangrijk/niet belangrijk				Zeer belangrijk				Ik weet het niet
	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
Een gezonde indruk maken (huidtint/gelaatsuitdrukking/attitude)													
Het hebben van zelfvertrouwen													
Het vermogen om van het leven te genieten													
Het vermogen om betekenis te vinden in het leven													
Het vermogen om sociale contacten te onderhouden													
Niet geplaagd worden door pijnklachten													
Zich energiek voelen													
Het hebben van grip op het eigen leven													
Het hebben van vertrouwen in de toekomst													
Tot bloei komen													
Geen eenzaamheid ervaren													
Het hebben van doelen en idealen en hiervoor kunnen leven													
Het vermogen om het leven te accepteren en er tevreden over te zijn													
Het ervaren van een hoge kwaliteit van leven													
Het hebben van voldoende ondersteunende sociale contacten													
Zich gezond voelen													
Zich geaccepteerd voelen in de sociale omgeving													
Het vermogen om deel te nemen aan de maatschappij													
Een medische check laat geen afwijkende resultaten zien													
Zich het grootste deel van de tijd gelukkig voelen													
Mentaal competent zijn													
Het vermogen om vervullende activiteiten te ondernemen													
Het vermogen om persoonlijke omstandigheden te managen													
Het hebben van levenslust													
Het uitvoeren van werk (betaald of onbetaald) dat men als betekenisvol ervaart													
Het vermogen om een eigen huishouden te leiden (koken/schoonmaken/geld beheren)													
Gebalanceerd zijn													
Het vermogen om medische instructies te begrijpen en deze op te volgen													
Beschikken over een fysiek vermogen dat adequaat is voor de leeftijd													

Appendix C *Semigestructureerd Interview*

Introductie vragenlijst

Voorstellen en bedanken voor deelname interview.

Ik zal eerst kort iets vertellen over het onderzoek.

Het doel van het onderzoek is om na te gaan hoe de positieve gezondheid binnen het contactmoment adolescenten wordt vormgegeven.

Hiervoor gaan we een vragenlijst afnemen en een interview houden.

Bent u er al aan toegekomen om de vragenlijst in te vullen?

Indien nee:

Dan stel ik voor om te beginnen met de vragenlijst.

Alle instructies staan op de eerste pagina van de vragenlijst.

Mocht u nog vragen hebben dan kunt u die natuurlijk ook aan mij stellen

Indien ja:

Heeft u nog vragen hierover?

Daarna: Dan zou ik graag willen beginnen met het interview.

Invullen vragenlijst. Maximaal 15 minuten.

Introductie interview

Ik zal straks een aantal open vragen stellen.

Deze vragen gaan alleen over het contactmoment adolescenten.

We gaan dus niet GGD breed kijken naar de positieve gezondheid.

Het interview gaat ongeveer 45 minuten duren. Mocht u op een vraag geen antwoord willen geven, geeft u dat gerust aan.

Ik zou het gesprek graag willen opnemen om zeker te weten dat ik geen belangrijke dingen mis. De opname zal ik gebruiken om de interviews uit te typen. De inhoud van de interviews ga ik anoniem verwerken. Ik zal aan elk interview een cijfer koppelen zodat er niet achterhaald kan worden wie de uitspraken heeft gedaan. Voor het verslag zou ik graag anonieme citaten willen gebruiken.

Hiervoor heb ik schriftelijke toestemming nodig. Mocht u ermee akkoord gaan dat ik het gesprek opneem en anonieme citaten gebruik dan wil ik u vragen om dit formulier te ondertekenen.

Heeft u vragen hierover?

Indien ja:

Ingaan op vragen.

