

The concept of ‘Positive Health’

**Development of an interview protocol to translate the scores of the digital test
of positive health into (health care) needs, desires and abilities among the
elderly**

Master thesis

February – July 2017

University of Twente
Master Health Sciences (HS)

Nienke Abbink (s1619373)
5-7-2017

First supervisor:
Dr. M.M. van Gerven-Haanpää

Second supervisor:
Prof. dr. A. Need

Summary

This study aims to examine how the concept of ‘Positive Health’ can be used in the current practice of health care to improve the positive health of the elderly. For health care organizations, there are no tools available to translate the scores of the digital test of positive health into (health care) needs, desires and abilities. Therefore, an interview protocol should be developed to identify the (health care) needs, desires and abilities of the elderly on the basis of the scores of the current digital test of positive health. With these insights, health care organizations can provide care that is tailored to the needs of their patients. The corresponding research question is: *“How can the current digital test and conversation tool of positive health be used to identify the (health care) needs, desires and abilities among the elderly?”*

This study was carried out in a Dutch health care organization, called Sensire. Sensire delivers care to the residents of apartment complex in Doetinchem, called ‘Waterrijk’, where people above the age of 55 live. The study consisted of three parts, namely the construction of a semi-structured interview protocol, measuring the positive health of the residents of Waterrijk by using the current test of positive health, followed by individual face-to-face interviews to test the constructed interview protocol.

To translate the scores of the digital test of positive health into (health care) needs, desires and abilities, a semi-structured interview protocol was constructed. To ensure that the interview protocol was tailored to the elderly, the communication handicaps of the elderly were taken into account. Think of the language, repeating questions, limited concentration duration, using visuals and requests for more information. Regarding the use of visuals, the interview protocol was supported by the conversation tool of positive health and an arrow to give the residents an overview of the different themes in the interview. The interview protocol was tested through semi-structured interviews to see whether the interview protocol was tailored to the elderly and whether the questions retrieve the data needed.

Before testing the interview protocol, seven residents of Waterrijk were asked to fill in the test of positive health. The mean scores of the seven residents regarding the dimensions bodily functions, mental functions and perception, spiritual/existential dimension, quality of life, social and societal participation and daily functioning were 5.8, 7.1, 6.9, 7.4, 7.1 and 6.5 respectively. After that, with six of the seven participating residents an interview was conducted. The results of the interviews showed that the most (health care) needs were related to physical diseases, not enjoying food and musculoskeletal disorders. A restaurant where the residents can dine every day is one of the main desires. Besides that, participation in social and societal life seems to be very important for the residents. With regard to the abilities, the residents feel they can participate in social and societal life and being self-reliant. In general, the residents would like to fulfill their ideal, namely continuing their life. To realize this, they need physical and domestic help. Based on the six interviews in which the interview protocol has been tested, it can be concluded that the interview protocol is able to provide insight in the (health care) needs, desires, abilities as well as how to address these. However, it seems to be difficult for the residents to use their own abilities, regarding their well-functioning dimensions, to improve the less well-functioning dimensions by themselves. This implies that the residents can only use their own abilities if they are facilitated by others. For the health care sector this means that empowerment, which is an important element of the concept of positive health, is an issue for the elderly. This restricts the implementation of the concept of positive health in the current practice of health care among the elderly. If the government wants to support the positive health of the elderly, the government need to invest a lot in the elderly care.

After the interviews, adjustments were made which resulted in a shorter interview protocol. For Sensire, a separate interview protocol was constructed, adjusted on the preferences of the nursing staff of Sensire. However, there are still four components that should be adjusted to ensure that the interview protocol is more tailored to the elderly. Two of them have already been adjusted. The interview protocol should be adjusted in such a way to derive more (health care) needs, desires and abilities with regard to the spiritual/existential dimension. In addition, the conversation tool should be shown to the elderly during asking question 1 and 2 of the theme '(health care) needs' to broaden their view on health. Besides that, question 5 is replaced by a new question because it was difficult for the residents to foresee the long-term consequences of working on their own desires. Furthermore, at the end of the theme '(health care) needs' an instruction was added for health care workers to use their previous knowledge and experiences of their patients.

To enable health care organizations to use of the concept of positive health in the current practice of health care delivery, this study has examined that the scores of the current digital test of positive health can be translated into (health care) needs, desires, abilities by means of the constructed interview protocol. Using the conversation tool and the constructed arrow along with the semi-structured interview protocol, health care organizations are able to identify a varied picture of (health care) needs, desires and abilities of cognitive healthy elderly patients. There are four suggestions for future research. The first suggestion is to further incorporate the necessary adjustments of the interview protocol to ensure that it is more tailored to the elderly. The second suggestion is to construct an interview protocol that is tailored to the cognitive abilities of elderly patients with cognitive difficulties. The third suggestion is to construct an interview protocol that is tailored to patients of other age categories, instead of elderly patients. The fourth suggestion is to further operationalize the dimensions and its health aspects to increase the reliability and validity of the outcomes of the test of positive health.

Summary (in Dutch)

Het doel van deze studie is het onderzoeken hoe het concept van ‘Positieve Gezondheid’ gebruikt kan worden in de huidige gezondheidszorg om de positieve gezondheid van de ouderen te verbeteren.

Zorgorganisaties zijn op dit moment niet in staat om de scores van de digitale screeningstest van positieve gezondheid te vertalen naar (zorg)behoeftes, wensen en eigen mogelijkheden. Daarom is het noodzakelijk dat er een interview protocol wordt ontwikkeld om, op basis van de score van de huidige digitale screeningstest, de (zorg)behoeftes, wensen en eigen mogelijkheden van ouderen in kaart te kunnen brengen. Met deze inzichten kunnen zorgorganisaties zorg verlenen die aansluit op de wensen en behoeftes van de zorgvragers. De bijbehorende onderzoeksvraag is: *“Hoe kan de huidige digitale screeningstest en het gespreksinstrument van positieve gezondheid gebruikt worden om de (zorg)behoeftes, wensen en eigen mogelijkheden van ouderen in kaart te brengen?”*

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen Sensire, een zorgorganisatie die onder andere zorg verleent aan de bewoners van appartementencomplex Waterrijk in Doetinchem. In deze appartementen wonen mensen van 55 jaar en ouder. Het onderzoek bestond uit drie delen, namelijk de ontwikkeling van een semigestructureerd interview protocol, het meten van de positieve gezondheid van de bewoners van appartementencomplex Waterrijk door middel van de huidige screeningstest van positieve gezondheid, gevolgd door individuele interviews bij de bewoners thuis om het ontwikkelde interview protocol uit te testen.

Om de scores van de screeningstest van positieve gezondheid te vertalen naar (zorg)behoeftes, wensen en eigen mogelijkheden is er een semigestructureerd interview protocol ontwikkeld. Om ervoor te zorgen dat het interview protocol afgestemd is op ouderen is er rekening gehouden met de communicatieve beperkingen van ouderen. Hierbij valt de denken aan de taal, het herhalen van vragen, beperkte concentratie, het gebruik van visuele hulpmiddelen en doorvragen. Met betrekking tot het gebruik van visuele hulpmiddelen, wordt het interview protocol ondersteund door middel van het gespreksinstrument van positieve gezondheid en een pijl om de bewoners een overzicht te geven van de verschillende thema’s in het interview. Het interview protocol is getest door middel van semigestructureerde interviews om te bepalen of het afgestemd is op de ouderen en of de vragen de informatie oplevert die het behoort op te leveren.

Voordat het interview protocol werd getest, zijn zeven bewoners van Waterrijk gevraagd om de screeningstest van positieve gezondheid in te vullen. De gemiddelde scores van deze zeven bewoners voor de dimensies lichaamsfuncties, mentaal welbeinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren waren 5.8, 7.1, 6.9, 7.4, 7.1 en 6.5 respectievelijk. Na het meten van de positieve gezondheid is met zes van de zeven bewoners een interview afgenoem. Uit de resultaten van de interviews blijkt dat de meeste (zorg)behoeftes gerelateerd zijn aan lichamelijke ziektes, niet kunnen genieten van eten en beperkingen aan het bewegingsapparaat. Een belangrijke wens van de bewoners van Waterrijk is een restaurant waar zij dagelijks warm kunnen eten. Daarnaast blijkt dat het meedoen in het sociale leven en de maatschappij belangrijk is voor de bewoners. Met betrekking tot de eigen mogelijkheden van de bewoners, zijn het meedoen in het sociale leven en de maatschappij en zelfredzaamheid onderdelen die de bewoners goed af gaan. Over het algemeen willen de bewoners dat hun leven doorgaat zoals het nu gaat. Om dit te realiseren hebben zij lichamelijke en huishoudelijke ondersteuning nodig.

Op basis van de zes interviews waarin het interview protocol is getest, kan geconcludeerd worden dat het interview protocol in staat is om inzicht te krijgen in de (zorg)behoeftes, wensen, eigen mogelijkheden van ouderen, evenals hoe deze aangepakt kunnen worden. Het blijkt echter voor de bewoners lastig te zijn om door middel van hun eigen krachten, met betrekking tot de goed functionerende dimensies, de minder goed functioneren dimensies te verbeteren. Hiermee geven de bewoners aan dat ze pas gebruik kunnen maken van hun eigen krachten als ze door anderen worden gefaciliteerd. Voor de zorgsector betekent dit dat empowerment, wat een belangrijk onderdeel is van positieve gezondheid, moeilijk is voor ouderen. Dit is een beperking voor de implementatie van het concept positieve gezondheid in de huidige zorgverlening aan ouderen. Als de overheid de positieve gezondheid wil ondersteunen zullen zij veel moeten investeren in de ouderenzorg.

Na de interviews zijn er een aantal aanpassingen gedaan aan het interview protocol wat resulteerde in een korter interview protocol. Voor Sensire is een apart interview protocol gemaakt, afgestemd op de voorkeuren van de medewerkers van Sensire. Er zijn echter nog vier onderdelen die aangepast moeten worden om ervoor te zorgen dat het nog beter is afgestemd op ouderen. Twee daarvan zijn al aangepast. Het interview protocol moet zodanig worden aangepast dat het in staat is om meer (zorg)behoeftes, wensen en eigen mogelijkheden in kaart te brengen met betrekking tot de dimensie zingeving. Daarnaast moet het gespreksinstrument van positieve gezondheid, tijdens het stellen van vraag 1 en 2 van het thema ‘zorgbehoeftes’, aan de ouderen worden laten zien om hun blik ten aanzien van gezondheid te verruimen. Verder is vraag 5 van het thema ‘wensen en behoeftes’ vervangen, omdat het voor de ouderen lastig bleek te zijn om de gevolgen op de lange termijn van het werken aan hun eigen wensen te overzien. Als laatste is er aan het einde van het thema ‘(zorg)behoeftes’ een instructie toegevoegd waarin gevraagd wordt naar de kennis en ervaringen van de zorgverleners ten aanzien van hun patiënten.

Om zorgorganisaties gebruik te kunnen laten maken van het concept positieve gezondheid, is onderzocht hoe de scores van de huidige digitale screeningstest vertaald kunnen worden naar de (zorg)behoeftes, wensen, eigen mogelijkheden van ouderen. Uit dit onderzoek is gebleken dat zorgorganisaties inzicht kunnen verkrijgen in de (zorg)behoeftes, wensen en eigen mogelijkheden van cognitief gezonde ouderen door middel van het gespreksinstrument van positieve gezondheid, de pijl en het ontwikkelde interview protocol. Er zijn vier suggesties voor verder onderzoek. De eerste suggestie is om de noodzakelijke aanpassingen te verwerken in het interview protocol zodat het nog beter is afgestemd op ouderen. De tweede suggestie is om een interview protocol te ontwikkelen die is afgestemd op de cognitieve vaardigheden van ouderen met cognitieve problemen. De derde suggestie is om een interview protocol te ontwikkelen die afgestemd is op patiënten van andere leeftijdscategorieën, in plaats van ouderen. Een vierde suggestie is om de dimensies en de bijbehorende gezondheidsaspecten verder te operationaliseren. Op deze manier kunnen de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten van de huidige screeningstest mogelijk worden verhoogd.

Preface

This thesis completes my Master program Health Sciences at the University of Twente, specialization Innovation in Public Health. My master thesis is completed for health care organization Sensire. Sensire has given me the opportunity to investigate how the concept of positive health can be used in the current practice of health care.

I would like to thank several people who assisted me during the time that I was writing my master thesis. I would like to thank my first supervisor dr. M. van Gerven and my second supervisor prof. dr. A. Need from the University of Twente for their guidance and valuable feedback. Secondly, I would like to thank Vanessa Schroer and Karin Leferink from Sensire for their advice and engagement. Especially, my thanks goes out to all people who participated in this study and the nursing staff of team Sensire Waterrijk who helped me carrying out my research. Finally, a special thanks goes to my family and boyfriend who supported me during my study and who gave me the opportunity to continue studying. I hope you all will enjoy reading my thesis.

Nienke Abbink
Vorden, July 2017

Table of contents

Summary	II
Summary (in Dutch)	IV
Preface	VI
1. Introduction.....	1
2. Theory	3
2.1 The concept of positive health	3
2.2 Instruments and working methods to measure the positive health.....	5
2.2.1 Conversation tool.....	6
2.2.2 Digital test.....	6
2.3 (Dis)advantages of the conversation tool and digital test	7
2.4 (Health care) needs, desires and abilities	7
2.5 Interviews with the elderly.....	7
3. Method	9
3.1 Research design	9
3.2 Setting	9
3.3 Participants.....	9
3.4 Procedure	10
3.4.1 Construction of a semi-structured interview protocol.....	10
3.4.2 Measuring the positive health	10
3.4.3 Semi-structured interviews	10
3.5 Material	11
3.5.1 Interview protocol.....	11
3.5.2 Conversation tool	12
3.5.3 Arrow	13
3.6 Data-analysis.....	13
4. Results.....	14
4.1 The test of positive health	14
4.2 The provided insights of the interview protocol	15
4.2.1 Semi-structured interviews	15
4.2.1.2 (Health care) needs.....	17
4.2.1.3 Desires.....	19

4.2.1.4 Abilities.....	20
4.2.1.5 What needs to be done?	22
4.2.1.6 What help do the residents need?.....	22
4.2.2 Evaluation of the interview protocol.....	23
4.2.2.1 The variety of (health care) needs, desires and abilities	23
4.2.2.2 Necessary adjustments of the interview protocol.....	25
5. Discussion	27
5.1 Conclusion	27
5.2 Strengths and weaknesses	28
5.2.1 Interview protocol and the digital test of positive health	28
5.2.2 The study as a whole.....	29
5.3 Suggestions for future research.....	30
5.4 Implications for practice	30
5.5 Recommendations for practice.....	30
6. References.....	32
Appendix (all in Dutch)	35
Appendix A – Invitation for the residents.....	36
Appendix B – Informed consent form	39
Appendix C – Explanation for the nursing staff of Waterrijk.....	40
Appendix D – The test of positive health	43
Appendix E – Results form of the test of positive health	52
Appendix F – Interview protocol used in this study	54
Appendix G – Adjusted interview protocol (shorter version).....	72
Appendix H – Interview protocol for Sensire.....	85
Appendix I – Arrow	93
Appendix J – Coding scheme	94

1. Introduction

This study aims to examine how the concept of ‘Positive Health’ can be used in the current practice of health care to improve the positive health of the elderly. Positive health is an innovative concept that is derived from a preferred view on health, initiated by Machteld Huber, as a renewed and general characterization of health that aims to solve the limitations of the current WHO definition of health (Huber, Van Vliet, & Boers, 2016). The current WHO definition of health, formulated in 1948, describes health as “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (World Health Organization, 2006, p. 1). According to this definition, eventually nobody will be declared as healthy in a world in which the population age is changing towards a much older population and the patterns of illness are changing towards a high proportion of people with chronic diseases (Huber et al., 2011). Therefore, it is necessary to reformulate the current WHO definition of health.

The current WHO definition of health has two limitations which indicate that there is a need to reformulate the definition (World Health Organization, 2006, p. 1). The first limitation is that the word ‘complete’ in relation to well-being “would leave most of us unhealthy most of the time” (Smith, 2008). This has contributed to a medicalization of the society, because it supports drugs industries to produce drugs for conditions who are not yet defined as health problems and the medical technology to develop screening technologies to detect diseases earlier (Huber et al., 2011). The second limitation is that the current definition no longer matches the changes of population structure, its associated changes in patterns of illness and its consequences. The structure of the Dutch population has changed towards a much older population which is due to a low number of birth rates and a higher life expectancy. This ageing process is accompanied by a declining proportion of working people, which is expected to decline steadily until 2050 (Eurostat, 2016). According to Statistics Netherlands [CBS] (2010) it is expected that the percentage of the Dutch population above the age of 80 will increase from 3,9% in 2010 to 10,2% in 2050. This ageing process has contributed to changes in the patterns of illness, namely an increase of chronic diseases and multimorbidity. Multimorbidity means “the presence of multiple diseases in the same individual” (Van Oostrom et al., 2016, p. 2). Multimorbidity has increased from 12,7% to 16,2% during the period of 2004-2011 (Van Oostrom et al., 2016). Consequences of the change towards a much older population and the increase of chronic diseases and multimorbidity are dementia, vulnerability, loneliness, overburdened informal carers, and undernutrition (Bodstein, Lima & Barros, 2014; Dykstra, 2009; Schilp et al., 2012; Smits, Beld, Aartsen & Schroots, 2013; Willemse et al., 2016). According to the current WHO definition of health, everyone with a chronic disease or disability will be declared as ill. As a result, interest in the concept of positive health has increased in the Netherlands as well as internationally (Walg, 2014).

Machteld Huber has proposed a new view of health and introduced the concept of ‘Positive Health’ (Huber, 2014). She defined health as “the ability to adapt and to self-manage, in the face of social, physical and emotional challenges” (Huber et al., 2011, p. 2). This dynamic and broad approach of health with its six dimensions of health constitutes the concept of positive health (Huber & Jung, 2015). The six dimensions are bodily functions, mental functions and perception, spiritual/existential dimension, quality of life, social and societal participation, and daily functioning. Huber (2014) mentioned that to facilitate the concept of positive health, a change in the trend in the health care system is required. The emphasis should shift from disease, to lifestyle and disease prevention.

The concept of positive health is of added value to the transition that has occurred in the health care delivery of the elderly in which the ability to adapt and to self-manage has become important. In recent years, institutional care has shifted to homecare (Statistics Netherlands [CBS], 2011). Since 2005, the number of elderly people who live in nursing homes have decreased from 150.000 to 129.000 in 2015 (Dutch Institute for Health [ZiNL], 2016; The Netherlands Institute for Social Research [SCP], 2005). This is consistent with the wish of the elderly, namely to stay at home as long as possible. Moreover, this is a cheaper way of health care delivery because homecare is cheaper. This transition requires the ability to adapt and to self-manage of the elderly. The ability to cope independently and prevention have become central topics in health care. Besides that, there are new kinds of living arrangements which can support the elderly to stay at home as long as possible, such as residences which enable remote care, residences with an institution nearby that delivers services to the elderly, and residences with a communal space where people can eat and recreate together (Board of Public Health and Care [RVZ], 2005).