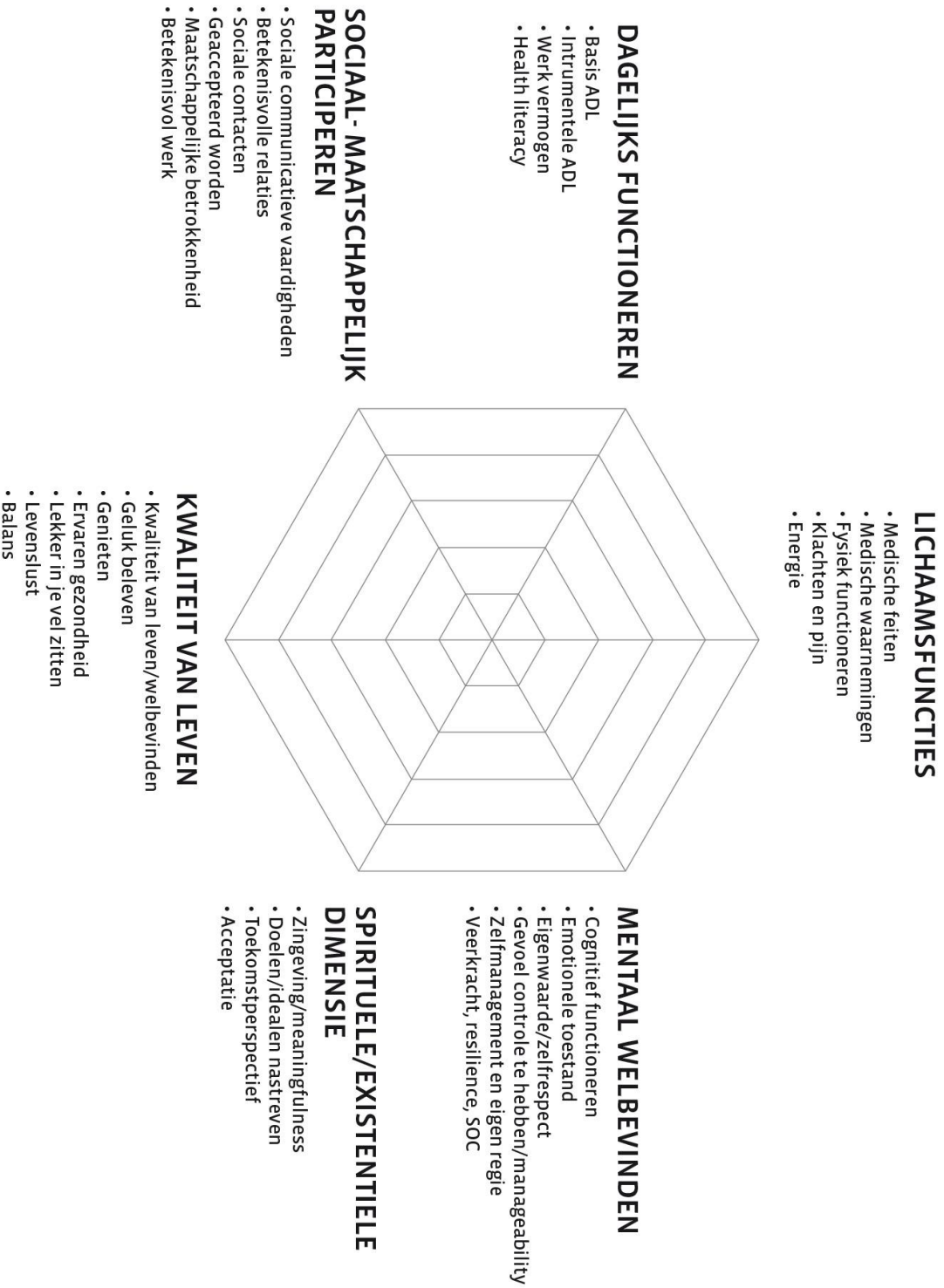
Indien nee:

Dan wil ik graag beginnen met het interview.

Benodigheden

Philipps Go Gear Sparks

Spinnenweb



Interview

Uitleg en vragen voor artsen/verpleegkundigen die minimaal één gastles hebben gegeven en één spreekuur hebben gehouden.

Vormgeving positieve gezondheid

U heeft een vragenlijst ingevuld over hoe belangrijk u persoonlijk bepaalde aspecten van gezondheid vindt. In dit gedeelte gaat het over het contactmoment adolescenten en hoe de positieve gezondheid daarin wordt toegepast.

Introductie spinnenweb

De positieve gezondheid wordt aan de hand van zes dimensies gedefinieerd. In dit spinnenweb staan de zes dimensies dik gedrukt (aanwijzen met de hand). De aspecten die onder de dimensies vallen staan eronder (voorbeelden noemen van dimensie en deelaspecten).

We gaan zo meteen alle dimensies langslopen en dan ga ik hierbij elke keer dezelfde twee vragen stellen. Namelijk hoe belangrijk u de dimensie vindt voor het contactmoment adolescenten en in hoeverre u zich er daadwerkelijk op richt in het werk met de jongeren.

Per dimensie ga ik eerst een korte uitleg geven. Alle vragen gaan over het contactmoment adolescenten. We gaan dus niet GGD breed kijken. Per dimensie hebben we vijf minuten de tijd.

Ik wil graag beginnen met 'lichaamsfuncties':

1. Lichaamsfuncties

Met 'lichaamsfuncties' wordt bijvoorbeeld bedoelt hoe energiek iemand zich voelt en of iemand bijvoorbeeld pijn of lichamelijke klachten heeft.

Binnen het contactmoment adolescenten: in hoeverre vindt u het belangrijk om in te zetten/zich te richten op 'lichaamsfuncties'?

Als u kijkt naar het werk met de jongeren (bijvoorbeeld spreekuren of gastlessen: in hoeverre richt u zich daadwerkelijk op 'lichaamsfuncties'?

2. Mentaal welbevinden

Iemand met een hoge mate van mentaal welbevinden is in staat om helder te denken, heeft een goed gevoel van eigenwaarde en heeft het idee dat hij/zij grip heeft op zijn leven.

Binnen het contactmoment adolescenten: In hoeverre vindt u het belangrijk om in te zetten/zich te richten op het mentaal welbevinden van de jongeren?

Als u kijkt naar het werk met de jongeren (bijvoorbeeld spreekuren of gastlessen: in hoeverre richt u zich daadwerkelijk op 'mentaal welbevinden' (uzelf, collega's)?

3. Spirituele/Existentiële Dimensie

Hieronder valt o.a. het vermogen om een betekenisvol leven te leiden, het nastreven van persoonlijke doelen en idealen en tevredenheid over het eigen leven.

Binnen het contactmoment adolescenten: In hoeverre vindt u het belangrijk om in te zetten/ zich te richten op ‘spirituele/existentiële’ aspecten?

Als u kijkt naar het werk met de jongeren (bijvoorbeeld spreekuren of gastlessen: in hoeverre richt u zich daadwerkelijk op ‘spirituele/existentiële’ aspecten (uzelf, collega’s)?

4. Kwaliteit van leven

Iemand met een hoge kwaliteit van leven zit lekker in zijn vel, voelt zich gezond en heeft het gevoel om in balans te zijn.

Binnen het contactmoment adolescenten: In hoeverre vindt u het belangrijk om in te zetten/ zich te richten op ‘kwaliteit van leven’?

Als u kijkt naar het werk met de jongeren (bijvoorbeeld spreekuren of gastlessen: in hoeverre richt u zich daadwerkelijk op ‘kwaliteit van leven’?

5. Sociaal maatschappelijke participatie

Hieronder verstaat men de mate waarop iemand zich betrokken voelt bij de maatschappij, of iemand over sociale contacten beschikt, en in hoeverre iemand zich geaccepteerd voelt. Hierbij is ook van belang of iemand zijn werk/of school als betekenisvol ervaart.

In het werk met adolescenten: In hoeverre vindt u het belangrijk om in te zetten/ zich te richten op sociaal maatschappelijke participatie?

Als u kijkt naar het werk met de jongeren (bijvoorbeeld spreekuren of gastlessen: in hoeverre richt u zich daadwerkelijk op ‘sociaal maatschappelijke participatie’?

6. Dagelijks functioneren

Met dagelijks functioneren wordt bedoeld of iemand in staat is om dagelijkse activiteiten uit te voeren. Men kan bijvoorbeeld denken aan: persoonlijke hygiëne, werken/ naar school gaan en het huishouden doen.

Binnen het contactmoment adolescenten: In hoeverre vindt u het belangrijk om in te zetten/ zich te richten op het ‘dagelijks functioneren’ van jongeren?

Als u kijkt naar het werk met de jongeren (bijvoorbeeld spreekuren of gastlessen: in hoeverre richt u zich daadwerkelijk op het dagelijks functioneren?

We hebben net alle dimensies van de positieve gezondheid langsgelopen, namelijk (aanwijzen op spinnenweb). Ik wil nu graag een aantal algemene vragen stellen over de dimensies en aspecten die hier staan (aanwijzen spinnenweb).

Vind u alle dimensies even belangrijk binnen het contactmoment adolescenten? (Of zou zich op bepaalde dimensies minder of meer moeten worden gericht dan op andere?) *Voorbeeld geven en aanwijzen dimensies spinnenweb.*

Indien ja: Welke dimensies vindt u belangrijk/minder belangrijk voor het contactmoment adolescenten?

Zijn er dimensies en/of aspecten waarop u denkt op dit moment niet voldoende in te zetten binnen het contactmoment adolescenten?