To support the shift from the medical side to the ability to adapt and self-management among the elderly, the concept of positive health can be used. There is a digital test available that measures the positive health of people (Institute for Positive Health, 2017). The result of this digital test is displayed with a score. However, this does not give health care organizations the possibility to translate these scores into (health care) needs, desires and abilities (Institute for Positive Health & ZonMw, 2016). With these insights, health care organizations can provide care that is tailored to the needs of their patients. As mentioned earlier, this study aims to examine how the concept of positive health can be used in the current practice of health care to improve the positive health of the elderly. To achieve this goal, an interview protocol should be developed to translate these scores into (health care) needs, desires and abilities.

The corresponding research question is: "*How can the current digital test and conversation tool of positive health be used to identify the (health care) needs, desires and abilities among the elderly?*"

The four sub-questions are:

1. How is the concept of positive health defined and measured?
2. What is meant with (health care) needs, desires and abilities?
3. How to translate the scores of the current digital test into (health care) needs, desires and abilities among the elderly?
4. What insights does the interview protocol provide among the elderly?

Chapter 2 will explain how the concept of positive health is defined and measured and what is meant with (health care) needs, desires and abilities. Besides that, in this chapter will be discussed how to ensure that the interview protocol is tailored to the elderly. Chapter 3 will give an overview of the applied method of this study in which the construction of the interview protocol will be discussed. In chapter 4 will be described what insights the interview protocol has provided and to what extent it is tailored to the elderly. This chapter will be followed by the discussion, in which the most important findings of this study will be addressed and the research question will be answered. In addition, the strengths and weaknesses of the interview protocol, digital test and the study as a whole will be discussed. Furthermore, some suggestions for future research and implications and recommendations for practice will be provided in this chapter. Chapter 6 will display the references. Lastly, an appendix will be provided.

2. Theory

In this chapter the first two sub-questions will be answered. The first sub-question was about how the concept of positive health is defined and measured. The second sub-question was about what is meant with (health care) needs, desires and abilities. This chapter consists of five sections. In the first section, the concept of positive health will be defined. The second section will discuss the instruments and working methods which measure the positive health of people. The third section is about the (dis)advantages of the conversation tool and digital test. The fourth section consists of an explanation of what is meant with (health care) needs, desires and abilities. In the fifth and last section of this chapter will be discussed how to ensure that the interview protocol is tailored to the elderly.

2.1 The concept of positive health

The concept of positive health emphasizes the potential to be and to become healthy, even with the presence of illness. Empowerment is an important element of the concept of positive health (Huber & Jung, 2015). Huber et al. (2016) have operationalized the new concept through interviews, focus groups and a quantitative survey among stakeholders from different health care domains, namely healthcare providers, patients, citizens, policy makers, insurers, public health actors, and researchers. The study has identified 556 health indicators, categorized into six dimensions namely bodily functions, mental functions and perception, spiritual/existential dimension, quality of life, social and societal participation, and daily functioning. The concept of positive health is visualized in a web diagram for practical use, see figure 1. In addition to the practical use, the web diagram is a metaphor of how people should cope with their own health: as a leader of their own health web. It is special that the strength of a spider thread is greater than the same weight of steel and has much greater elasticity. This also applies to the resilience of people, which is much greater than expected (Walig, 2014).

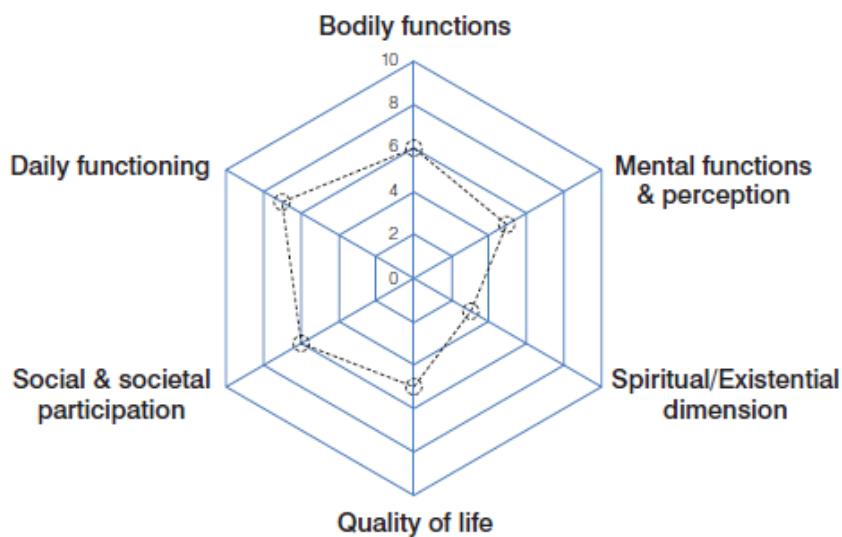


Figure 1 The six dimensions of the concept of positive health, visualized in a web diagram (Huber, 2014)

Each dimension is divided into subcategories, which covers 32 aspects of health. Table 1 gives an overview of the dimensions with their corresponding aspects.

Table 1 Overview of the six dimensions and 32 underlying health aspects (Huber et al., 2016)

Bodily functions	Mental functions & perception	Spiritual/existential dimension	Quality of life	Social & societal participation	Daily functioning
Medical facts	Cognitive functioning	Meaning/meaningfulness	Quality of life/well-being	Social and communicative skills	Basic ADL*
Medical observations	Emotional state	Striving for aims/ideals	Experiencing happiness	Meaningful relationships	Instrumental ADL*
Physical functioning	Esteem/self-respect	Future prospects	Enjoyment	Social contacts	Ability to work
Complaints and pain	Experiencing to be in charge/manageability	Acceptance	Perceived health	Experiencing to be accepted	Health literacy
Energy	Self-management		Flourishing	Community involvement	
	Resilience, SOC (sense of coherence)		Zest for life	Meaningful work	
			Balance		

*ADL, activities of daily living.

Huber et al. (2015) also investigated which elements of the general concept of positive health are considered as positive and negative among the various stakeholders and which elements should be specified in more detail. Table 2 depicts these elements.

Table 2 Positive and negative elements and suggestions for further research (Huber et al., 2016)

Positive elements	Negative elements	Suggestions
It emphasized that a person is more than his/her illness and still has a large potential for being healthy	The concept is too broad and about life as a whole, instead of only about health	Emphasize that this concept of health is different from health being the ‘absence of disease’
The focus is on a person’s strengths rather than his/her weakness	It denies that health is mainly the absence of disease	Health is a domain that can be developed, publicly and privately, in addition to the domain of the medical treatment of disease
It refers to self-management	It requires substantial personal input – is everyone capable of this?	Actions to enhance health should take into account people’s capabilities and motivations to act
It refers to individual-responsibility	It entails personal responsibility – does everyone want this?	Consider referring to the concept as ‘positive health’
Health is described as being dynamic rather than a static state	It seems to ignore the importance and impact of real illness	Visualize it, for example, in a web diagram
It may make the relationship between patient and healthcare provider more balanced	It brings the risk that people will consult the doctor too late	
	It can be an excuse for policymakers, as if people just need to adapt existing, poor living conditions	

Positive health focusses on the salutogenesis instead of pathogenesis. This means that health care professionals should ensure the ability to adapt and to self-manage of people rather than taking care of them. Therefore, health care professionals have to facilitate, coach, and guide their patients (Van Damme, 2012). Positive health focusses on the positive and healthy aspects instead of addressing deficits with medical treatments. Obtaining insight in the own abilities of people is important as well as awareness that besides illness, health can exist. Assuming that health consists of several dimensions, then health is less vulnerable if one of these dimensions is less well-functioning. Besides medical treatments, there are other non-medical treatments available which can contribute to health. This prevents a medical culture (Walg, 2014). From the positive health point of view, the healthy dimension(s) should be the starting point in order to improve aspects of the less well-functioning dimensions. This requires a radical change in the way of thinking.

2.2 Instruments and working methods to measure the positive health

There are two instruments and working methods which measure the positive health of people, namely a conversation tool and a digital test. Both will be discussed in this sub-section.

2.2.1 Conversation tool

To improve the implementation and distribution of the new concept, Machteld Huber initiated a foundation called ‘Institute for Positive Health (IPH)’ in 2015. This foundation provides information sessions, develops instruments and working methods and supports research about the new concept of positive health. Last year, the IPH has further operationalized the health aspects of the six dimensions and has developed an instrument to measure the positive health, called ‘My positive health – version 1.0’. This instrument acts as a conversation tool rather than an evaluation tool (Institute for Positive Health & ZonMw, 2016). In figure 2 this instrument is presented.

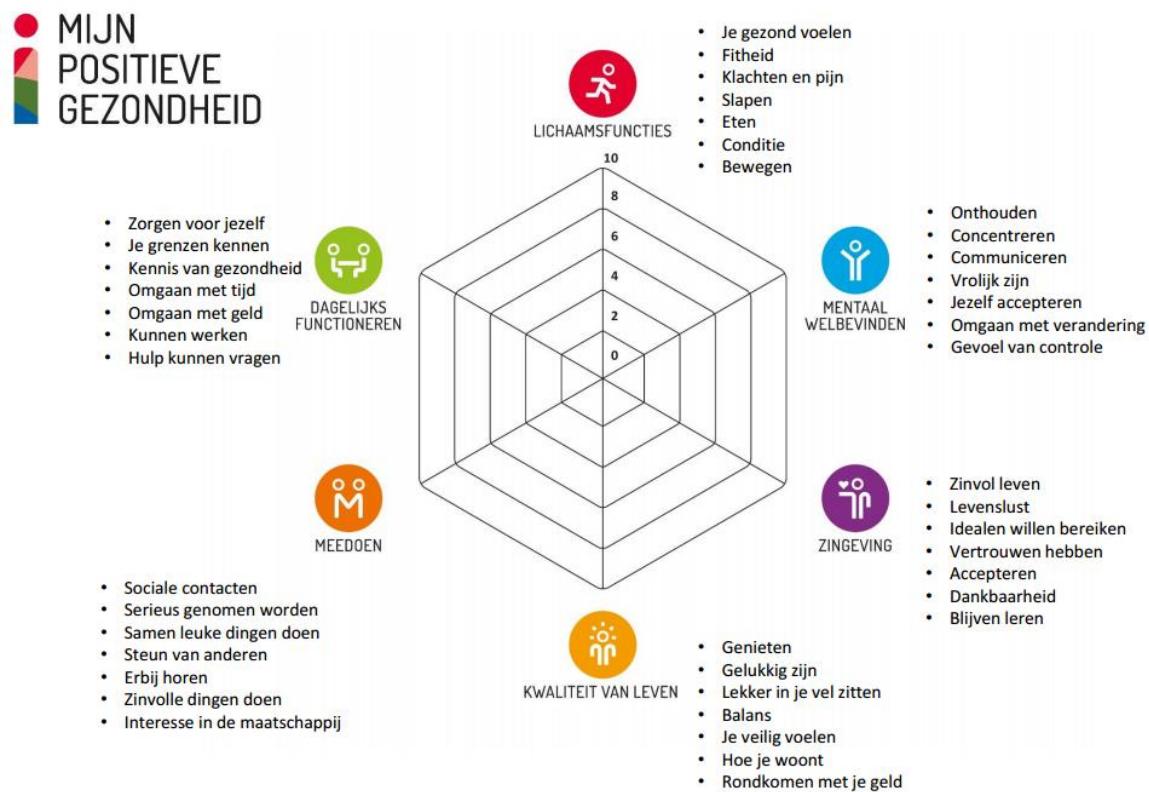


Figure 2 Instrument to measure the positive health - a conversation tool (Institute for Positive Health, 2017)

2.2.2 Digital test

Besides the conversation tool which is shown in figure 2, a digital test is available on the website of the IPH. It is required to register on the website, otherwise the test is not accessible. In this digital test, in which seven statements are proposed for each dimension, a 10- point scale is used. People have to use this scale to indicate to what extent they agree with the statements. 0 means totally disagree and 10 means totally agree. In total 42 statements are proposed. At the end of the test, the score will be presented through a web diagram in which the surface of the health status is shown (Institute for Positive Health, 2017). Because this digital test is not yet a validated instrument, IPH is developing, in collaboration with a Dutch insurer VGZ and Knowledge Center Measurement Instruments VUmc (Kenniscentrum Meetinstrumenten VUmc), a validated instrument in addition to the web diagram (Institute for Positive Health & ZonMw, 2016).

2.3 (Dis)advantages of the conversation tool and digital test

There are some advantages and disadvantages of this web diagram, which acts as a conversation tool, and the digital test. An advantage of the conversation tool is that the web diagram with the icons and displayed health aspects gives a clear indication of all components of health. In addition, this web diagram can guide health care workers in conducting conversations with patients. A disadvantage is the risk that the dimensions or aspects which are favorable for the patient will receive more attention in conversations compared to dimensions or aspects who are less favorable for the patient. This can decrease the consistency and strength of the concept (Institute for Positive Health & ZonMw, 2016). However, the issue is whether this can be attributed to the conversation tool or to a human fault.

An advantage of the digital test is that with a 10-point scale, subjective preferential thinking and feelings can be quantified on a validated and reliable manner (Joshi, Kale, Chandel, & Pal, 2015). However, the disadvantage of this 10-point scale is that its emphasis is on quantitative outcomes and that does not provide the (health care) needs, desires and abilities of patients.

2.4 (Health care) needs, desires and abilities

It is important to understand what is meant with (health care) needs, desires and abilities. For the interpretation of ‘need’ in the health care setting, it is often said that a person, or group of people, is ‘in need’. This gives the idea that need refers to a person’s state of health which implies that such a state is undesirable. To improve the health state or prevent deterioration of health, an intervention can be provided (Hasman, Hope, & Østerdal, 2006). Desires are things which people would like to fulfill. Ability is the extent to which a person is able to adapt in the face of social, physical and emotional challenges and refers to the resilience of people (Walg, 2014). It is important for the elderly to get insight in their own (health care) needs, desires and abilities, because then they have a better understanding of their health. As a result, they can better cope with their health. In this way, the elderly people can make use of their own abilities in order to fulfill their desires, to improve their health state or to prevent deterioration of their health. Besides that, with these insights health care organizations can provide care that is tailored to the needs of their patients. As a result, the concept of positive health will occupy a central role in the health care delivery among the elderly, with a shifted emphasis from the medical side to the ability to adapt and self-management. To identify the (health care) needs, desires and abilities of the elderly, an interview protocol should be developed on the basis of the score of the digital test.

2.5 Interviews with the elderly

Because the interview protocol will be constructed for the elderly, some factors should be taken into account. Robben et al. (2012) stated that elderly patients prefer visual information. Therefore, in addition to the interview protocol something should be visualized for the elderly. With regard to providing information to elderly, it is important to be aware that this requires more time. The reason for this is that elderly often have hearing or cognitive problems which may limit their ability to understand the information provided. Therefore, it is important to take plenty of time in conversations with elderly. Besides that, elderly people often have long-term and short-term problems. Therefore, repeating questions and information can increase the understanding of the elderly (Robben et al., 2012). Younger and healthier persons have often reported to enjoy the possibility to describe their situation in-depth (Reinharz & Chase, 2003). For elderly patients, it is the other way around. They are less able to provide detailed descriptions of their situation.

Therefore, the interviewer should often request for more information. Besides hearing and cognitive problems, concentration and language difficulties negatively influence the ability to produce detailed description of their situation (Wenger, 2003; West, Bondy, & Hutchinson, 1991). When planning interviews with elderly people, it is important to be aware of these communication handicaps.

To answer sub-question 1 and 2 succinctly, the concept of positive health emphasizes the potential to be and to become healthy, even with the presence of illness. Positive health consists of six dimensions and is visualized in a web-diagram. From the positive health point of view, health care professionals should ensure the ability to adapt and to self-manage of people rather than taking care of them. The IPH has developed two instruments and working methods which measure the positive health of people, namely a conversation tool and a digital test which are available on the website of the IPH. The scores of the digital test will be displayed with a score. To identify the (health care) needs, desires and abilities of the elderly, an interview protocol should be developed on the basis of the score of the digital test. In order to construct an interview protocol that is tailored to the elderly, the interview protocol must be written in the same language as the elderly, should not be too long and supported with visuals. In addition, information and questions should be repeated and when planning the interviews it is important to take plenty of time. Besides that, to support the elderly in producing a detailed description of their situation, the interviewer should often request for more information. The next chapter will describe how to develop this interview protocol in order to gather the (health care) needs, desires and abilities of the elderly.

3. Method

In this chapter the used research method is described. This chapter is divided into six sections. First, the research design will be described. Second, the setting of this research will be handled. Third, information about the study participants will be given. Fourth, the procedure will be handled. Fifth, the used materials will be explained in which the construction of the interview protocol will be described. In the sixth and last section of this chapter, the data-analysis will be dealt with.

3.1 Research design

In order to answer the research questions, a qualitative study was carried out through the construction of a semi-structured interview protocol, conducting surveys and semi-structured interviews with elderly people living in an apartment complex in Doetinchem, called ‘Waterrijk’. The interviews were conducted to test the constructed interview protocol. More information about the participants will be described in sub-section 3.3.

3.2 Setting

This study was carried out in a Dutch health care organization, called Sensire. Sensire operates in the region the ‘Achterhoek’ which is an area in the east of the Netherlands. Sensire delivers services such as home care, residential homes for the elderly where they can receive care 24 hours per day, social work, guidance at home, and remote care (Sensire, 2017a). Sensire delivers care in an apartment complex in Doetinchem, called ‘Waterrijk’, where people above the age of 55 can rent or buy an apartment and can receive homecare, if necessary (Sensire, 2017b).

3.3 Participants

The study participants were the residents of apartment complex Waterrijk in Doetinchem who receive homecare from Sensire, with the exception of residents with dementia because there is a risk that they do not fully understand and answer the questions.

The study participants were invited to participate through a written invitation (appendix A, in Dutch). Through this invitation the participants were informed about the study’s purpose, mode of participation and confidentiality. The invitations were distributed by the nursing staff of Waterrijk. Participation was voluntary and the data were handled confidentially. Besides the written invitation, the study participants and the nursing staff of Sensire were informed about the study through an oral presentation in the communal space of Waterrijk. The nursing staff have also received an explanation of the study by email in which they were asked to help with the recruitment of the residents (appendix C, in Dutch). The residents were asked to fill in an informed consent form in the case they would like to participate in this study. This informed consent form is enclosed in appendix B, in Dutch.

From the, approximately 90, invited residents of Waterrijk, seven residents wanted to participate in this study. The gender distribution of these seven residents are summarized in table 3. Four residents were female and three residents were male.

Table 3 Gender distribution of the participating residents

Characteristics	
	N = 7
Female	4
Male	3

3.4 Procedure

The study consists of three parts, namely 1) the construction of a semi-structured interview protocol, 2) measuring the positive health of the residents by using the digital test of positive health, followed by 3) individual face-to-face interviews to test the constructed interview protocol. These three parts will be further explained in section 3.4.1, 3.4.2 and 3.4.3. The ethics committee within the faculty of Behavioral, Management and Social Sciences (BMS) at the University of Twente has approved this study. The application number was 17164.

3.4.1 Construction of a semi-structured interview protocol

In order to translate the scores of the digital test of positive health into (health care) needs, desires and abilities, a semi-structured interview protocol (appendix F, in Dutch) was constructed. With these insights, Sensire can provide care that is tailored to the needs of their patients. The questions of the interview protocol were constructed by using the already operationalized aspects of the dimensions of the digital test and the conversation tool. In addition, literature about questionnaire construction was consulted to formulate questions.

3.4.2 Measuring the positive health

The seven participating residents were asked to fill in a test that measures their positive health. Their scores were used as the starting point of this study. The seven participating residents all have filled in the test of positive health. The positive health is measured using the content of the digital test. As mentioned earlier in the theory chapter, the screenings test of positive health is only available on the website of IPH. This website can only save one test per day and for each resident a separate account has to be created. For these reasons, it could be difficult to integrate the electronic proceedings in the daily work of the nursing staff. Therefore, the content of the digital test has been put into a paper copy (appendix D, in Dutch). The test contains instructions about how to fill in. The tests were conducted through the nursing staff of Waterrijk, the family of the residents, the researcher of this study and through the residents themselves. At the end of the test, the residents were asked whether they would like to receive their scores. If they wanted to receive this, their scores were put in a result form and were delivered by hand (appendix E, in Dutch).

3.4.3 Semi-structured interviews

After the construction of the interview protocol, the seven participating residents were contacted by phone to make an appointment for an interview. The aim of the interviews was to test the constructed interview protocol to see whether the interview protocol was tailored to the elderly and whether the questions retrieve the data needed (Broom, 2005). One of the seven residents was not willing to participate in an interview. Therefore, six individual face-to-face semi-structured interviews were moderated by one researcher.

Some general information of the six residents who wanted to participate in an interview are summarized in table 4. Four residents were female and two residents were male. One resident is between the age of 70-79, two residents are between the age of 80-89 and three are between the age of 90-99. With regard to the community, four residents are single and two are living together with a partner. Looking at the years of residence in Waterrijk, five residents have been living for 5-9 years in Waterrijk and one for 10-14 years.

Table 4 General information of the residents who were willing to participate in an interview

Description of respondents		N = 6
Gender	Female	4
	Male	2
Age (in years)	70-79	1
	80-89	2
	90-99	3
Community	Single	4
	Living together	2
Years of residence in Waterrijk (in years)	1-4	-
	5-9	5
	10-14	1

The interviews were conducted in the residents' own familiar environment. An audio recording was made of each interview. The interviews lasted on average 45 minutes. In the interviews, the constructed interview protocol was used (appendix F, in Dutch). During the interviews, the residents were asked how they could improve the dimension with the lowest score relative to the other five dimensions by using their strengths, the other well-functioning dimensions. In this way, the healthy dimensions acted as the starting point. Because the researcher did not know in advance of the interviews what the residents' (health care) needs, desires and abilities were regarding the other dimensions, the conversation tool was used as a guide (figure 2, in theory chapter). The semi-structured interviews gave the residents the opportunity to express their feelings in their own words. Besides that, semi-structured interviews provide reliable and comparable qualitative data (Cohen & Crabtree, 2006).

3.5 Material

3.5.1 Interview protocol

In this sub-section, sub-question 3 will be answered. This sub-question was about how the scores of the current digital test can be translated into (health care) needs, desires and abilities among the elderly.

To translate the scores of the current digital test into narrative information, an interview protocol was constructed (appendix F, in Dutch). This interview protocol has a semi-structured character in order to guide the interviews in such a way that the mediator knows when she has to encourage the residents to specify their answers. The interview protocol was written in Dutch, because this is the language of the residents. In this way, one of the communication handicaps of the elderly has been solved. To reveal the (health care) needs, desires and abilities of the residents, some questions were asked in such a way to encourage the residents to think of their near future and what the future will look like. This may produce useful, in-depth and detailed information. The interview protocol consisted of three sections. Questions were asked regarding the following three themes: (health care) needs, desires and abilities. The interview protocol only consisted of open questions, after each of which the interviewer often requested more information or an explanation. In this way, the residents were supported in producing a detailed description of their situation. The reason why the interview protocol only consisted of open questions is that open questions allow the residents to offer additional information. Besides that, the interview protocol consisted of ten questions, with the exception of the requests for more information. This means that the interview protocol was not too extensive. In this way, the concentration problems of the elderly were taken into account. To increase the understanding of the residents, instructions were provided for the interviewer to repeat the answers of previous questions. In addition, general information was asked, for example the age, community, years of residence in Waterrijk and the experiences of living in Waterrijk as a way of warming up the residents (Jacob & Furgerson, 2012). At the end of the interview, the residents were asked whether they would like to receive the main results of this study as a compensation for their participation. The interview protocol was supported with visuals which will be explained in the sub-sections 3.5.2 and 3.5.3.

The interview protocol was tested through six semi-structured interviews. After these interviews, adjustments were made which resulted in a shorter interview protocol (appendix G). Detailed information of the necessary adjustments and the corresponding advantages will be provided in sub-section 4.1.3.2. For Sensire, a separate interview protocol was constructed, adjusted on the preferences of the nursing staff of Sensire (appendix H, in Dutch). This interview protocol yield an uniform method for Sensire to gather information about the (health care) needs, desires and abilities of the residents of Waterrijk.

To answer sub-question 3, by using the constructed semi-structured interview protocol the scores of the digital test of positive health could be translated into narrative information and in particular into (health care) needs, desires and abilities. While constructing the interview protocol the communication handicaps of the elderly were taken into account. Think of the language, repeating questions, limited concentration duration, using visuals and requests for more information.

3.5.2 Conversation tool

In order to use visuals in the interviews with the residents, the conversation tool (figure 2) was used. At the start of each interview, the conversation tool was shown to the residents to explain the concept of positive health. Each dimension was designated and explained by using the corresponding health aspects. In this way, the residents became aware of the fact that health is more than only the physical aspects. The conversation tool was printed in A3 format to ensure that it was readable for the residents.

3.5.3 Arrow

Besides the conversation tool, an arrow was used (appendix I, in Dutch). The arrow was used to give the residents an overview of the three themes in the interview. At the start and end of each theme in the interviews, the arrow was designated to the residents. It was a tool to make the different themes more clear for the residents. The arrow was not a working instrument developed by IPH, but it was developed in this study to support the elderly residents. The residents may have concentration problems, due to their age. Therefore, the arrow was developed to support them.

3.6 Data-analysis

The audio recordings of the interviews were anonymously transcribed verbatim. To minimize bias, the interview transcripts were analyzed and coded by Nienke Abbink and Minna van Gerven independently. The process of coding was done in Word. All differences in coding were discussed between the two researchers until consensus was reached. The interviews were analyzed in order of the three themes of the interview protocol supplemented by three new themes. In total, the six themes on which the interview transcripts were analyzed are: description of the residents, (health care) needs, desires, abilities, what should be done, and what help do the residents need (table 5). The first theme ‘description of the residents’ is already answered in section 3.4.3.

Table 5 Overview of themes in the data-analysis

Number	Themes
1	Description of the residents
2	(Health care) needs
3	Desires
4	Abilities
5	What needs to be done?
6	What help do the residents need?

For each theme a subdivision of the dimensions and health aspects was made. The coding scheme is enclosed in appendix J, in Dutch. During the data-analysis, relevant quotes were used to support the data provided in chapter 4 (results). These quotes were translated by Nienke Abbink from Dutch to English. After the data-analysis, the transcripts were deposited at the University of Twente.

4. Results

This chapter consists of two sections. In the first section, the results of the test of positive health will be described. In the second section, sub-question 4 will be answered in which the provided insights of the interview protocol will be described.

4.1 The test of positive health

In this sub-section, the results of the test of positive health will be discussed. Although, these results are not of added value for answering the research question, it will be provided as additional information.

The mean score of each dimension is calculated. The dimension with the highest score is quality of life with a score of 7.4, followed by a 7.1 for the dimension mental functions and perception and social and societal participation, a 6.9 for the spiritual/existential dimension, and a 6.5 for the dimension daily functioning. The dimension with the lowest score is bodily functions with a score of 5.8. The mean score for each dimension, based on the seven residents who have filled in the test, is presented in table 6 and visualized in figure 3. These results are presented in the original order of the dimensions.

Table 6 Mean score of the dimensions

Dimension	Mean score
Bodily functions	5.8
Mental functions & perception	7.1
Spiritual/existential dimension	6.9
Quality of life	7.4
Social & societal participation	7.1
Daily functioning	6.5

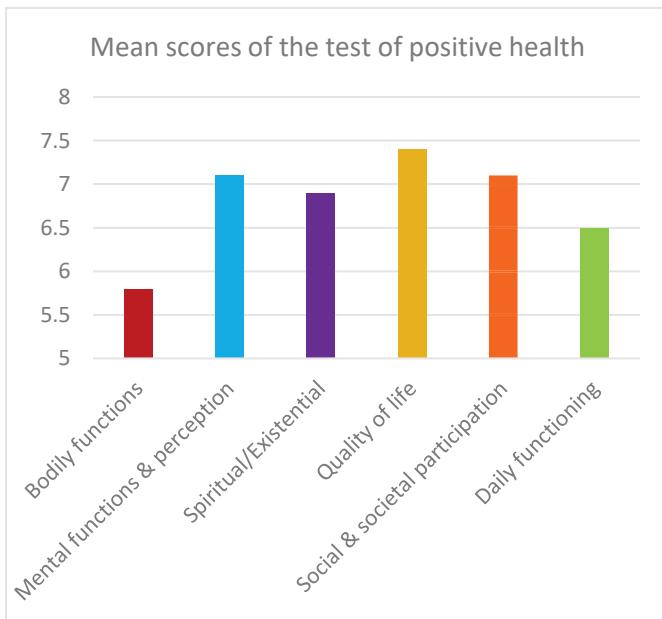


Figure 3 Mean score of the dimensions

From table 6 and figure 3 can be derived that the residents experience the most problems with regard to bodily functions. The fact that the dimension bodily functions has the lowest score, might relate to the changed patterns of illness towards a high proportion of people with chronic diseases. The problems related to the dimension bodily functions can have a negative effect on the daily functioning of the residents. This might be an explanation for the score 6.5 for the dimension daily functioning. Besides the problems and constraints in their daily functioning, the residents think they have a good quality of life. The dimension social and societal participation and mental functions and perception have the same score, namely a 7.1. The spiritual/existential dimension lies inbetween the dimensions social and societal participation and mental functions and perception, and daily functioning. In general can be said that, the residents could use the well-functioning dimensions, in this case the dimension quality of life, mental functions and perception and social and societal participation to improve the less well-functioning dimensions such as spiritual/existential, daily functioning and bodily functions.

4.2 The provided insights of the interview protocol

This sub-section consist of two parts. In the first part, the (health care) needs, desires and abilities derived from the semi-structured interviews will be handled to see what the residents have answered to the questions of the interview protocol. This information is not of added value for answering sub-question 4. However, it is added to this sub-section to learn from the revealed insights of the interview protocol and thus from the lives of the elderly. In the second part, sub-question 4 will be answered in which the interview protocol will be evaluated.

4.2.1 Semi-structured interviews

Through the interviews the (health care) needs, desires and abilities were investigated. In total, the five themes on which the results of the interviews will be described are: (health care) needs, desires, abilities, what should be done, and what help do the residents need. As mentioned earlier in chapter 3, for each theme a subdivision of the dimensions and health aspects was made. Table 7 gives an overview of the number of times the residents have mentioned the dimensions with regard to the five themes. A detailed overview of the number of times for all health aspects and other codes is enclosed in appendix J.

Table 7 Number of times the residents mentioned the dimensions for each theme

Theme	Dimension	Frequency
2. (Health care) needs	Bodily functions	62
	Mental functions & perception	30
	Spiritual/existential dimension	1
	Quality of life	4
	Social & societal participation	18
	Daily functioning	15

3. Desires	Bodily functions	17
	Mental functions & perception	2
	Spiritual/existential dimension	20
	Quality of life	31
	Social & societal participation	34
	Daily functioning	5
4. Abilities	Bodily functions	11
	Mental functions & perception	13
	Spiritual/existential dimension	10
	Quality of life	4
	Social & societal participation	37
	Daily functioning	35
5. What should be done?	Bodily functions	10
	Mental functions & perception	-
	Spiritual/existential dimension	-
	Quality of life	-
	Social & societal participation	9
	Daily functioning	-
6. What help do the residents need?	Bodily functions	-
	Mental functions & perception	-
	Spiritual/existential dimension	9
	Quality of life	12
	Social & societal participation	1
	Daily functioning	-

With regard to the second theme, the (health care) needs, the dimension bodily function is the dimension with the most problems (62), followed by mental functions and perception (30), social and societal participation (18), daily functioning (15), quality of life (4) and spiritual/existential dimension (1). The fact that the dimension bodily function is mentioned most frequently corresponds to the results of the test of positive health in which this dimension has received the lowest score. This means that problems related to bodily functions constitutes the most important (health care) need from the perspective of the elderly residents in Waterrijk.

With regard to the third theme, the desires, the dimension social and societal participation is the dimension with the most desires (34), followed by quality of life (31), spiritual/existential dimension (20), bodily functions (17), daily functioning (5) and mental functions and perception (2). From these results, it can be derived that the dimension social and societal participation is seen as an important part of life of the residents in Waterrijk.

Looking at the fourth theme, the abilities, the dimension social and societal participation is mentioned most frequently (37), followed by daily functioning (35), mental functions and perception (13), bodily functions (11), spiritual/existential dimension (10) and quality of life (4). This means that, besides the fact that residents see the dimension social and societal participation as an important part of their life, most of their abilities were related to this dimension.

The fifth theme was about what should be done by the residents themselves or through other external parties to fulfill their desires or (health care) needs and thereby improving their health. For this theme the residents mentioned the dimension bodily functions most often (10), followed by social and societal participation (9). The other dimensions were not mentioned which means that the residents only have ideas for improvements that are related to these two dimensions.

The last theme was about what help the residents need to fulfill their desires or (health care) needs and thereby improving their health. For this theme, the residents mentioned the dimension quality of life most frequently (12), followed by spiritual/existential dimension (9) and social and societal participation (1). This means that from the perspective of the residents, help is needed with respect to these three areas.

Overall, these results imply that the residents are facing a lot of problems related to bodily functions and that they have the desire to participate as long as possible in social and societal life. To realize this, they need help on several dimension. In the next sub-sections, the (health care) needs, desires and abilities regarding the five themes will be described in more detail. These will be handled in the original order of the dimensions. Here and there, quotes will be used to support the data.

4.2.1.2 (Health care) needs

Bodily functions

A mentioned earlier, with regard to the theme (health care) needs, the dimension bodily functions was mentioned most frequently of all dimensions. Physical diseases, complaints and pain, musculoskeletal disorders and increased immobility were identified as common problems. This is not surprisingly, because the theory stated that the elderly are facing an increase of chronic diseases and multimorbidity of which problems related to bodily functions are a part of it.

Besides that, the study setting and study population might explain these kind of problems. In the following quote, a problem related to bodily functions is illustrated:

"I have a poor mobility, because I walk very badly." (Interview 5, line 93)

Problems related to bodily functions affect the social and societal participation and the extent to which people are self-reliant. With regard to the self-reliance, a common problem for the residents is that most of them are not able to cook anymore due to physical diseases, complaints and pain, musculoskeletal disorders. As a result, 16 times was mentioned that they can not enjoy food anymore. There is a restaurant in Waterrijk, but the residents can not dine there every day. In former times, this was possible but it could not be financed anymore. Because most of the residents are not able to cook, they are forced to make use of a meal service, but nobody likes that food. This common problem is illustrated in the following quote:

"No, at the beginning I had food from a meal service, but that food is prepared several days before. No, it did not taste good. You have to pay seven euros for a meal and what do you do with it? Eventually you throw it in a bin and no I do not want to pay for that. I do not do that." (Interview 2, line 211-213)

Mental functions & perception

With regard to the dimension mental functions and perception, problems like forgetfulness and communicating problems such as hearing and sight problems were identified as common problems. These problems were often suggested to affect the social and societal participation and the self-reliance. Besides these problems, the elderly residents have difficulties with keeping up with developments in de world and the rush of the social environment. This is illustrated with the following quote:

"[. . .] so much is happening in the world and the developments are moving very fast. I would like to keep up, but I have not been able." (Interview 1, line 92-93)

Spiritual/existential dimension

With regard to the health aspect 'meaningfulness of life', missing their deceased spouse was identified as a problem. Missing their deceased spouse can cause loneliness which can negatively affect the social and societal participation and quality of life. Besides that, a possible consequence of a deceased spouse is that people become less self-reliant. The reason for this is that with a spouse, they can help each other.

Quality of life

With regard to the dimension quality of life, two residents mentioned that they could not really enjoy their life, because they could not travel anymore. Besides that, they had to give up activities they like such as creative activities. These things were mostly due to problems related to bodily functions such as physical diseases, musculoskeletal disorders and reduced mobility. The following quote illustrates this:

"Well, there is little left to enjoy for us. Although, that is my opinion. I can not travel or something like that." (Interview 3/4, line 257-258)

"We have trouble with walking, because of her knees." (Interview 3/4, line 262)

Social & societal participation

With regard to the dimension social and societal participation, most of the residents are facing the problem of increased immobility in the social world. This is mostly due to physical problems such as musculoskeletal disorders and sensibility problems in hand and feet. The following quote illustrates this:

“Some months ago I have discard my mobility scooter, because I have difficulties with squeezing my fingers for braking maneuvers. And in the case I had to brake, I suddenly stood still. After that when I wanted to accelerate, I suddenly shoved forward. I could not keep the handle halfway.” (Interview 1, line 55-59)

Daily functioning

With regard to the dimension daily functioning, dependency on care was mentioned often as a (health care) need. This is common among elderly people who are facing chronic diseases which entails health care needs.

4.2.1.3 Desires

Bodily functions

Less physical complaints and pain, enjoying food by dining every day in the restaurant of Waterrijk, the absence of musculoskeletal disorders and stimulating physical activity were identified as desires with regard to the dimension bodily functions. The desire with regard to the restaurant in Waterrijk was mentioned six times. It is noteworthy that the desires regarding this dimension arise from the (health care) needs. One of the quotes about the desire of enjoying food was:

“Actually I want to dine in the restaurant downstairs every day, just like they started. Unfortunately, this could not be funded anymore.” (Interview 1, line 177-178).

Mental functions & perception

Maintaining brain capacity and the wish to increase the capacity of reading were identified as desires with regard to the dimension mental functions and perception.

Spiritual/existential dimension

With regard to the dimension spiritual/existential, the ideals the residents would like to fulfill are continuing life, growing older with partner, staying healthy and a good future for their children. None of the residents would like to learn new things. They do not want to be challenged. This is illustrated in the following quote:

“Well no, I think ‘I could care less’. I do not live here for 15 years.” (Interview 1, line 112)

“Sometimes I have a desire, but generally I do not have many desires. Because when I want something I think ‘what are you doing it for, you are at the end of your life.’ Do you understand what I mean? I have little interests to do different things.” (Interview 1, line 121-123)

“There is a lot that I can not do anymore and at the same time I think ‘what is the usefulness of it?’ Sometimes I do something new for fun, but I think my life is on its end.” (Interview 1, line 129-131)

Quality of life

With regard to the dimension of quality of life, enjoying leisure activities, brain stimulating activities and creative activities were identified as factors to enjoy life. In addition, increased mobility was identified as a desire which is associated with physical diseases and musculoskeletal disorders. Increased mobility affects the social and societal participation, self-reliance and bodily functions. Besides that, having a pet and being happy by living together with a partner, were identified as factors that would increase the quality of life of the residents of Waterrijk. The following quote illustrates a desire related to increased mobility:

“Yes I can say; I would like to drive to the province of Friesland, but that is not possible right?”