Indien ja: Welke dimensie/aspecten zou u graag meer willen gebruiken?

Hoe zou u zich hier (dimensie/aspect) meer op kunnen richten?

Wat belemmerd u/uw collega's erin om zich hier (dimensie/aspect) op te richten ?

Wat denkt u dat nodig is om zich er meer op te kunnen richten (*vanuit de GGD of collega's bijvoorbeeld*)?

Afsluitende vraag

Zijn er nog dingen die nu niet zijn besproken maar die u wel belangrijk vindt om te noemen?

Afsluiting gesprek

Bedankt dat u de tijd heeft genomen voor dit interview. Tot en met juli zal ik bezig zijn met het verwerken van de resultaten die uit deze interviews zijn gekomen. Als u geïnteresseerd bent dan zult u worden uitgenodigd voor een presentatie over de resultaten van dit onderzoek.

Appendix D Overzicht en Definitie Thema's

Thema 1: Holistische visie op gezondheid

Sub thema	Definitie	Voorbeeldcitaat
	Niet één specifieke, maar meerdere dimensies worden van belang geacht voor gezondheid. Er bestaat onderlinge samenhang tussen dimensies. De dimensies kunnen niet los van elkaar worden gezien.	
Samenhang dimensie algemeen	Niet specifieke uitspraken over de samenhang tussen dimensies.	“Dit kun je niet los van elkaar zien. Dat hoort allemaal bij elkaar. Dat maakt de persoon. En als hier iets niet goed gaat, dan heeft dat ook weer allemaal invloed op die anderen.”
Aard samenhang dimensies	Er worden uitspraken gedaan over de invloed die een specifieke dimensie op de andere dimensies van Positieve Gezondheid heeft.	“En ja ook geaccepteerd worden. Ik denk wel dat dat belangrijk is dat je positieve ervaringen hebt met anderen. Ik denk dat dat ook beïnvloedt hoe je in je vel zit.

Thema 2: De adolescent centraal

Sub thema	Definitie	Voorbeeldcitaat
	De veronderstelde wensen, normen en waarden zijn doorslaggevend voor de werkwijze.	
Selectiviteit op basis van rol dimensie binnen belevingswereld adolescent	Het belang dat de professionals toekennen aan specifieke dimensies is afhankelijk van veronderstelde rol binnen belevingswereld adolescent. Aan dimensies die volgens professionals belangrijker zijn binnen belevingswereld wordt meer aandacht besteed.	“Ja het sociaal-maatschappelijk participeren is heel belangrijk. Dat is alles voor ze. Dat bepaald hoe ze over zichzelf denken en hoe ze in hun vel zitten. “
Belang subjectieve waarneming	De subjectieve kijk op een klacht/probleem wordt benadrukt. In de visie van de professionals moet er pas aandacht worden besteed aan een probleem/klacht, zodra deze een belemmering vormt in de beleving van de adolescent.	“Maar dat hangt ervan af hoe je het ervaart want er zijn zat mensen die heel veel lichamelijke problemen hebben die daar helemaal geen negatief effect hebben op hun kwaliteit van leven ervaren. Ja ik heb een keer in een discotheek gestaan en die stond op krukken en die was helemaal uit haar plaat aan het gaan in die discotheek ja die genoot gewoon van het leven zoals het was maar dan zonder benen. Dus ja dat vind ik een heel mooi voorbeeld van hoe het helemaal niks uit kan maken dat je een lichamenlijk probleem hebt als je maar de goede mindset hebt.

Thema 3: Probleem/klachtgerichte werkwijze

Sub thema	Definitie	Voorbeeldcitaat
Selectiviteit op basis van problemen/klachten	Het signaleren van problemen/klachten staat centraal. De frequentie waarin klachten worden gesignaleerd is doorslaggevend voor de mate van aandacht die uitgaat naar specifieke dimensies.	
Bespreekbaarheid problemen/klachten	Naast aandacht voor klachten/problemen wordt er ook aandacht besteed aan de mogelijkheden en resources van leerlingen.	“Het is ook wel belangrijk maar of ze jou daar wel in deel laten nemen dat is vers twee. Ze zeggen wel ik ga wat doen met vrienden of ik wordt gepest. Die heb je daar ook tussen maar zeg maar die sociale contacten met ons delen van hoe dat allemaal in elkaar steekt ja daar krijg je niet zo gek veel antwoord op.”
Aandacht capaciteiten/mogelijkheden	Naast aandacht voor problemen en klachten wordt het belang benadrukt om zich te richten op capaciteiten en mogelijkheden van de adolescenten.	“(…) en mogelijkheden ja want ook inderdaad kijk je kan een lichamelijke beperking hebben maar ook kwa capaciteit dat is iets wat je op school veel tegenkomt misschien ook sociaal qua interactie met andere kinderen maar ook IQ dus eh dat is capaciteit van het kind loop je daar misschien tegen aan je bent dat hele pallet een beetje aan het bekijken qua mogelijkheden en onmogelijkheden. “