(Interview 1, line 306-307)

“Yes, preferably with my own car, but yes the children pick me up sometimes. But that becomes less and less common.” (Interview 1, line 309-310)

“I wish to drive a car by myself or a mobility scooter, but both things will not happen anymore and I would not know any other desires.” (Interview 1, line 158-159)

Social & societal participation

The dimension social and societal participation was identified as an important dimension, because many residents have mentioned desires regarding this dimension. Having social contacts with family or neighbors were important for the residents of Waterrijk. Besides that, they like doing fun things together through participation in activities inside as well as outside Waterrijk and organized outings. In addition to that, the sense of belonging through good mobility and doing meaningful activities were identified as important factors for the residents. In particular, activities related to food are much in demand. The desires with regard to this dimension are closely related to problems of the dimension bodily functions, in particular ‘immobility’ as a result of musculoskeletal disorders. This in turn affects the quality of life, because the more the residents participate in social and societal life, the higher their quality of life. The following quote is about having social contacts with family:

“Yes having attention of my children makes me happy.” (Interview 1, line 161)

Daily functioning

With regard to the dimension daily functioning, remaining independent as long as possible and improving the self-reliance were identified as desires. Besides that, the desire to solve problems related to immobility by asking people for help, was mentioned. This deals with the desire to improve the dimension social and societal participation.

4.2.1.4 Abilities

Bodily functions

With regard to the first dimension bodily functions, the residents mentioned they are functioning well, have appetite, sleep well and have a good immune system. With regard to musculoskeletal system, the residents mentioned the ability to be mobile, because they are able to transport themselves by foot.

Mental functions & perception

A proper brain function, being empathic and assertive were identified as abilities with regard to mental functions and perception. Besides that, the residents mentioned to be able to cope with changes. They mentioned to be decisive and problem-solving. The ability of a proper brain function is related to the desire to maintain this ability. A deterioration of the brain function will affect several dimensions, such as quality of life, social and societal participation and daily functioning. Therefore, having a proper brain function is important for the residents in Waterrijk. The problem-solving ability is illustrated with the following quote:

“But I manage most things by myself. Because, earlier this week I had no warm water so I started calling and stuff like that. That kind of things I take care of myself.” (Interview 5, line 263-265)

Spiritual/existential dimension

With regard to the dimension spiritual/existential, the residents have ideals which they wanted to fulfill and were able to initiate these. These ideals are related to bodily functions, such as an improving their musculoskeletal system through sportive activities. The following quote illustrates this:

“And also I said to Vanessa: ‘In fact I have to walk more often, but I can not walk for long. It would be nice if there is a wheelchair hour once a week’. She is busy with it.” (Interview 5, line 190-192)

“Excuse me, wheelchair hour, I mean a rollator hour. Because you move a bit. With a small group of people. Yes, I have enough ideas.” (Interview 5, line 194-195)

Besides striving for aims, gratitude and acceptance of what life brings were identified as abilities.

Quality of life

With regard to the dimension quality of life, the residents mentioned that they were happy and enjoy their life by means of leisure activities such as reading a book. The following quote illustrates the ability of being happy:

“I am an happy and a blessed man. Honestly, despite not having a partner.” (Interview 1, line 162)

Social & societal participation

With regard to the dimension social and societal participation, the residents mentioned they have contact with neighbors and family. The residents feel they are being taken seriously and they can do fun things together with their neighbors through activities in Waterrijk. Besides that, just like social contacts the residents mentioned they have a lot of support from their children with which they can improve their self-reliance and can continue participating in social life. This means that a social network is an important factor for elderly people. The following quote is derived from an informal caregiver of one of the residents. She is willing to support her older sister to participate with a boat trip:

“She did not want to go herself, because she thinks it is a hassle. And to be honest, it is a hassle, but she does not have to bring it herself. I will go with her to the boat.” (Interview 6, line 207-209)

Daily functioning

With regard to daily functioning, the residents feel they are independent from care of others, although all residents do receive homecare. It can therefore be inferred that with a network of (in)formal caregivers they can continue their daily life in the way they want to. The ability of self-reliance can affect the dimension quality of life and social and societal participation. Knowing their own limits and being able to handle their money responsibly were factors that the residents mentioned as abilities.

From the results of theme 2, 3 and 4, it is striking that the six dimensions are closely related to each other and sometimes overlapping.

4.2.1.5 What needs to be done?

Besides the (health care) needs, desires and abilities, data was gathered about how some of the mentioned (health care) needs and desires could be improved or fulfilled.

Bodily functions

With regard to the dimension bodily functions, in particular to the desire to enjoy food, the residents mentioned they need a restaurant in Waterrijk where they can dine every day or a restaurant in the near of Waterrijk. To realize a restaurant in Waterrijk, the residents mentioned that more people should make use of this facility and more staff or voluntary workers are needed to organize it. The following quote illustrates this:

“The number of people that make use of the restaurant is too low.” (Interview 1, 206-207)

“There are 120 apartments. Yes, there are residents who do not leave their apartment and there are residents who can prepare a meal for themselves. You can not oblige them to eat in the restaurant. If people enjoy preparing their own meal, I think they should keep doing that. Yes sure.” (Interview 1, line 212-214)

With regard to fulfill the desire to support the musculoskeletal system, the residents mentioned that more sportive activities should be organized in Waterrijk.

Social & societal participation

What should be done to realize the desire to do fun things together regarding the dimension of social and societal participation, is nearly the same as for the dimension bodily functions. The residents mentioned that they need more organized creative activities inside as well as outside Waterrijk. Besides that, organized activities on national public holidays in the restaurant and participating with outings were identified as things that should be done to realize the desire to do fun things together.

4.2.1.6 What help do the residents need?

Spiritual/existential dimension

Besides what should be done to fulfill the desires of the residents, the help the respondents need to fulfill their desires were identified. With regard to the dimension spiritual/existential, the residents would like to fulfill their ideal, namely to continue their life. To realize this ideal, the residents mentioned they need physical and domestic help.

Quality of life

With regard to the dimension quality of life, the residents would like to enjoy their life through increased mobility and having a pet. The reason why the residents would like increased mobility is because they would like to go on holiday. They mentioned that they need home care and nice weather during holiday. To fulfill the desire of having a pet, there is a need for pet care, a pet to lease or an electronic pet. The following quote illustrates some problems of having a dog:

"Yes, but I can not take the dog for a walk. Then I would need a fake dog." (Interview 6, line 268)

"No, I would rather take one of those robot dogs from China." (Interview 6, line 274)

"Yes you have to give the dog something to eat, you can not ask the nursing staff to do that." (Interview 6, line 287)

Social & societal participation

With regard to the dimension social and societal participation, the residents mentioned that they need help to do fun things together. To fulfill the desire to participate with outings, physical help is required.

Overall, the residents in Waterrijk are facing a lot of (health care) needs, in particular not enjoying food, complaints and pain and increased immobility. Besides that, hearing and sight problems and participation in social and societal life were common problems among the residents. The problem of participation is caused by increased immobility which is due to problems related to bodily functions. Dependency on care is also common among the study population. The most important identified desires were a restaurant in Waterrijk, continuing life, enjoying life by doing leisure activities and participating as long as possible in social and societal life. To fulfill the general desire, continuing life, the residents need physical and domestic help. The most abilities identified were having a great social network and being self-reliant. These results imply that elderly people need support on different dimensions to enable them to make use of their own abilities.

4.2.2 Evaluation of the interview protocol

In this section sub-question 4 will be answered. This sub-question was about what insights the interview protocol provide among the elderly. This section consists of two parts. In the first part will be discussed whether the interview protocol provided a varied picture of (health care) needs, desires and abilities. In the second part will be described whether adjustments of the interview protocol were necessary to ensure that it is more tailored to the elderly.

4.2.2.1 The variety of (health care) needs, desires and abilities

The interview protocol has been tested six times. In table 8 an overview is provided of the number of times the residents have mentioned something which was related to one of the six dimensions of positive health. The overview in table 8 is based on the five themes on which the data were analyzed.

Table 8 Number of times the residents mentioned the dimensions regarding all themes

Dimensions	Frequency
Bodily functions	100
Mental functions & perception	45
Spiritual/existential dimension	40
Quality of life	51
Social & societal participation	99
Daily functioning	55

From table 8 can be derived that the dimension bodily functions, mental functions and perception, spiritual/existential dimension, quality of life, social and societal participation and daily functioning were mentioned 100, 45, 40, 51, 99 and 55 times respectively. This means that the interview protocol has identified the most (health care) needs, desires and abilities regarding the dimensions bodily functions and social and societal participation. The spiritual/existential dimension is mentioned the least (40 times) which means that the interview protocol is less capable to provide a broad view of (health care) needs, desires and abilities regarding this dimension. This also applies to the dimension mental functions and perception and quality of life. However, the issue is whether this can be attributed to the interview protocol or to a human fault. The fact that the dimension bodily functions and social and societal participation were mentioned the most, might relate to the fact that both dimensions are closely related to each other. This turned out in section 4.2.1 in which has been described that the extent of immobility, due to bodily problems, affects the participation in social and societal life.

From the results of sub-section 4.2.1.5 and 4.2.1.6, it is notable that it is difficult for the residents to use their own abilities, regarding their well-functioning dimensions, to improve the less well-functioning dimensions by themselves. Looking at the things the residents mentioned in these sub-sections about what should be done and what help do the residents need, the residents mentioned things that should be done through the nursing staff in Waterrijk, voluntary workers in Waterrijk, the neighborhood or family. This implies that the residents can only use their own abilities if they are facilitated by others. This corresponds to what the theory stated, namely that health care professionals should ensure the ability to adapt and to self-manage of people through facilitating, coaching, and guiding their patients. For the health care sector this means that empowerment, which is an important element of the concept of positive health, is an issue for the elderly. This restricts the implementation of the concept of positive health in the current practice of health care among the elderly. If the government wants to support the positive health of the elderly, the government need to invest a lot in the elderly care.

Overall, the interview protocol provided a varied picture of the (health care) needs, desires and abilities among the elderly with regard to the six dimensions of positive health. The most (health care) needs, desires and abilities were related to the dimension bodily functions and social and societal participation. This implies that these two dimensions play an important role in the life of the residents. In addition, it might relate to the fact that these two dimensions are closely related to each other. The least (health care) needs, desires and abilities were related to the spiritual/existential dimension.

This could imply that the interview protocol should be improved to provide a more varied picture of the (health care) needs, desires and abilities among the elderly. Further information about the necessary adjustments will be given in the next part.

4.2.2.2 Necessary adjustments of the interview protocol

There are four components that should be adjusted to ensure that the interview protocol is more tailored to the elderly. First, the interview protocol should be improved to be able to derive more (health care) needs, desires and abilities related to the spiritual/existential dimension. As a result, the interview protocol will provide a more varied picture of (health care) needs, desires and abilities. This is important, because from the positive health point of view all dimensions should receive the same amount of attention. If this is not the case, the consistency and strength of the concept will decrease. However, the issue is whether this can be attributed to the interview protocol or to a human fault, in this case the fault of the elderly residents. Second, the answers to question 1 and 2 of the theme '(health care) needs' (appendix F) were mostly related to the dimension bodily functions. This implies that the residents are facing a lot of physical problems which are associated with ageing. A way to tackle this problem is to broaden the view of the residents by showing the conversation tool (figure 2) to them during asking question 1 and 2. In this way, the residents will become aware of the fact that health is more than only the physical aspects. Although, at the start of each interview the conversation tool was shown to the residents, the moment of showing it along with an explanation about each dimension, should take place during asking question 1 and 2. This will contribute to a broader view on their life. As a result, useful and extensive information will be derived. This is in line with the recommendation by IPH. They advise health care workers to use the conversation tool as a guide in conducting conversations with their patients. The third component that should be improved is to change question 5 of the theme 'desires'. This question was too complex for the residents, because the answers they gave were not the answers on this question. This means that the question was not clear for them. It was difficult for them to foresee the long-term consequences of working on their own desires. This problem could be addressed to formulate a new question, in which the residents should foresee the consequences of working on their own desires for a shorter time period. Therefore, question 5 is replaced by a new question in the interview protocol of Sensire (appendix H). The fourth and last component that should be improved is that the interview protocol in this capacity could be conducted by everyone, also by people who are not involved in the health care sector. In this way, the knowledge and experiences of health care workers is not being used. To address this shortcoming, an instruction should be added in which health care workers must determine whether the information the resident has given, is in line with their previous knowledge and experiences of their patient. This will lead to more and valuable information. This instruction is added at the end of the theme '(health care) needs' in the interview protocol of Sensire (appendix H).

Overall, four components should be changed to ensure that the interview protocol is more tailored to the elderly. Two of them have already been adjusted. The interview protocol should be adjusted in such a way to derive more (health care) needs, desires and abilities with regard to the spiritual/existential dimension. In addition, the conversation tool should be shown to the elderly during asking question 1 and 2 of the theme '(health care) needs' in order to broaden their view on health. Besides that, question 5 is replaced by a new question because it was difficult for the residents to foresee the long-term consequences of working on their own desires.

Furthermore, at the end of the theme ‘(health care) needs’ an instruction was added for health care workers to use their previous knowledge and experiences of their patients.

5. Discussion

This chapter consists of five sections. First, the conclusion of this study will be presented in which the research question will be answered. Second, the strengths and weaknesses of the interview protocol and the digital test of positive health will be described. In addition, the strengths and weaknesses of the study as a whole will be discussed. Third, suggestions for further research will be handled. Fourth, implications for practice will be discussed. Fifth, the recommendations for practice will be dealt with.

5.1 Conclusion

The research question of this study was about how the current digital test and conversation tool of positive health could be used to identify the (health care) needs, desires and abilities among the elderly. Positive health is a renewed view on health that aims to solve the limitations of the current WHO definition of health which has contributed to a medicalization of the society. Besides that, it no longer matches the changes of population structure towards a much older population. Therefore, Machteld Huber has proposed the concept of positive health with its broad view on health.

Positive health focusses on the positive and healthy aspects instead of addressing deficits with medical treatments. Obtaining insight in the own abilities of people is important as well as awareness that besides illness, health can exist. Assuming that health consists of several dimensions, then health is less vulnerable if one of these dimensions is less well-functioning. Besides medical treatments, there are other non-medical treatments available which can contribute to health. This prevents a medical culture. From the positive health point of view, health care professionals should ensure the ability to adapt and to self-manage of people rather than taking care of them.

To support the shift from the medical side to the ability to adapt and self-management among the elderly, the concept of positive health can be used by health care organizations. There is a digital test available that measures the positive health of people. The results of this test will be displayed with a score. However, this does not give health care organizations the possibility to translate these scores into (health care) needs, desires and abilities. For the elderly it is important to have insights in their own (heath care) needs, desires and abilities, because then they have a better understanding of their health. As a result, they know how to cope with their health namely as a leader of their own health. In this way, the elderly people can make use of their own abilities in order to fulfill their desires, to improve their health state or to prevent deterioration of their health. Besides that, with these insights health care organizations can provide care that is tailored to the needs of their patients. Therefore, an interview protocol should be developed to translate the scores of the digital test into (health care) needs, desires and abilities. As a result, the concept of positive health will occupy a central role in the health care delivery among the elderly.

In this study a semi-structured interview protocol was constructed to identify the (health care) needs, desires and abilities among the elderly. During the construction of this interview protocol the communication handicaps of the elderly were taken into account to ensure that it was tailored to them. Think of the language, repeating questions, limited concentration duration, using visuals and requests for more information. From the results of this study could be derived that the interview protocol is able to identify a varied picture of (health care) needs, desires and abilities regarding all dimensions.

The most identified (health care) needs, desires and abilities were related to the dimensions bodily functions and social and societal participation. However, the interview protocol seems to be less capable to provide a broad view of the (health care) needs, desires and abilities regarding the spiritual/existential dimension. Therefore, the following four components should be changed to ensure that the interview protocol is tailored to the elderly. Two of them have already been adjusted. The interview protocol should be adjusted in such a way to derive more (health care) needs, desires and abilities with regard to the spiritual/existential dimension. In addition, the conversation tool should be shown to the elderly during asking question 1 and 2 of the theme '(health care) needs' in order to broaden their view on health. Besides that, question 5 of the theme 'desires' is replaced because it was difficult for the residents to foresee the long-term consequences of working on their own desires. Furthermore, at the end of the theme '(health care) needs' an instruction was added for health care workers to use their previous knowledge and experiences of their patients.

Based on the results of this study it seems to be difficult for elderly people to use their own abilities, regarding their well-functioning dimensions, to improve the less well-functioning dimensions by themselves. The residents mostly mentioned things that should be done through others instead of by themselves. This implies that the residents can only use their own abilities if they are facilitated by others. This corresponds to what the theory stated, namely that health care professionals should ensure the ability to adapt and to self-manage of people through facilitating, coaching, and guiding their patients. For the health care sector this means that empowerment, which is an important element of the concept of positive health, is an issue for the elderly. This restricts the implementation of the concept of positive health in the current practice of health care among the elderly. If the government wants to support the positive health of the elderly, the government need to invest a lot in the elderly care.

Through the interview protocol, insights can be derived of which health care organizations can provide care that is tailored to the needs of their patients. Because the participants of this study consisted of elderly people, the digital test of positive health has been put into a paper copy. The reason behind this is that the screenings test of positive health is only available on the website of IPH. This website can only save one test per day and for each resident a separate account has to be created. For these reasons, it could be difficult to integrate the electronic proceedings in the daily work of the nursing staff. Therefore, the content of the digital test has been put into a paper copy. Using the conversation tool and the constructed arrow along with the semi-structured interview protocol, health care organizations are able to identify a varied picture of the (health care) needs, desires and abilities among the elderly as a supplement on the current test of positive health.

5.2 Strengths and weaknesses

This sub-section consists of two parts. First, the strengths and weaknesses of the interview protocol and the digital test of positive health will be discussed. Second, the strengths and weaknesses of this study as a whole will be dealt with.

5.2.1 Interview protocol and the digital test of positive health

The constructed interview protocol has three strengths and one weakness. The first strength is that the interview protocol was adjusted after conducting the interviews. The first version was quite complex, because there were multiple directions possible during the conversation.

It was possible to skip some questions on the basis of what the resident said. After conducting the interviews, the different directions were no longer necessary because the answers of the residents were more or less in the same direction. Therefore, some questions were removed which makes the interview protocol easier to use for health care professionals. Moreover, for Sensire a separate version was created which was adjusted on the feedback from the health care professionals. The second strength is that the test of positive health, which acted as the basis of the constructed interview protocol, is replaceable by another screenings instrument. This makes the interview protocol widely deployable. The third strength is that the interview protocol was constructed in such a way that it is possible to conduct the test of positive health directly followed by the questions of the interview protocol. Though, it is also possible to keep time between these the two activities. For Sensire, the strength of the interview protocol was that it has filled the gap between doing the test of positive health and drafting individual care plans. With the interview protocol, the (health care) needs, desires and abilities of the patients of Sensire can be identified. With these information, Sensire can provide care that is tailored to the needs of their patients. With regard to the weakness, the interview protocol is not completely tailored to the elderly. There are still some components that should be adjusted. These components were described earlier.

The digital test of positive health has one strength and three weaknesses. The strength is that it provides a broad picture of the health situation from the perspective of the individual patient. This is valuable information for the patient as well as the health care professionals. It is important for the elderly to get insight in their own (health care) needs, desires and abilities, because then they have a better understanding of their health. As a result, they can better cope with their health. In this way, the elderly can make use of their own abilities in order to fulfill their desires, to improve their health state or to prevent deterioration of their health. Besides that, with these insights health care organizations can provide care that is tailored to the needs of their patients. With regard to the three weaknesses, the first weakness is that the current test in its digital version is not assessable for elderly patients. It is likely that most of the elderly people have not enough knowledge and skills with regard to computers. Therefore, the test has been put into a paper copy. In this way, the residents did not need a computer or computer skills in order to participate. The second weakness of the test of positive health is that it was quite extensive. The test consisted of 42 statements, of which they had to indicate to what extent they agree. Answering 42 questions was very tiring for the elderly residents. They mentioned this frequently while filling in the test. The third weakness is that the residents mentioned to have difficulties with the 10-point scale. They mentioned that the scale was too broad and that it was hard to choose the exact number, the number they prefer, between zero and ten. They did not know the difference in health between choosing for a seven or an eight.

5.2.2 The study as a whole

This study has three strengths and three weaknesses. The first strength of this study is the use of face-to-face interviews in which the (health care) needs, desires and abilities of the elderly people could be identified in the own familiar environment of the residents. This is important for two reasons. First, most of the residents had problems with their mobility which means that they could not go to the researcher for an interview. Second, conducting an interview in their own familiar environment will lead to more in-depth information because then they feel more comfortable. The second strength of this study is the broad view on health on which the (health care) needs, desires and abilities of the elderly were identified. This is important for two reasons.

First, it provides Sensire an overview of the positive health of the residents in Waterrijk and their (health care) needs, desires and abilities. It is possible that this information provide Sensire with ideas for improvement with regard to their health care delivery. Second, the constructed interview protocol with its broad view on health will enable Sensire and other health care organizations to use the concept of positive health with the aim to improve the health care delivery among the elderly. The third strength is that during this study, two researchers have analyzed the transcripts. This has reduced the chance of bias.

With regard to the three weaknesses, the first weakness of this study is that the sample of residents without cognitive difficulties is not representative for all elderly people. This limits the generalizability of the constructed interview protocol. As a result, the interview protocol may be too difficult for elderly people with cognitive problems. If there is a need for the (health care) needs, desires and abilities of elderly people with cognitive difficulties, another study should be done to develop an interview protocol that is tailored to their cognitive abilities. The second weakness of this study is also related to the generalizability. The sample of residents living in apartment complex Waterrijk may be not representative for all elderly people. They all receive homecare because they are in need. However, the sample of residents was diverse because it consisted of female and male residents. In addition to that, the respondents differ in age, from 77 to 97 years. A third weakness is the small number of participants. From the seven participating residents, with six of them an interview could be conducted. A consequence of this is that the constructed interview could be tested only six times, which is quite limited. The small number of participants might relate to the fact that elderly people are difficult to reach for a study, because of their age and the associated problems. This reduces the chance of participation.

5.3 Suggestions for future research

There are four suggestions for future research. The first suggestion is to further incorporate the necessary adjustments of the interview protocol. Then, it will be more tailored to the elderly. The second suggestion is to construct an interview protocol that is tailored to the cognitive abilities of elderly patients with cognitive difficulties. The third suggestion is to construct an interview protocol that is tailored to patients of other age categories, instead of elderly patients. The fourth suggestion is to further operationalize the dimensions and its health aspects. The statements in the current digital test of positive health are sometimes overlapping with health aspects of other dimensions. Besides that, multiple health aspects are not enough operationalized and to broad formulated. Doing more research on that issue will increase the reliability and validity of the outcomes of the test of positive health.

5.4 Implications for practice

Using the test of positive health in a paper copy and the interview protocol along with the conversation tool and the arrow will enable health care organizations to get insight in the (health care) needs, desires and abilities of their elderly patients. With these insights, health care organizations can provide care that is tailored to the needs of their patients which will improve the health of the elderly. In this way, the concept of positive health can play a central role in the health care delivery among the elderly.

5.5 Recommendations for practice

There are two recommendations for Sensire and other health care organizations. The first recommendation is to determine how to integrate the interview protocol in their health care delivery. For example by whom or at what moment. The second recommendation is to reflect on the patients individual health after a certain period.

This allows them to check whether the interview protocol has contributed to an improvement in the health care delivery. This can be done by means of the test of positive health and by comparing the scores with the previous test.

6. References

- Board of Public Health and Care [RVZ]. (2005). *Blijvende zorg. Economische aspecten van langdurige zorg. [Continuing care. Economic aspects of long-lasting care]*. Zoetermeer. Retrieved from https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Blijvende_zorg.pdf
- Bodstein, A., Lima, V. V., & Barros, A. M. (2014, June). The vulnerability of the elderly in disasters: the need for an effective resilience policy. *Ambiente & Sociedade* vol.17 no.2. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-753X2014000200011>
- Broom, A. (2005). Using qualitative interviews in CAM research: a guide to study design, data collection and data-analysis. *Complementary Therapies in Medicine, Vol 13, Issue 1*, 65-73. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2005.01.001>
- Cohen, D., & Crabtree, B. (2006, July). *Semi-structured Interviews*. Retrieved from Qualitative Research - Guidelines Project: <http://www.qualres.org/HomeSemi-3629.html>
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*; 6, 91-100. doi:<10.1007/s10433-009-0110-3>
- Eurostat. (2016, June). *Mortality and life expectancy statistics*. Retrieved from Eurostat Statistics Explained: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics
- Hasman, A., Hope, T., & Østerdal, L. P. (2006). Health Care Need: Three Interpretations. *Journal of Applied Philosophy, Vol. 23, No. 2*, 145-156. Retrieved from <http://www.econ.ku.dk/lpo/needs1.pdf>
- Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of health. Its operationalisation and use in public health and healthcare and in evaluating health effects of food*. Maastricht.
- Huber, M., & Jung, H. P. (2015, October 13). Persoonsgerichte zorg is gebaat bij kennis van ziekte én van gezondheid [Patient-centered care benefits from illness and health]. *Bijblijven [Keep up]*. Bohn Stafleu van Loghum. doi:<10.1007/s12414-015-0072-7>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ Journals*; 343:d4163, 1-3. doi:<10.1136/bmj.d4163>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011, p. 2). How should we define health? *BMJ Journals*; 343:d4163, 1-3. doi:<10.1136/bmj.d4163>
- Huber, M., Van Vliet, M. v., & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. [Reconsider your view of the definition of 'health']. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 160:A7720.
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P., & Knottnerus, J. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*; 5:e010091. doi:<10.1136/bmjopen-2015-010091>

- Institute for Positive Health & ZonMw. (2016). *'Positieve gezondheid' in Nederland - Wie, wat, waarom en hoe? Een inventarisatie ['Positive health' in the Netherlands' - Who, what, why and how? An inventarisation.* Amersfoort. Retrieved from http://www.ipositivehealth.com/media/1058/rapport-posgez-innl2016_zonmw_iph_def.pdf
- Institute for Positive Health. (2017, February 16). *Positieve gezondheid [Positive health]*. Retrieved from Institute for Positive Health: <http://www.ipositivehealth.com/positieve-gezondheid/>
- Jacob, S., & Furgerson, S. (2012). Writing Interview Protocols and Conducting Interviews: Tips for Students New to the Field of Qualitative Research. *The Qualitative Report, Vol. 17, T&L Art. 6*, 1-10. Retrieved from <http://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1718&context=tqr>
- Joshi, A., Kale, S., Chandel, S., & Pal, D. K. (2015). Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology*;7(4), 396-403. Retrieved from http://www.journalrepository.org/media/journals/BJAST_5/2015/Feb/Joshi742014BJAST14975_1.pdf
- Kvigne, K., Gjengedal, E., & Kirkevold, M. (2002). Gaining access to the life-world of women suffering from stroke: Methodological issues in empirical phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing, Vol. 40, 1*, 61-68.
- Reinharz, S., & Chase, S. E. (2003). Interviewing women. In J. A. Holstein, & J. Gubrium, *Inside interviewing. New Lenses, New Concerns* (pp. 73-90). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Robben, S., Van Kempen, J., Heinen, M., Zuidema, S., Olde Rikkert, M., Schers, H., & Melis, R. (2012, April 24). Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study. *Family Practice*, 29, 742-747. doi:10.1093/fampra/cms033
- Schilp, J., Kruizenga, H. M., Wijnhoven, H. A., Leistra, E., Evers, A. M., Binsbergen, J. J., . . . Visser, M. (2012). High prevalence of undernutrition in Dutch community-dwelling older individuals. *Nutrition*. doi:10.1016/j.nut.2012.02.016
- Sensire. (2017a, February 13). *Over ons [About us]*. Retrieved from Sensire Samen en persoonlijk [Sensire Together and personally]: http://www.sensire.nl/over_ons.aspx
- Sensire. (2017b, February 13). *Sensire Waterrijk*. Retrieved from Sensire Samen en persoonlijk: http://www.sensire.nl/onze_diensten/wonen_met_zorg/onze_huizen/verzorgd_wonen_sensire_waterrijk.aspx
- Smith, R. (2008, July 8). *Richard Smith: The end of disease and the beginning of health*. Retrieved from thebmjopinion: <http://blogs.bmjjournals.org/bmjjournals/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>
- Smits, C. H., Beld, H. K., Aartsen, M. J., & Schroots, J. J. (2013). International spotlight: Aging in The Netherlands: State of the Art and Science. *The Gerontologist Vol. 54, No. 3*, 335-343. doi:10.1093/geront/gnt096
- Statistics Netherlands [CBS]. (2010, December 17). *Prognose bevolking kerncijfers 2010-2060 [Population forecasts; key figures, 2010 - 2060]*. Retrieved from <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLEN&PA=03766eng&LA=EN>

- Statistics Netherlands [CBS]. (2011, July 11). *Ouderen wonen steeds langer zelfstandig. [The elderly live longer at home independently]*. Retrieved from <https://www.cbs.nl/nl-nieuws/2011/28/ouderen-wonen-steeds-langer-zelfstandig>
- Van Damme, R. (2012). *Drie zorgmodellen vanuit patientenperspectief: opvolgen, raadplegen en participeren [Three health care models from the patient point of view: follow, consult and participate]*. Diabetesvereniging Nederland.
- Van Oostrom, S. H., Gijsen, R., Stirbu, I., Korevaar, J. C., Schellevis, F. G., Picavet, H. S., & Hoeymans, N. (2016). Time Trends in Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Not Only due to Aging: Data from General Practices and Health Surveys. *PLoS ONE* 11(8): e0160264. doi:10.1371/journal.pone.0160264
- Van Oostrom, S. H., Gijsen, R., Stirbu, I., Korevaar, J. C., Schellevis, F. G., Picavet, H. S., & Hoeymans, N. (2016, p. 2). Time Trends in Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Not Only due to Aging: Data from General Practices and Health Surveys. *PLoS ONE* 11(8): e0160264. doi:10.1371/journal.pone.0160264
- Walg, C. (2014). *Gezond centraal. Opschudding in de gezondheidszorg [Health central. Commotion in health care]*. Barneveld: Boekenbent.
- Wenger, G. (2003). Interviewing older people. In J. A. Holstein, & J. Gubrium, *Inside interviewing. New Lenses, New Concerns* (pp. 111-130). Thousand Oaks: Sage Publications.
- West, M., Bondy, E., & Hutchinson, S. (1991). Interviewing institutionalized elders: Threats to validity. *Image the Journal of Nursing Scholarship*, Vol 23, 171-176.
- Willemse, E., Anthierens, S., Farfan-Portet, M. I., Schmitz, O., Macq, J., Bastiaens, H., . . . Remmen, R. (2016). Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC Health Services Research* 16:270. doi:10.1186/s12913-016-1487-2
- World Health Organization. (2006, p. 1). Constitution of the World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

Appendix (all in Dutch)

Appendix A – Invitation for the residents

Appendix B – Informed consent form

Appendix C – Explanation to the nursing staff of Waterrijk

Appendix D – Test of positive health

Appendix E – Result form of the test of positive health

Appendix F – Interview protocol used in this study

Appendix G – Adjusted interview protocol (shorter version)

Appendix H – Interview protocol for Sensire

Appendix I – Arrow

Appendix J – Coding scheme (the number of times mentioned is displayed in the circles)

Appendix A – Invitation for the residents

Onderzoek naar ‘Positieve Gezondheid’ onder de bewoners van appartementencomplex ‘Waterrijk’

Wilt u een bijdrage leveren aan dit onderzoek?

Wie ben ik?

Mijn naam is Nienke Abbink, 25 jaar oud, en heb de opleiding voor verpleegkundige gedaan. Na het behalen van dit diploma heb ik twee jaar in de thuiszorg gewerkt. Op dit moment studeer ik Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit van Twente in Enschede. In het kader van deze studie doe ik onderzoek naar ‘Positieve Gezondheid’.

Wat is positieve gezondheid?

Positieve gezondheid gaat uit van de kracht (het positieve) van de mens. Gezondheid is meer dan alleen de afwezigheid van ziekte of een beperking. Ondanks dat je een ziekte of beperking hebt kun je je alsnog gezond voelen. Positieve gezondheid gaat uit van de veerkracht en eigen mogelijkheden van de mens. Als je veerkrachtig bent kun je je aanpassen aan veranderingen in het leven.

Voorbeeld: *Stel u heeft een matige conditie en daarom moeite met boodschappen doen. Hoe zou u dit kunnen aanpakken? U zou bijvoorbeeld uw conditie kunnen verbeteren zodat het boodschappen doen beter vol te houden is. Misschien kunt u eens iedere dag een stukje proberen te wandelen om hiermee uw uithoudingsvermogen te verbeteren. Op deze manier maakt u gebruik van uw eigen krachten.*

Waarom dit onderzoek en wat levert het op?

Op dit moment is er een vragenlijst die de gezondheid van mensen kan meten. Helaas levert deze vragenlijst geen informatie op over wat mensen belangrijk vinden in hun leven en waar men behoefte aan heeft. Tijdens en na dit onderzoek willen wij samen met u op zoek gaan naar wat u belangrijk vindt in uw leven en wat u nodig heeft om uw wensen te vervullen.

Na het ontdekken van uw wensen en behoeftes, kunt u daar meer tijd en aandacht aan besteden in uw leven. Op die manier kunt u uw leven (nog) leuker maken. Uiteindelijk kan Sensire u dan beter begeleiden in het vervullen van uw wensen.

Naar wie ben ik op zoek?

Ik ben op zoek naar bewoners van appartementencomplex Waterrijk die mee willen werken aan dit onderzoek.

Wat houdt deelname in?

- U ontvangt van de thuiszorg een vragenlijst waarmee uw gezondheid wordt gemeten. Het invullen van deze vragenlijst kunt u alleen doen of samen met iemand van de thuiszorg. Het invullen duurt ongeveer **10 minuten**.
- Op basis van de uitkomsten van deze vragenlijsten wil ik met een aantal bewoners in gesprek. Als ik met u in gesprek wil, dan neem ik contact met u op. Dit gesprek zal ongeveer **30 tot 60 minuten** duren. Om er zeker van te zijn dat ik uw informatie goed overneem zou ik het geluid van het gesprek graag willen opnemen. Het gesprek kan in uw eigen vertrouwde omgeving plaatsvinden.

Belangrijk om te weten:

De informatie die u geeft, zowel via de vragenlijst als in het gesprek, zal anoniem en vertrouwelijk worden behandeld. De informatie wordt niet gegeven aan anderen.

Wilt u deelnemen aan dit onderzoek?

Zo ja, dan wil ik u vragen het toestemmingsformulier op de volgende pagina te tekenen (het gedeelte 'In te vullen door de deelnemer').

Wat te doen als u zich achteraf bedenkt en uw deelname wilt beëindigen?

Als u, na het tekenen van het toestemmingsformulier, uw deelname aan het onderzoek wilt beëindigen dan kunt u zich afmelden op twee manieren:

- U kunt het melden bij een medewerker van de thuiszorg. Zij geven het dan aan mij door.
- U kunt zich ook rechtstreeks bij mij afmelden per e-mail of telefoon.

Mijn e-mailadres is: n.abbink@student.utwente.nl en mijn telefoonnummer is: -----
-----.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Appendix B – Informed consent form

Toestemmingsverklaringformulier (informed consent)

Titel onderzoek:

Verantwoordelijke onderzoeker:

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

[Indien van toepassing] Ik begrijp dat film-, foto, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker:

Datum: Handtekening onderzoeker:

Appendix C – Explanation for the nursing staff of Waterrijk

Onderzoek naar ‘Positieve Gezondheid’ onder de bewoners van appartementencomplex ‘Waterrijk’

Zouden jullie mij willen helpen?

Beste medewerker van Sensire Waterrijk,

Mijn naam is Nienke Abbink, 25 jaar oud, en heb de opleiding voor verpleegkundige gedaan. Na het behalen van dit diploma heb ik twee jaar in de thuiszorg gewerkt. Op dit moment studeer ik Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit van Twente in Enschede. In het kader van deze studie doe ik onderzoek naar het concept ‘Positieve Gezondheid’.

Wat houdt het concept ‘Positieve Gezondheid’ precies in?

Positieve gezondheid is een door Machteld Huber geïntroduceerd concept waarbij gezondheid niet de af- of aanwezigheid van ziekte is, maar het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.’ Het concept positieve gezondheid bestaat uit zes dimensies die zijn weergegeven in een spinnenweb. Iedere dimensie bestaat uit zeven aspecten die aangeven waar de dimensie uit bestaat.

Waarom dit onderzoek?

Op dit moment is er een vragenlijst die de positieve gezondheid van mensen kan meten, echter wordt het resultaat van deze vragenlijst weergegeven met een cijfer. Dit cijfer geeft helaas geen inzicht in de (zorg)behoeftes, wensen en eigen mogelijkheden van mensen ten aanzien van hun gezondheid. Het doel van dit onderzoek is om een gespreksinstrument te ontwikkelen waarmee deze informatie in kaart gebracht kan worden.

Wat levert het onderzoek op?

Sensire hoopt met dit gespreksinstrument samen met de bewoners van Waterrijk op zoek te kunnen gaan naar wat de bewoners belangrijk vinden in hun leven en hoe zij hun kwaliteiten kunnen inzetten om hun gezondheid in stand te houden of te verbeteren. Als de bewoners inzicht krijgen in hun (zorg)behoeftes, wensen en eigen mogelijkheden dan kunnen zij bewuster omgaan met hun gezondheid. Uiteindelijk kan Sensire met deze inzichten hun zorgverlening beter laten aansluiten op wat de bewoners willen. Dit betekent dat Sensire zorg kan leveren die het maximale uit de gezondheid van de bewoners haalt.

Naar wie ben ik op zoek?

Ik ben op zoek naar bewoners van appartementencomplex Waterrijk die cognitief in staat zijn om een vragenlijst in te vullen en om deel te nemen aan een interview.

Wat houdt deelname voor de bewoners precies in?

1. De bedoeling is dat alle bewoners die mee willen werken aan het onderzoek een vragenlijst gaan invullen waarmee hun positieve gezondheid gemeten wordt.

Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer **10 minuten**.

2. Op basis van de uitkomsten van deze vragenlijsten wil ik 12 bewoners interviewen. Met deze bewoners neem ik contact op.