Thema 4: Verantwoordelijkheid toekomstperspectief

Sub thema	Definitie	Voorbeeldcitaat
Verantwoordelijkheid toekomstperspectief	De professionals vinden het niet de taak van de GGD maar van school en/of ouders om adolescenten te stimuleren om een toekomstbeeld te vormen.	“Ik denk niet dat daar voor ons een rol in weg is gelegd. Ik vind dat meer iets van school. Die moeten dat met de leerling oppakken en kijken naar mogelijkheden.”

Thema 5: belemmeringen werkzaamheden contactmoment adolescenten

Sub thema	Definitie	Voorbeeldcitaat
	Algemene belemmeringen in de werkzaamheden waardoor de professionals zich niet in staat achten om Positieve Gezondheid tot uitvoering te brengen.	
Eerlijkheid invullen vragenlijst	Twijfels die de professionals uiten over in hoeverre de vragenlijst eerlijk ingevuld wordt.	“Ja die vragenlijst wordt heel sociaal-wenselijk ingevuld.”
Gebrek belang persoonlijk contact	Adolescenten geven aan geen gesprek te willen met de Jeugdgezondheidszorg.	“Ze vullen wel in van ik heb klachten maar vervolgens willen ze daar geen gesprek over.”
Opkomst gesprek	De adolescenten verschijnen niet op de geplande afspraak.	“Dan heb je ze uitgenodigd maar of ze komen is wel de vraag. Soms van de tien komen er maar drie.”
Verschil onderwijsniveaus	Verschillen tussen leerlingen op hogere onderwijsniveaus en leerlingen op lagere onderwijsniveaus.	“Je merkt natuurlijk wel een verschil tussen havo en vmbo leerlingen. De kinderen op het vmbo zijn wat naïever en die nemen ook meer risico's.”
Gebrek belang persoonlijk contact	De mate en frequentie waarin jongeren op eigen initiatief contact zoeken met de Jeugdgezondheidszorg. De bereidheid van jongeren om in gesprek te gaan op het moment dat ze worden uitgenodigd door een jeugdarts- en/of verpleegkundige.	“Vaak als jij ze benadert met iets dan zeggen ze maar ik wil wel een gesprek daarover maar zelf benaderen zie je eigenlijk helemaal niet zo snel.”
Lage opkomst gesprek	Op het moment dat een jongere niet op komt dagen tijdens een geplande afspraak.	“Het is soms echt lastig om ze dan inderdaad te bereiken want we hebben veel gemaïld en ze veel uitgenodigd en hebben dan met name ook veel persoonlijk de lagere niveaus wat ik net eerder vertelde daar ze geven wel aan van we willen wel komen en dan vergeten ze het en komen niet.”
Bespreekbaarheid onderwerpen tijdens persoonlijk contact	In hoeverre jeugdartsen- en verpleegkundigen het idee krijgen dat er bij de adolescenten sprake is van eigen initiatief, drempels en/of gemak om over bepaalde onderwerpen te praten.	“Die gezondheid dat krijgen we dan van heel veel leerlingen weer want dat is heel duidelijk. Voor de leerlingen is er vaak gezondheid gewoon heel duidelijk en bij die andere dingen vind ik denk ik voor hun wat minder duidelijk dat is denk ik meer als je wat ouder wordt en wat meer volwassen.” Gezondheid is heel duidelijk.
Korte-termijn gerichtheid adolescenten	Jeugdartsen-en verpleegkundigen hebben het idee dat de jongeren gericht zijn op hun beleving, problemen en/of klachten die spelen op dat moment. Dit bepaalt volgens de professionals in hoeverre jongeren behoefte hebben aan persoonlijk contact.	“Daarom zou het misschien ook uiteindelijk appen of dat soort dingen want we appen soms met leerlingen maar dat ze gelijk met een vraag kunnen komen maarja ik kan natuurlijk niet constant chatten of whatsappen met leerlingen als je zegmaar tussen die een tijden werkt het dus niet want dat zien we ook met het inloopsprekeuur want ze hebben nu een probleem en dat willen ze niet over een aantal dagen als er wat inkomt dan denk ik oh shit ik had eerder moeten