In deze gesprekken wil ik de bewoners een aantal vragen stellen over hoe zij hun gezondheid ervaren en wat hun (zorg)behoeftes, wensen en eigen mogelijkheden zijn die hun gezondheid zou kunnen verbeteren. Dit gesprek zal ongeveer 30 tot 60 minuten duren. Om er zeker van te zijn dat ik de informatie goed overneem wil ik het gesprek opnemen met een voice recorder. Het gesprek kan bij de bewoner thuis plaatsvinden. De informatie die de bewoner verstrekt, zowel via de vragenlijst als in het gesprek, zal anoniem en vertrouwelijk worden behandeld. De informatie wordt niet verstrekt aan derden.

Ik heb een introductiebrief gemaakt voor de bewoners van Waterrijk met daarin informatie over wat het onderzoek en deelname inhoudt (soortgelijke informatie als die ik jullie nu geef).

Ik zou graag jullie hulp willen vragen voor de volgende twee dingen:

1. Zouden jullie de introductiebrieven willen geven aan de bewoner(s) waar jullie EVV' er van zijn en deze met ze willen doornemen?

- Ik leg de introductiebrieven op het kantoor van Vanessa Schroer, zodat jullie ze daar kunnen pakken.
- Op de laatste bladzijde van de introductiebrief bevindt zich een toestemmingsformulier waarop de bewoners hun naam, datum en handtekening kunnen zetten als ze deel willen nemen aan het onderzoek.
- Als iemand heeft getekend, willen jullie dan dit toestemmingsformulier van de introductiebrief afscheuren en deze bij Vanessa op kantoor leggen? Dan komt het uiteindelijk bij mij terecht. (*De introductiebrief zelf kan dus bij de bewoner blijven liggen zodat hij/zij de informatie later nog eens kan doorlezen*).

De bewoners die het toestemmingsformulier hebben ondertekend mogen dus de vragenlijst gaan invullen waarmee de positieve gezondheid gemeten wordt.

2. Zouden jullie deze vragenlijsten willen geven aan de bewoner(s) waar jullie EVV' er van zijn en deze zo nodig samen met hen willen invullen?

- Ik leg de vragenlijsten op het kantoor van Vanessa, zodat jullie ze daar kunnen pakken.
- Zoals al eerder genoemd, bestaat het concept positieve gezondheid uit zes dimensies en elke dimensie bestaat uit zeven aspecten. Voor ieder aspect is een uitspraak opgesteld. De vragenlijst bevat daarom 42 uitspraken (6x7=42). De bewoner moet voor elke uitspraak aangeven in hoeverre hij/zij het eens is of oneens met de uitspraak.
- Willen jullie de vragenlijsten, nadat deze volledig zijn ingevuld, bij Vanessa op kantoor leggen? Dan komt het uiteindelijk bij mij terecht.

Termijn

Ik wil jullie vragen om bovenstaande activiteiten **vóór 30-4-2017** uit te voeren, zodat ik tijdig kan starten met de interviews.

Voor degene die alvast de introductiebrief voor de bewoners en de vragenlijst van positieve gezondheid willen inzien, ik heb ze toegevoegd als bijlage.

Wat als een bewoner zijn/haar deelname aan het onderzoek wil beëindigen?

De bewoners staan in hun recht om op elk moment zonder opgaaf van redenen hun deelname aan het onderzoek te beëindigen. Het afmelden kan op twee manieren:

1. De bewoners kunnen het bij jullie aangeven. Als een bewoner zich bij jullie afmeldt, willen jullie mij dit dan laten weten? (Dit kan per e-mail of telefoon, mijn e-mailadres: n.abbink@student.utwente.nl en mobiele nummer: -----).
2. De bewoners kunnen zich ook rechtstreeks bij mij afmelden per e-mail of telefoon. Mijn gegevens staan op de introductiebrief voor de bewoners.

Voor vragen of opmerkingen kunnen jullie altijd contact opnemen met Vanessa of met mij. Ik wil jullie alvast heel erg bedanken voor jullie hulp!

Met vriendelijke groet,

Nienke Abbink

Mobiele nummer: -----

E-mailadres: n.abbink@student.utwente.nl

Appendix D – The test of positive health

Mijn positieve gezondheid

Mijn positieve gezondheid is een test. De test meet hoe u vindt dat het met u gaat.

De test gaat over de volgende zes dimensies:

- Hoe het lichamelijk met u gaat
- Hoe het mentaal met u gaat
- Of u uw leven zinvol vindt
- Of u een prettig leven heeft
- Of u meedoet in de maatschappij
- Hoe uw dagelijks leven eruit ziet

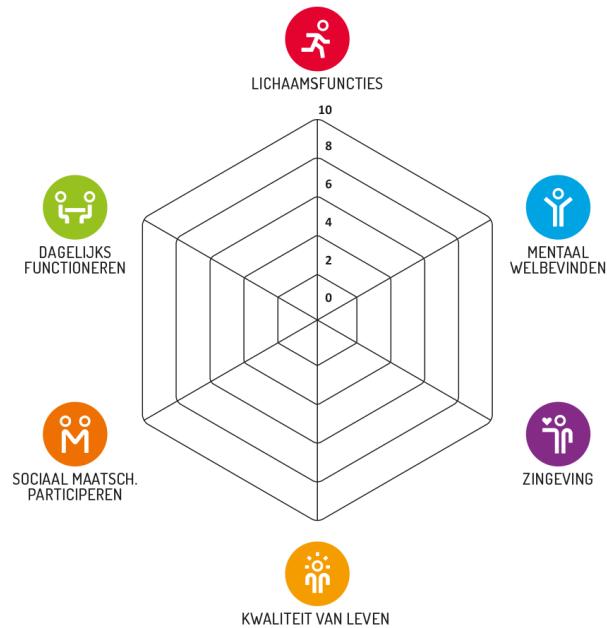
Over iedere dimensie krijgt u 7 uitspraken te zien. Geef voor elke uitspraak aan of u het ermee eens bent of oneens. Doe dit door als antwoord een getal tussen **0** en **10** te kiezen.

- 0 betekent helemaal niet mee eens
- 10 betekent helemaal mee eens

U kunt de waarde selecteren door een cirkel te zetten om het getal dat u kiest. Met uw antwoorden kan uw gezondheidsoppervlak berekend worden in het ‘Spinnenweb Positieve Gezondheid’. Dit spinnenweb is weergegeven in figuur 1.

Vul in wat u **zelf** vindt. En niet wat u denkt dat de dokter of een ander persoon wil horen.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer **10 minuten**. Uw gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld. Wat u invult, zal uitsluitend voor dit onderzoek worden gebruikt.



Figuur 4 Spinnenweb positieve gezondheid

Persoonlijke informatie

Voor- en achternaam:

Adres + huisnummer :

Woonplaats:

Telefoonnummer:



Lichaamsfuncties

Hoe gaat het lichamelijk met u?

Geef voor elke uitspraak aan, of u het ermee eens bent of oneens. Doe dit door als antwoord een getal tussen **0** en **10** te kiezen. U kunt de waarde selecteren door een cirkel te zetten om het getal dat u kiest.

- 0 betekent helemaal niet mee eens
- 10 betekent helemaal mee eens





Mentaal welbevinden

Hoe gaat het mentaal met u?

Geef voor elke uitspraak aan, of u het ermee eens bent of oneens. Doe dit door als antwoord een getal tussen **0** en **10** te kiezen. U kunt de waarde selecteren door een cirkel te zetten om het getal dat u kiest.

- 0 betekent helemaal niet mee eens
- 10 betekent helemaal mee eens

Ik kan dingen goed onthouden

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik kan mij goed concentreren

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik kan zien, horen, praten en lezen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik voel mij vrolijk

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik accepteer mijzelf zoals ik ben

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik zoek naar oplossingen om moeilijke situaties te veranderen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik heb controle over mijn leven

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Zingeving

Heeft u een zinvol leven?

Geef voor elke uitspraak aan, of u het ermee eens bent of oneens. Doe dit door als antwoord een getal tussen **0** en **10** te kiezen. U kunt de waarde selecteren door een cirkel te zetten om het getal dat u kiest.

- 0 betekent helemaal niet mee eens
- 10 betekent helemaal mee eens

Ik heb een zinvol leven

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik heb ‘s morgens zin in de dag

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik heb idealen die ik graag wil bereiken

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik heb vertrouwen in mijn eigen toekomst

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik accepteer het leven zoals het komt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik ben dankbaar voor wat het leven mij biedt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik wil mijn hele leven blijven leren

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Kwaliteit van leven

Heeft u een prettig leven?

Geef voor elke uitspraak aan, of u het ermee eens bent of oneens. Doe dit door als antwoord een getal tussen **0** en **10** te kiezen. U kunt de waarde selecteren door een cirkel te zetten om het getal dat u kiest.

- 0 betekent helemaal niet mee eens
- 10 betekent helemaal mee eens

Ik geniet van mijn leven

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik ben gelukkig

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik zit lekker in mijn vel

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik ervaar evenwicht in mijn leven

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik voel mij veilig

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik ben tevreden over waar ik woon en met wie

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik heb genoeg geld om mijn rekeningen te betalen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Meedozen

Doet u mee in de maatschappij?

Geef voor elke uitspraak aan, of u het ermee eens bent of oneens. Doe dit door als antwoord een getal tussen **0** en **10** te kiezen. U kunt de waarde selecteren door een cirkel te zetten om het getal dat u kiest.

- 0 betekent helemaal niet mee eens
- 10 betekent helemaal mee eens

Ik heb goed contact met andere mensen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Andere mensen nemen mij serieus

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik heb mensen met wie ik leuke dingen kan doen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik heb mensen die mij steunen als dat nodig is

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik heb het gevoel dat ik ‘erbij hoor’ in mijn omgeving

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik heb werk of andere bezigheden die ik zinvol vind

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik ben geïnteresseerd in wat er in de maatschappij gebeurt

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Dagelijks functioneren

Hoe ziet uw dagelijks leven eruit?

Geef voor elke uitspraak aan, of u het ermee eens bent of oneens. Doe dit door als antwoord een getal tussen **0** en **10** te kiezen. U kunt de waarde selecteren door een cirkel te zetten om het getal dat u kiest.

- 0 betekent helemaal niet mee eens
- 10 betekent helemaal mee eens

Ik kan goed voor mijzelf zorgen, bijvoorbeeld wassen, aankleden, boodschappen doen en koken.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik weet wat ik wel kan en wat ik niet kan

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik weet hoe ik mijn gezondheid kan verzorgen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik kan goed plannen wat ik op een dag moet doen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik kan goed omgaan met het geld dat ik elke maand krijg

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik kan werken of vrijwilligerswerk doen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ik weet hoe ik zo nodig hulp kan krijgen van officiële instanties

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dit is het einde van de test. Bedankt voor het invullen.

Bent u benieuwd hoe u gescoord heeft en wilt u uw eindcijfer voor elke dimensie ontvangen?

Zet een kruisje in het vak dat u kiest.

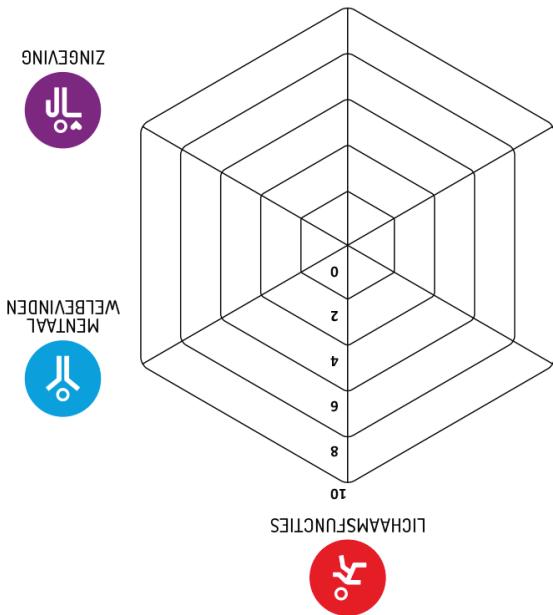
- Ja
- Nee, ik reken mijn eindcijfers zelf uit (volgens de uitleg hieronder)

Het zelf uitrekenen van uw eindcijfers gaat als volgt:

Tel voor elke dimensie (één bladzijde) de zeven gekozen cijfers bij elkaar op en deel dit vervolgens door zeven. Dan krijgt u het eindcijfer voor die dimensie. Dit kunt u voor alle zes dimensies doen.

Appendix E – Results form of the test of positive health

See next page.



De uitslag van de vragenlijst

Positieve Gezondheid

Beste heer/mevrouw,

Een tijdje geleden heeft u een vragenlijst ingevuld waarmee uw gezondheid is gemeten. U heeft daarin aangegeven de eindcijfers van elke dimensie te willen ontvangen.

Op de rechterzijde ziet u uw eindcijfers voor elke dimensie. Op de voorkant is uw gezondheidsoppervlak ingekleurd in het spinnenweb.

Met vriendelijke groet,

Nienke Abbink

Dimensie	Eindcijfer
	Lichaamsfuncties
	Mentaal welbevinden
	Zingeving
	Kwaliteit van leven
	Meedoen
	Dagelijks functioneren

Gespreksinstrument over ‘Positieve Gezondheid’

Het vertalen van de score van het digitale screenings instrument van positieve gezondheid naar (zorg)behoeftes, mogelijkheden en wensen

Interview protocol

Dit document bevat een protocol voor het voeren van een gesprek met een klant over zijn/haar positieve gezondheid. Dit protocol is een hulpmiddel om samen met de klant op zoek gaan naar zijn/haar (zorg)behoeftes, mogelijkheden en wensen ten aanzien van de gezondheid.

Het interview protocol is opgebouwd uit drie delen, namelijk:

- A. Belemmeringen in dagelijks leven
- B. Wensen en behoeftes
- C. Krachten.

Het interview protocol bestaat uit grijze en roze blokken. De roze blokken bevatten tekst die u opleest voor de klant. De grijze blokken bevatten informatie over wat er gaat komen en geeft aan wat u moet doen.

Neem onderstaande documenten mee naar het gesprek met de klant:

- De pijl met de volgorde van onderwerpen in het gesprek, zie bijlage 1.
- Het gespreksinstrument, zie bijlage 2.
- De zes dimensie kaarten, zie bijlage 3.
- De uitslag van het screeningsinstrument. Voor een leeg uitslag formulier, zie bijlage 4.
- Het, door de klant, ingevulde screeningsinstrument. Voor een leeg screeningsinstrument, zie bijlage 5.

Inleiding

[NOTEER DATUM EN TIJD OP STIPPELIJNEN]

Dag

Maand

Jaar

[BEGIN DOOR JE VOOR TE STELLEN EN VERTEL WAT HET DOEL VAN JE INTERVIEW IS]

(lees voor):

Mijn naam is Nienke Abbink en ik studeer Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit van Twente in Enschede. Voor deze studie doe ik onderzoek naar ‘Positieve Gezondheid’. Positieve gezondheid gaat uit van de kracht (het positieve) van de mens. Gezondheid is meer dan alleen de afwezigheid van ziekte of een beperking. Ondanks dat je een ziekte of beperking hebt kun je je alsnog gezond voelen.

Een tijdje geleden heeft u een vragenlijst ingevuld waarmee uw gezondheid is gemeten. In dit gesprek hoop ik samen met u te ontdekken wat u belangrijk vindt in het leven en wat u nodig heeft om uw wensen te vervullen.

De informatie die u mij geeft in ons gesprek zal anoniem en vertrouwelijk worden behandeld. De informatie wordt niet aan anderen gegeven. Het gesprek zal ongeveer 30 tot 60 minuten duren.

[LAAT DE PIJL MET DE DRIE FASEN ZIEN AAN DE KLANT, ZIE BIJLAGE 1]

Het gesprek bestaat uit drie onderdelen. Hier ziet u een plaatje met de volgorde van de onderwerpen. Eerst wil ik u een aantal vragen stellen over hoe het nu met uw gezondheid gaat en wat er minder goed gaat.

Daarna wil ik het met u hebben over wat uw wensen zijn en waar u behoefte aan heeft. Als laatste wil ik het met u hebben over uw krachten, dus waar u goed in bent en hoe u uw wensen kunt realiseren.

Heeft u hier nog vragen over? [NOTEER ANTWOORD]

Om er zeker van te zijn dat ik uw informatie goed overneem zou ik het gesprek graag willen opnemen. Gaat u hiermee akkoord?

→ [NOTEER ANTWOORD IN ONDERSTAAN VAK]

→ INDIEN **AKKOORD**, ZET VOICE RECORDER AAN EN MAAK, NAAR BEHOEFTE, AANTEKENINGEN.

→ INDIEN **NIET AKKOORD**, MAAK AANTEKENINGEN].

DEEL 1: Algemene vragen

(lees voor):

Voordat ik begin met mijn vragen over uw gezondheid wil ik eerst nog een aantal achtergrond kenmerken van u noteren.

1. Wat is uw geboortejaar?

2. Woont u hier alleen of samen?

3. Hoe lang woont u al in ‘Waterrijk’?

4. Hoe vindt u het om hier te wonen?

DEEL 2: INHOUDELIJKE VRAGEN

A. Belemmering in dagelijks leven

[PAK HET GESPREKSINSTRUMENT (BIJLAGE 2) ERBIJ EN LEG AAN DE KLANT UIT HOE POSITIEVE GEZONDHEID IS OPGEBOUWD].

(lees voor):

Ik wil het graag met u hebben over uw gezondheid. Gezondheid bestaat uit zes verschillende dimensies [*laat het gespreksinstrument (bijlage 2) zien aan de klant*]. Zoals u in dit spinnenweb kunt zien is gezondheid meer dan alleen het lichamelijke deel. Gezondheid bestaat ook uit mentaal welbevinden, dus hoe het geestelijk met u gaat. Zingeving, over of u een zinvol leven heeft. Maar ook kwaliteit van leven, meedoen in de maatschappij en dagelijks functioneren zijn onderdelen die bepalend zijn voor uw gezondheid [*wijs de bijbehorende iconen aan in het gespreksinstrument (bijlage 2)*]. Iedere dimensie bestaat op zijn beurt weer uit een aantal aspecten die aangeven waar iedere dimensie uit bestaat. Lichaamsfuncties bestaat bijvoorbeeld uit ‘je gezond voelen, fitheid, klachten en pijn, slapen, eten, conditie en bewegen’.

Een tijdje geleden heeft u een vragenlijst ingevuld waarmee uw gezondheid is gemeten.

Voordat ik uw uitslag erbij pak heb ik een vraag aan u, namelijk:

1. Hoe zou u uw gezondheid in het kort omschrijven?

2. Wat gaat er zoal minder goed met uw gezondheid?

[ALS DE KLANT **WEL IETS** BENOEMT WAT MINDER GOED GAAT → GA DIRECT DOOR NAAR DEEL B: WENSEN EN BEHOEFTES OP BLADZIJDE 9.

[ALS DE KLANT **NIETS** BENOEMT WAT MINDER GOED GAAT → GA DOOR NAAR VRAAG 3 EN PAK HET GESPREKSINSTRUMENT ERBIJ (BIJLAGE 2)].

(lees voor):

3. Als u kijkt naar dit spinnenweb [*wijs het gespreksinstrument aan (bijlage 2)*], met welke van de dimensies vindt u dat het minder goed gaat?

[ALS DE KLANT **GEEN DIMENSIE** BENOEMT WAARMEE HET MINDER GOED GAAT:

- PAK DE **UITSLAG VAN HET SCREENINGSINSTRUMENT** ERBIJ (BIJLAGE 4) → KIJK VOOR WELKE DIMENSIE DE KLANT HET LAAGSTE CIJFER HEEFT GEHAALD
- PAK DE **DIMENSIE KAART** ERBIJ (BIJLAGE 3) VAN DE DIMENSIE MET HET LAAGSTE CIJFER
- VERVOLG DE VRAGENLIJST ZOALS WEERGEGEVEN IS].

[ALS DE KLANT **WEL EEN DIMENSIE** BENOEMT WAARMEE HET MINDER GOED GAAT:

- PAK DE **DIMENSIE KAART** ERBIJ (BIJLAGE 3) VAN DEZE DIMENSIE
- VERVOLG DE VRAGENLIJST ZOALS WEERGEGEVEN IS].

(lees voor):

Ik wil u wat vragen over de dimensie [*als de klant wel een dimensie heeft benoemd* → *benoem de dimensie waarvan de klant heeft aangegeven dat het daar minder goed mee gaat en laat de desbetreffende dimensie kaart zien aan de klant (bijlage 3)* *OF als de klant geen dimensie heeft benoemd* → *laat de uitslag van het screeningsinstrument zien aan de klant (bijlage 4) en benoem de dimensie met het laagste cijfer en laat de dimensie kaart zien aan de klant (bijlage 3)*]. Deze dimensie bestaat uit [*benoem de zeven aspecten*].

4. Als u kijkt naar deze aspecten, welk aspect belemmert u het meeste in uw dagelijks leven?

[Opties voor doorvragen]:

- **Voelt u zich door één van deze aspecten beperkt in uw dagelijkse leven? Zo ja, welke?**

[ALS DE KLANT GEEN ASPECT BENOEMT:

- PAK HET INGEVULDE SCREENINGSINSTRUMENT ERBIJ (BIJLAGE 5)
EN KIJK OP WELKE VAN DE ZEVEN ASPECTEN DE KLANT ZICHZELF
HET MINST HOGE CIJFER HEEFT GEGEVEN
- VERVOLG DE VRAGENLIJST ZOALS WEERGEGEVEN IS].

[ALS DE KLANT WEL EEN ASPECT BENOEMT → GA DAN DIRECT DOOR
NAAR DEEL B: WENSEN EN BEHOEFTES OP BLADZIJDE 9].

(lees voor):

Laten wij eens even de vragenlijst erbij pakken (bijlage 5) en kijken naar de vragen van de dimensie [*benoem de dimensie waarvan de klant heeft aangegeven dat het daar minder goed mee gaat*]. Dan kunnen we zien op welke van de zeven aspecten u zichzelf het minst hoge cijfer gegeven heeft. Ik zie dat u het aspect [*benoem het aspect met het minst hoge cijfer*] het minst hoge cijfer heeft gegeven.

5. Klopt het dat dit aspect u belemmert in uw dagelijks leven?

[GA DOOR NAAR DEEL B: WENSEN EN BEHOEFTES].

B. Wensen en behoeftes

[LEG DE KLANT UIT DAT JE HET IN DIT GEDEELTE WILT HEBBEN OVER ZIJN/HAAR WENSEN EN BEHOEFTES IN HET LEVEN EN WIJS DE PIJL AAN (BIJLAGE 1)].

(lees voor):

Waar ik ook benieuwd naar ben is wat u belangrijk vindt in het leven en wat uw wensen en behoeftes zijn ten aanzien van uw gezondheid. Daarom is mijn vraag aan u:

6. Wat vindt u belangrijk in het leven?

[Opties voor doorvragen]:

- **Wat zou u graag willen doen?**
- **Wat zou u graag willen blijven doen?**

7. Waar zou u energie in willen steken?

[Opties voor doorvragen]:

- **Waar zou u moeite voor willen doen?**
- **Waar zou u aan willen werken?**
- **Zou u aan [benoem wat de klant in vraag 6 heeft aangegeven te willen doen / blijven doen] willen werken om dit te bereiken?**

(lees voor):

Nu wil ik u een soort van droom-vraag stellen, om te kijken waar u van droomt.

8. Probeert u zich eens voor te stellen hoe uw leven eruit zal zien nadat u daaraan gewerkt heeft. Hoe ziet uw leven er dan uit?

[Opties voor doorvragen]:

- **Waar zou u dan (weer) van willen genieten?**
- **Wat zou u dan (weer) willen kunnen?**
- **Wat zou u dan (weer) willen doen?**
- **Wat zou u gelukkig maken?**

(lees voor):

U wilt dus werken aan [benoem waar de klant aan wil werken uit vraag 7] en dat u dan [benoem het droombeeld van de klant uit vraag 8].

9. Wat moet er dan allemaal gedaan worden om dit te bereiken?

[Opties voor doorvragen]:

- **Wat is het eerste wat er gedaan moet worden?**
- **Welke stappen moeten er dan door u gezet worden om dit te bereiken?**

[GA NU DOOR NAAR DEEL C: KRACHTEN].

C. Krachten

[VERTEL AAN DE KLANT DAT JE HET NU WILT HEBBEN OVER WAAR HIJ/ZIJ GOED IN IS EN WIJS DE PIJL AAN (BIJLAGE 1)].

(lees voor):

Dan zijn we nu aangekomen bij het laatste onderdeel van mijn vragen. Ik ben benieuwd naar waar u goed in bent en wat kunt u allemaal zelf kunt. Dit kunnen kleine dingen maar ook grote dingen zijn. Misschien kunt u met behulp van de dingen die goed gaan, bepaalde dingen in uw leven proberen te verbeteren die op dit moment wat minder goed gaan.

10. Kunt u mij vertellen waar u goed in bent?

[Opties voor doorvragen]:

- **Wat is uw kracht?**
- **Wat gaat u goed af?**
- **Kunt u een goede eigenschap van uzelf benoemen?**
- **Wat kunt u allemaal zelf?**

[ALS DE KLANT EEN OF MEERDERE KRACHTEN BENOEMT → GA DAN DIRECT DOOR NAAR VRAAG 14 OP BLADZIJDE 15].

[ALS DE KLANT GEEN KRACHTEN BENOEMT → GA DAN DOOR NAAR VRAAG 11 EN PAK HET GESPREKSINSTRUMENT ERBIJ (BIJLAGE 2)].

(lees voor):

11. Als u kijkt naar dit spinnenweb [*wijs het gespreksinstrument aan (bijlage 2)*], met welke van de dimensies vindt u dat het het beste gaat?

[ALS DE KLANT GEEN DIMENSIE BENOEMT WAARMEE HET HET BESTE GAAT:

- PAK DE UITSLAG VAN HET SCREENINGSINSTRUMENT ERBIJ (BIJLAGE 4) → KIJK VOOR WELKE DIMENSIE DE KLANT HET HOOGSTE CIJFER HEEFT GEHAALD
- PAK DE **DIMENSIE KAART** ERBIJ (BIJLAGE 3) VAN DE DIMENSIE MET HET HOOGSTE CIJFER
- VERVOLG DE VRAGENLIJST ZOALS WEERGEGEVEN IS].

[ALS DE KLANT WEL EEN DIMENSIE BENOEMT WAARMEE HET HET BESTE GAAT:

- PAK DE **DIMENSIE KAART** ERBIJ (BIJLAGE 3) VAN DEZE DIMENSIE
- VERVOLG DE VRAGENLIJST ZOALS WEERGEGEVEN IS].

(lees voor):

Ik wil u wat vragen over de dimensie [*als de klant wel een dimensie heeft benoemd* → *benoem de dimensie waarvan de klant heeft aangegeven dat het daar het beste mee gaat en laat de desbetreffende dimensie kaart zien aan de klant (bijlage 3) OF als de klant geen dimensie heeft benoemd* → *laat de uitslag van het screeningsinstrument zien aan de klant (bijlage 4) en benoem de dimensie met het hoogste cijfer en laat dimensie kaart zien aan de klant (bijlage 3)*]. Deze dimensie bestaat uit [*benoem de zeven aspecten*].

12. Als u kijkt naar deze aspecten, welk aspect gaat u het beste af?

[ALS DE KLANT UIT ZICHZELF GEEN ASPECT BENOEMT:

- PAK HET INGEVULDE SCREENINGSINSTRUMENT ERBIJ (BIJLAGE 5)
EN KIJK OP WELKE VAN DE ZEVEN ASPECTEN DE KLANT ZICHZELF
HET HOOGSTE CIJFER HEEFT GEGEVEN
- VERVOLG DE VRAGENLIJST ZOALS WEERGEGEVEN IS].

[ALS DE KLANT WEL EEN ASPECT BENOEMT → GA DAN DIRECT DOOR
NAAR VRAAG 14].

(lees voor):

Laten wij eens even de vragenlijst erbij pakken (bijlage 5) en kijken naar de vragen van de dimensie [*benoem de dimensie met het hoogste cijfer*]. Dan kunnen we zien op welke van de zeven aspecten u zichzelf het hoogste cijfer gegeven heeft. Ik zie dat u het aspect [*benoem het aspect met het hoogste cijfer*] het hoogste cijfer heeft gegeven.

13. Klopt het dat dit aspect u goed afgaat in het dagelijks leven?

14. Hoe zou u dit [benoem waar de klant goed in is uit vraag 10] kunnen inzetten om [benoem wat de klant in deel B heeft aangegeven te willen doen / blijven doen] te realiseren?

[Opties voor doorvragen]:

- Heeft u een idee hoe u dit zou kunnen aanpakken?
- Hoe zou u dit [benoem waar de klant goed in is uit vraag 10] kunnen gebruiken om [benoem wat de klant in deel B heeft aangegeven te willen doen / blijven doen] te kunnen verwezenlijken?

[LEG UIT DAT ER SOMS HULP NODIG IS ALS HET DE KLANT, ONDANKS HET INZETTEN VAN ZIJN/HAAR EIGEN KRACHT, NIET LUKT OM HETGEEN TE BEREIKEN OF IN STAND TE HOUDEN].

(lees voor):

Soms is het zo dat als iemand iets wil bereiken of in stand wil houden in zijn/haar leven, er hulp van andere mensen of dingen voor nodig is om het doel te bereiken. Daarom is mijn volgende vraag aan u:

15. Welke hulp denkt u nodig te hebben om [benoem wat de klant in deel B heeft aangegeven te willen doen / blijven doen] te bereiken?

[Opties voor doorvragen]:

- **Wat zou u helpen om uw doel te bereiken?**
- **Wat voor begeleiding of ondersteuning denkt u nodig te hebben?**
- **Welke verschillende mogelijkheden qua hulp zijn er?**

16. Wie kan u daar het beste bij helpen?

[Opties voor doorvragen]:

- **Van wie zou u graag hulp willen?**
- **Zou de thuiszorg van Sensire hier wat in kunnen betekenen voor u?**

- **Zou uw familie hier wat in kunnen betekenen voor u?**
- **Kunnen uw buren hier wat in betekenen voor u?**
- **Zou er binnen dit appartementencomplex misschien wat geregeld/georganiseerd of veranderd moeten worden denk aan activiteiten of faciliteiten?**
- **Zou er in de buurt misschien wat geregeld/georganiseerd of veranderd moeten worden?**



[GA NU DOOR NAAR DE AFSLUITING].

Afsluiting

[GEEF AAN DAT DIT HET EINDE VAN HET GESPREK IS EN VRAAG OF DE KLANT NOG VRAGEN HEEFT EN EEN TERUGKOPPELING VAN HET ONDERZOEK WIL ONTVANGEN].

(lees voor):

Dit is het einde van de vragenlijst.

Wilt u, als het onderzoek helemaal afgerond is, een schriftelijke beschrijving ontvangen van de resultaten van het onderzoek? [NOTEER ANTWOORD]

Heeft u nog vragen aan mij? [NOTEER ANTWOORD]

[BEDANK DE KLANT VOOR ZIJN/HAAR TIJD EN OPENHARTIGHEID]

(lees voor):

Ik wil u bedanken voor uw tijd en openhartigheid!

[ZET VOICE RECORDER OP STOP INDIEN DEZE AAN STOND TIJDENS HET INTERVIEW].

Gespreksinstrument over ‘Positieve Gezondheid’

Het vertalen van de score van het digitale screenings instrument van positieve gezondheid naar (zorg)behoeftes, wensen en mogelijkheden

Interview protocol

Dit document bevat een protocol voor het voeren van een gesprek met een klant over zijn/haar positieve gezondheid. Dit protocol is een hulpmiddel om samen met de klant op zoek gaan naar zijn/haar (zorg)behoeftes, wensen en mogelijkheden ten aanzien van de gezondheid.

Het interview protocol is opgebouwd uit drie delen, namelijk:

- A. Belemmeringen in dagelijks leven
- B. Wensen en behoeftes
- C. Krachten.

Het interview protocol bestaat uit grijze en roze blokken. De roze blokken bevatten tekst die u opleest voor de klant. De grijze blokken bevatten informatie over wat er gaat komen en geeft aan wat u moet doen.

Neem onderstaande documenten mee naar het gesprek met de klant:

- De pijl met de volgorde van onderwerpen in het gesprek, zie bijlage 1.
- Het gespreksinstrument, zie bijlage 2.
- De uitslag van het screeningsinstrument. Voor een leeg uitslag formulier, zie bijlage 3.
- Het, door de klant, ingevulde screeningsinstrument. Voor een leeg screeningsinstrument, zie bijlage 4.

Inleiding

[NOTEER DATUM EN TIJD OP STIPPELIJNEN]

Dag

Maand

Jaar

[BEGIN DOOR JE VOOR TE STELLEN EN VERTEL WAT HET DOEL VAN JE INTERVIEW IS]

(lees voor):

Mijn naam is Nienke Abbink en ik studeer Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit van Twente in Enschede. Voor deze studie doe ik onderzoek naar ‘Positieve Gezondheid’. Positieve gezondheid gaat uit van de kracht (het positieve) van de mens. Gezondheid is meer dan alleen de afwezigheid van ziekte of een beperking. Ondanks dat je een ziekte of beperking hebt kun je je alsnog gezond voelen.

Een tijdje geleden heeft u een vragenlijst ingevuld waarmee uw gezondheid is gemeten. In dit gesprek hoop ik samen met u te ontdekken wat u belangrijk vindt in het leven en wat u nodig heeft om uw wensen te vervullen.

De informatie die u mij geeft in ons gesprek zal anoniem en vertrouwelijk worden behandeld. De informatie wordt niet aan anderen gegeven. Het gesprek zal ongeveer 30 tot 60 minuten duren.

[LAAT DE PIJL MET DE DRIE FASEN ZIEN AAN DE KLANT, ZIE BIJLAGE 1]

Het gesprek bestaat uit drie onderdelen. Hier ziet u een plaatje met de volgorde van de onderwerpen. Eerst wil ik u een aantal vragen stellen over hoe het nu met uw gezondheid gaat en wat er minder goed gaat.

Daarna wil ik het met u hebben over wat uw wensen zijn en waar u behoefte aan heeft. Als laatste wil ik het met u hebben over uw krachten, dus waar u goed in bent en hoe u uw wensen kunt realiseren.

Heeft u hier nog vragen over? [NOTEER ANTWOORD]

Om er zeker van te zijn dat ik uw informatie goed overneem zou ik het gesprek graag willen opnemen. Gaat u hiermee akkoord?

→ [NOTEER ANTWOORD IN ONDERSTAAN VAK]

→ INDIEN **AKKOORD**, ZET VOICE RECORDER AAN EN MAAK, NAAR BEHOEFTE, AANTEKENINGEN.

→ INDIEN **NIET AKKOORD**, MAAK AANTEKENINGEN].

DEEL 1: Algemene vragen

(lees voor):

Voordat ik begin met mijn vragen over uw gezondheid wil ik eerst nog een aantal achtergrond kenmerken van u noteren.

1. Wat is uw geboortejaar?

2. Woont u hier alleen of samen?

3. Hoe lang woont u al in ‘Waterrijk’?

4. Hoe vindt u het om hier te wonen?

DEEL 2: INHOUDELIJKE VRAGEN

A. Belemmering in dagelijks leven

[PAK HET GESPREKSINSTRUMENT (BIJLAGE 2) ERBIJ EN LEG AAN DE KLANT UIT HOE POSITIEVE GEZONDHEID IS OPGEBOUWD].

(lees voor):

Ik wil het graag met u hebben over uw gezondheid. Gezondheid bestaat uit zes verschillende dimensies [*laat het gespreksinstrument (bijlage 2) zien aan de klant*]. Zoals u in dit spinnenweb kunt zien is gezondheid meer dan alleen het lichamelijke deel. Gezondheid bestaat ook uit mentaal welbevinden, dus hoe het geestelijk met u gaat. Zingeving, over of u een zinvol leven heeft. Maar ook kwaliteit van leven, meedoen in de maatschappij en dagelijks functioneren zijn onderdelen die bepalend zijn voor uw gezondheid [*wijs de bijbehorende iconen aan in het gespreksinstrument (bijlage 2)*]. Iedere dimensie bestaat op zijn beurt weer uit een aantal aspecten die aangeven waar iedere dimensie uit bestaat. Lichaamsfuncties bestaat bijvoorbeeld uit ‘je gezond voelen, fitheid, klachten en pijn, slapen, eten, conditie en bewegen’.

Een tijdje geleden heeft u een vragenlijst ingevuld waarmee uw gezondheid is gemeten. Voordat ik uw uitslag erbij pak heb ik een vraag aan u, namelijk:

1. Hoe zou u uw gezondheid in het kort omschrijven?

2. Wat gaat er zoal minder goed met uw gezondheid?

[GA DOOR NAAR DEEL B: WENSEN EN BEHOEFTES].

B. Wensen en behoeftes

[LEG DE KLANT UIT DAT JE HET IN DIT GEDEELTE WILT HEBBEN OVER ZIJN/HAAR WENSEN EN BEHOEFTES IN HET LEVEN EN WIJS DE PIJL AAN (BIJLAGE 1)].

(lees voor):

Waar ik ook benieuwd naar ben is wat u belangrijk vindt in het leven en wat uw wensen en behoeftes zijn ten aanzien van uw gezondheid. Daarom is mijn vraag aan u:

3. Wat vindt u belangrijk in het leven?

[Opties voor doorvragen]:

- **Wat zou u graag willen doen?**
- **Wat zou u graag willen blijven doen?**

4. Waar zou u aan willen werken om dit te kunnen doen / blijven doen?

[Opties voor doorvragen]:

- **Waar zou u moeite voor willen doen?**
- **Waar zou u energie in willen steken?**
- **Zou u aan [benoem wat de klant in vraag 3 heeft aangegeven te willen doen / blijven doen] willen werken om dit te bereiken?**

(lees voor):

Nu wil ik u een soort van droom-vraag stellen, om te kijken waar u van droomt.

5. Probeert u zich eens voor te stellen hoe uw leven eruit zal zien nadat u daaraan gewerkt heeft. Hoe ziet uw leven er dan uit?

[Opties voor doorvragen]:

- **Waar zou u dan (weer) van willen genieten?**
- **Wat zou u dan (weer) willen kunnen?**
- **Wat zou u dan (weer) willen doen?**
- **Wat zou u gelukkig maken?**

(lees voor):

U wilt dus werken aan [*benoem waar de klant aan wil werken uit vraag 4*] zodat u dan [*benoem het droombeeld van de klant uit vraag 5*].

6. Wat moet er dan allemaal gedaan worden om dit te bereiken?

[Opties voor doorvragen]:

- **Wat is het eerste wat er gedaan moet worden?**
- **Welke stappen moeten er dan door u gezet worden om dit te bereiken?**

[GA NU DOOR NAAR DEEL C: KRACHTEN].