		kijken. Dus ehm ja het heeft heel erg te maken heeft met ehm op dat moment zien ze je. Op dat moment hebben ze vragen en dan ben je weer uit hun systeem en daarom.”
Eerlijk invullen vragenlijst	De (veronderstelde) correctheid waarop de leerlingen de vragenlijsten invullen.	“Ja ik merk meestal dat ze dat meer verbloemen. In ehm de vragenlijsten eigenlijk. En soms komt het er wel heel duidelijk uit en soms komt het er niet zo duidelijk uit en dan hoor je van een mentor van goh dat gaat toch niet zo goed die is veel afwezig en dan komt dat in die vragenlijst totaal niet aan de orde. Dus dat maakt het soms wel heel erg lastig dat je het soms niet met de vragenlijst alleen kunt inschatten. Maar goed soms ook wel hoor. Soms zijn jongeren wel heel eerlijk en geven soms heel duidelijk aan dat er toch wat dingen spelen.”

Appendix E Gemiddelde Respons Vragenlijst per Aspect, op Schaal van 1 tot 9

Aspecten per dimensie	N	M	SD	Min.	Max.	‘Ik weet het niet’
Lichaamsfuncties						
Geen afwijkingen op een medische scan	15	6.47	2.00	1	9	1
Een gezonde indruk maken	16	7.75	1.00	6	9	0
Beschikken over een fysiek vermogen dat adequaat is voor de leeftijd	16	7.69	1.08	6	9	0
Geen last hebben van pijnklachten	16	7.69	0.95	6	9	0
Zich energiek voelen	16	8.00	0.73	7	9	0
Totaal dimensie	16	7.53	0.92	5.80	9.00	
Mentaal welbevinden						
Mentaal vermogen	16	7.19	1.40	4	9	0
In een positieve stemming verkeren	16	8.00	0.73	6	9	0
Zelfvertrouwen hebben	16	7.81	1.11	5	9	0
Controle ervaren over omstandigheden	16	8.25	0.68	7	9	0
Persoonlijke omstandigheden kunnen managen	16	7.38	1.15	5	9	0
Totaal dimensie	16	7.73	0.74	6.00	8.80	
Spirituele/existentiële dimensie						
Betekenis verlenen	16	7.69	1.08	5	9	0
Vervullende activiteiten	15	7.33	0.98	6	9	1
Idealen hebben	16	7.25	0.86	5	8	0
Vertrouwen hebben in toekomst	16	7.94	0.77	6	9	0
Acceptatie & tevredenheid over leven	16	7.81	0.75	7	9	0
Totaal dimensie	16	7.70	0.64	6.20	8.67	

Kwaliteit van leven						
Hoge kwaliteit van leven ervaren	15	7.33	0.82	6	8	1
Het grootste gedeelte van de tijd gelukkig voelen	16	7.81	0.54	7	9	0
In staat zijn om van het leven te genieten	16	8.13	0.96	5	9	0
Zichzelf gezond voelen	16	8.06	0.68	7	9	0
Tot bloei komen	16	7.63	0.81	6	9	0
Het hebben van levenslust	16	7.94	0.85	6	9	0
Gebalanceerd zijn	16	7.88	0.81	7	9	0
Totaal dimensie	16	7.83	0.48	7.00	8.71	
Sociaal-maatschappelijke participatie						
Vermogen om sociale contacten te onderhouden	16	8.13	0.81	6	9	0
Beschikken over voldoende ondersteunde contacten	16	7.94	0.85	6	9	0
Geen eenzaamheid ervaren	16	7.75	0.93	6	9	0
Zich geaccepteerd voelen in de sociale omgeving	16	8.00	0.63	7	9	0
Deelnemen aan de maatschappij	16	7.81	0.83	6	9	0
Het uitvoeren van betekenisvol werk	16	7.44	0.73	6	8	0
Totaal dimensie	16	7.84	0.63	6.17	8.67	
Dagelijks functioneren						
Basis ADL	16	7.44	1.32	5	9	0
In staat zijn om een eigen huishouden te voeren	16	7.31	1.20	5	9	0
In staat zijn om te werken	16	7.25	0.77	6	8	0
Health literacy	16	7.19	0.91	6	9	0
Totaal dimensie	16	7.30	0.79	5.50	8.50	