C. Krachten

[VERTEL AAN DE KLANT DAT JE HET NU WILT HEBBEN OVER WAAR HIJ/ZIJ GOED IN IS EN WIJS DE PIJL AAN (BIJLAGE 1)].

(lees voor):

Dan zijn we nu aangekomen bij het laatste onderdeel van mijn vragen. Ik ben benieuwd naar waar u goed in bent en wat kunt u allemaal zelf kunt. Dit kunnen kleine dingen maar ook grote dingen zijn. Misschien kunt u met behulp van de dingen die goed gaan, bepaalde dingen in uw leven proberen te verbeteren die op dit moment wat minder goed gaan.

7. Kunt u mij vertellen waar u goed in bent?

[Opties voor doorvragen]:

- **Wat is uw kracht?**
- **Wat gaat u goed af?**
- **Kunt u een goede eigenschap van uzelf benoemen?**
- **Wat kunt u allemaal zelf?**

8. Hoe zou u dit kunnen inzetten om [benoem wat de klant in deel B heeft aangegeven te willen doen / blijven doen] te realiseren?

[Opties voor doorvragen]:

- Heeft u een idee hoe u dit zou kunnen aanpakken?
- Hoe zou u dit [benoem waar de klant goed in is uit vraag 7] kunnen gebruiken om [benoem wat de klant in deel B heeft aangegeven te willen doen / blijven doen] te kunnen verwezenlijken?

[LEG UIT DAT ER SOMS HULP NODIG IS ALS HET DE KLANT, ONDANKS HET INZETTEN VAN ZIJN/HAAR EIGEN KRACHT, NIET LUKT OM HETGEEN TE BEREIKEN OF IN STAND TE HOUDEN].

(lees voor):

Soms is het zo dat als iemand iets wil bereiken of in stand wil houden in zijn/haar leven, er hulp van andere mensen of dingen voor nodig is om het doel te bereiken. Daarom is mijn volgende vraag aan u:

9. Welke hulp denkt u nodig te hebben om [benoem wat de klant in deel B heeft aangegeven te willen doen / blijven doen] te bereiken?

[Opties voor doorvragen]:

- **Wat zou u helpen om uw doel te bereiken?**
- **Wat voor begeleiding of ondersteuning denkt u nodig te hebben?**
- **Welke verschillende mogelijkheden qua hulp zijn er?**

10. Wie kan u daar het beste bij helpen?

[Opties voor doorvragen]:

- **Van wie zou u graag hulp willen?**
- **Zou de thuiszorg van Sensire hier wat in kunnen betekenen voor u?**
- **Zou uw familie hier wat in kunnen betekenen voor u?**

- **Kunnen uw buren hier wat in betekenen voor u?**
- **Zou er binnen dit appartementencomplex misschien wat geregeld/georganiseerd of veranderd moeten worden denk aan activiteiten of faciliteiten?**
- **Zou er in de buurt misschien wat geregeld/georganiseerd of veranderd moeten worden?**

[GA NU DOOR NAAR DE AFSLUITING].

Afsluiting

[GEEF AAN DAT DIT HET EINDE VAN HET GESPREK IS EN VRAAG OF DE KLANT NOG VRAGEN HEEFT EN EEN TERUGKOPPELING VAN HET ONDERZOEK WIL ONTVANGEN].

(lees voor):

Dit is het einde van de vragenlijst.

Wilt u, als het onderzoek helemaal afgerond is, een schriftelijke beschrijving ontvangen van de resultaten van het onderzoek? [NOTEER ANTWOORD]

Heeft u nog vragen aan mij? [NOTEER ANTWOORD]

[BEDANK DE KLANT VOOR ZIJN/HAAR TIJD EN OPENHARTIGHEID]

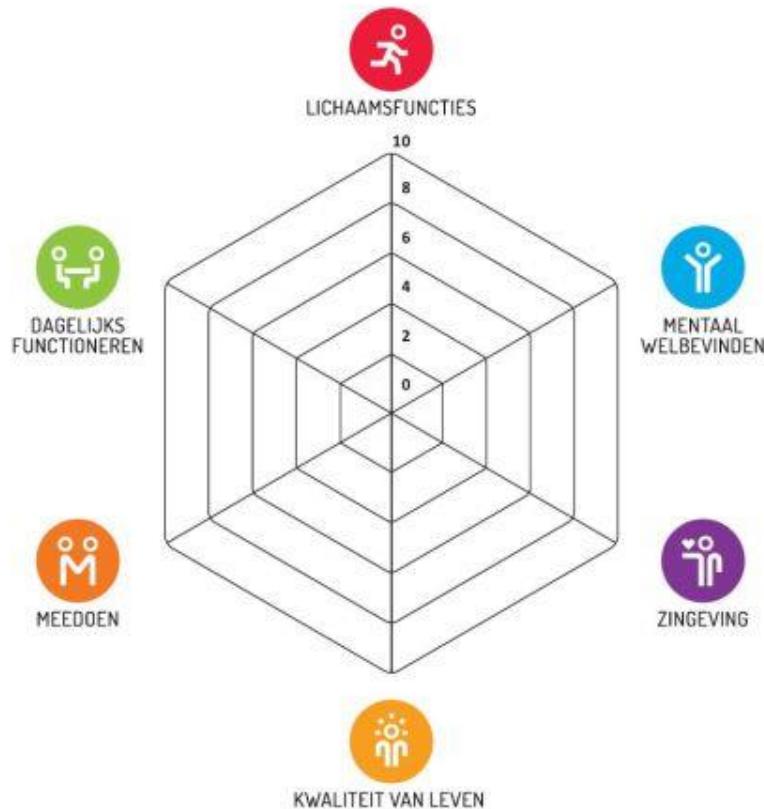
(lees voor):

Ik wil u bedanken voor uw tijd en openhartigheid!

[ZET VOICE RECORDER OP STOP INDIEN DEZE AAN STOND TIJDENS HET INTERVIEW].

Gespreksinstrument over ‘Positieve Gezondheid’

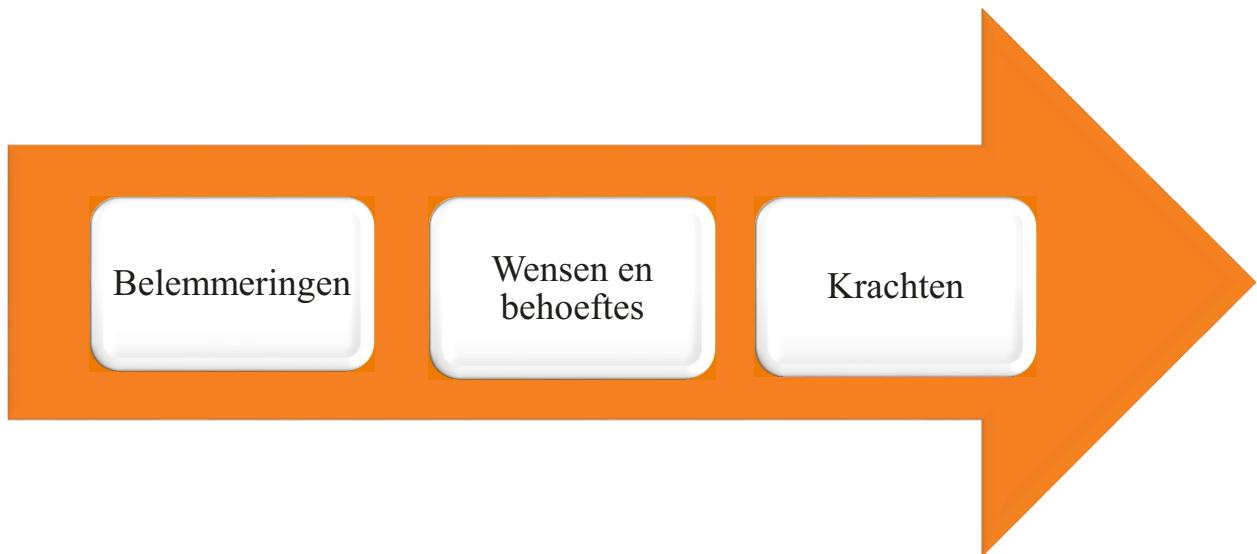
Het vertalen van de score van het screeningsinstrument van positieve gezondheid naar (zorg)behoeftes, wensen en mogelijkheden



Dit document bevat een vragenlijst die gebruikt kan worden om met de klant in gesprek te gaan over zijn/haar positieve gezondheid. Het is een hulpmiddel om samen met de klant op zoek gaan naar zijn/haar (zorg)behoeftes, wensen en mogelijkheden ten aanzien van de gezondheid.

De vragenlijst is opgebouwd uit drie delen, namelijk:

- A. Belemmeringen in het dagelijks leven**
- B. Wensen en behoeftes**
- C. Krachten.**



Neem onderstaande documenten mee ter voorbereiding op het gesprek met de klant:

- De pijl met de volgorde van onderwerpen in het gesprek, zie bijlage 1.
- Het gespreksinstrument van positieve gezondheid, zie bijlage 2.

A. Belemmeringen in dagelijks leven

In dit deel ga je met de klant op zoek naar wat er minder goed gaat met zijn/haar gezondheid. Wijs het eerste onderdeel aan in de pijl (bijlage 1). Pak het gespreksinstrument erbij (bijlage 2) en leg aan de klant uit dat gezondheid bestaat uit zes dimensies. Start daarna met de vragen.

Vraag 1. Hoe zou u uw gezondheid in het kort omschrijven?

Vraag 2. Wat gaat er zoal minder goed met uw gezondheid?

Stem af de informatie die de klant heeft gegeven op vraag 1 en 2 overeenkomt met de verzamelde informatie uit eerdere anamneses. **Stel indien nodig verhelderende vragen aan de klant en geef zo nodig advies op basis van de tot nu toe verzamelde gegevens.**

B. Wensen en behoeftes

In dit deel ga je met de klant op zoek naar wat de klant belangrijk vindt in het leven en wat de wensen en behoeftes zijn van de klant ten aanzien van de gezondheid. Wijs het tweede onderdeel aan in de pijl (bijlage 1).

Vraag 3. Wat vindt u belangrijk in het leven?

Opties voor doorvragen:

- Wat zou u graag willen doen?
- Wat zou u graag willen blijven doen?

Vraag 4. Waar zou u aan willen werken om dit te kunnen doen / blijven doen?

Opties voor doorvragen:

- Waar zou u moeite voor willen doen?
- Waar zou u energie in willen steken?
- Zou u aan [benoem wat de klant in vraag 3 heeft aangegeven te willen doen / blijven doen] willen werken om dit te bereiken?

Vraag 5. Wat zal het effect hiervan zijn?

Opties voor doorvragen:

- Wat betekent dit voor uw dagelijks leven?
- Welke invloed heeft dit op uw leven?
- Wat verandert er dan voor u?

Vraag 6. Wat moet er dan allemaal gedaan worden om dit te bereiken?

Opties voor doorvragen:

- Wat is het eerste wat er gedaan moet worden?
- Welke stappen moeten er dan door u gezet worden om dit te bereiken?

C. Krachten

Dit is het laatste deel van de vragenlijst. In dit deel ga je met de klant op zoek naar waar de klant goed in is, wat de klant allemaal zelf kan en hoe de klant dit kan inzetten om zijn/haar wensen te vervullen. Wijs het derde onderdeel aan in de pijl (bijlage 1).

Vraag 7. Kunt u mij vertellen waar u goed in bent?

Opties voor doorvragen:

- Wat is uw kracht?
- Wat gaat u goed af?
- Kunt u een goede eigenschap van uzelf benoemen?
- Wat kunt u allemaal zelf?

Vraag 8. Hoe zou u dit kunnen inzetten om [*benoem wat de klant in deel B heeft aangegeven te willen doen / blijven doen*] te realiseren?

Opties voor doorvragen:

- Heeft u een idee hoe u dit zou kunnen aanpakken?
- Hoe zou u dit [*benoem waar de klant goed in is uit vraag 7*] kunnen gebruiken om [*benoem wat de klant in deel B heeft aangegeven te willen doen / blijven doen*] te kunnen verwezenlijken?

Vraag 9. Welke hulp denkt u nodig te hebben om [*benoem wat de klant in deel B heeft aangegeven te willen doen / blijven doen*] te bereiken?

Opties voor doorvragen:

- Wat zou u helpen om uw doel te bereiken?
- Wat voor begeleiding of ondersteuning denkt u nodig te hebben?
- Welke verschillende mogelijkheden qua hulp zijn er?

Vraag 10. Wie kan u daar het beste bij helpen?

Opties voor doorvragen:

- Van wie zou u graag hulp willen?
- Zou de thuiszorg van Sensire hier wat in kunnen betekenen voor u?
- Zou uw familie hier wat in kunnen betekenen voor u?
- Kunnen uw buren hier wat in betekenen voor u?
- Zou er binnen dit appartementencomplex misschien wat geregeld/georganiseerd of veranderd moeten worden denk aan activiteiten of faciliteiten?
- Zou er in de buurt misschien wat geregeld/georganiseerd of veranderd moeten worden?

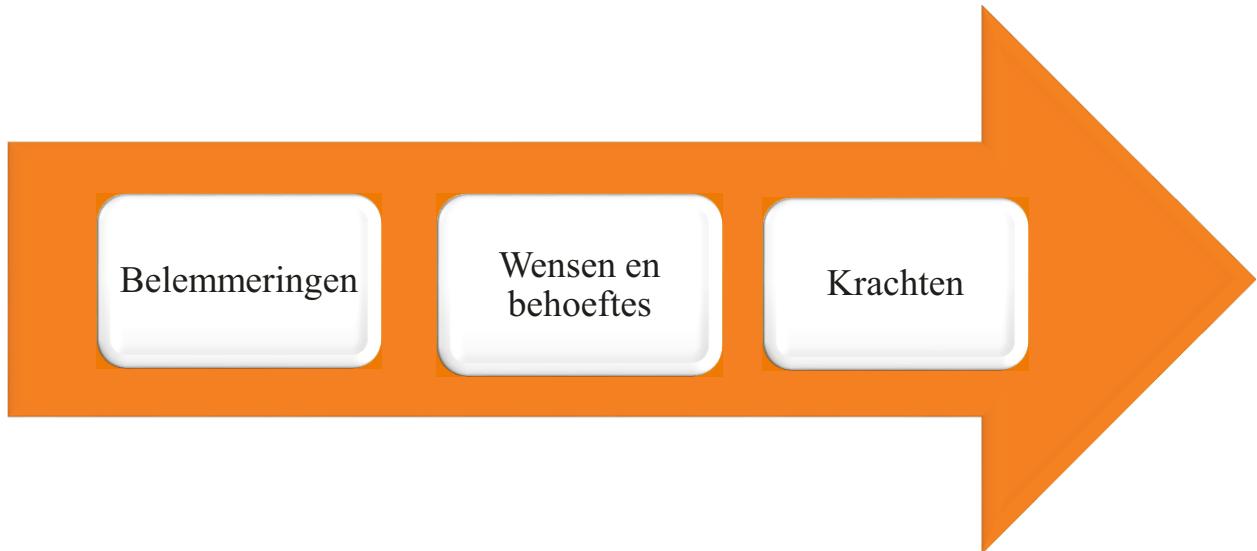
Vraag 11. Net als Sensire heeft u ook een bepaald geldbedrag te besteden. Als u daar rekening mee houdt, denkt u dat dit haalbaar is?

Opties voor doorvragen:

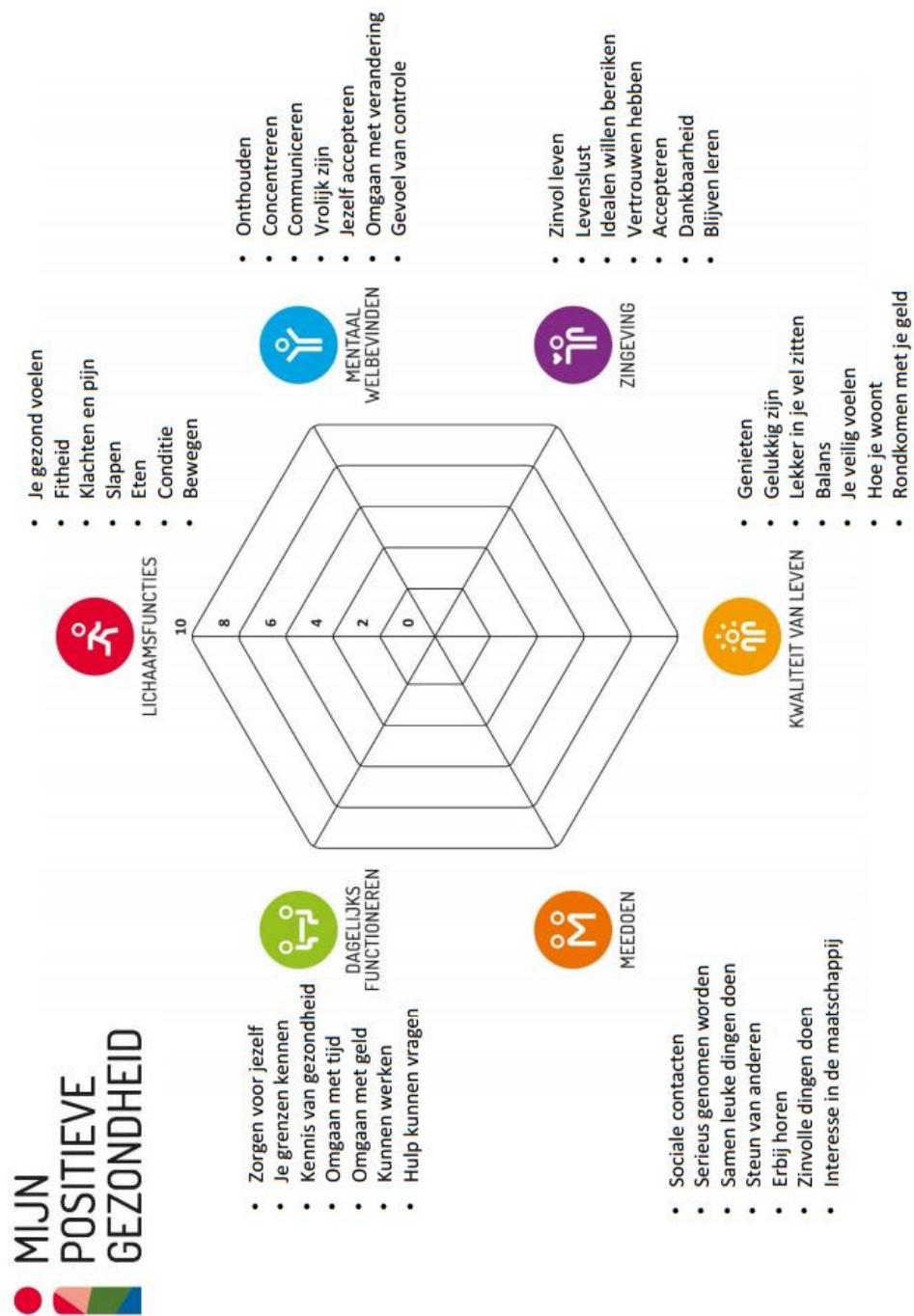
- Zijn er nog andere opties?
- Welke optie is het meest haalbaar, als u kijkt naar uw financiële middelen en die van Sensire?

Bijlagen

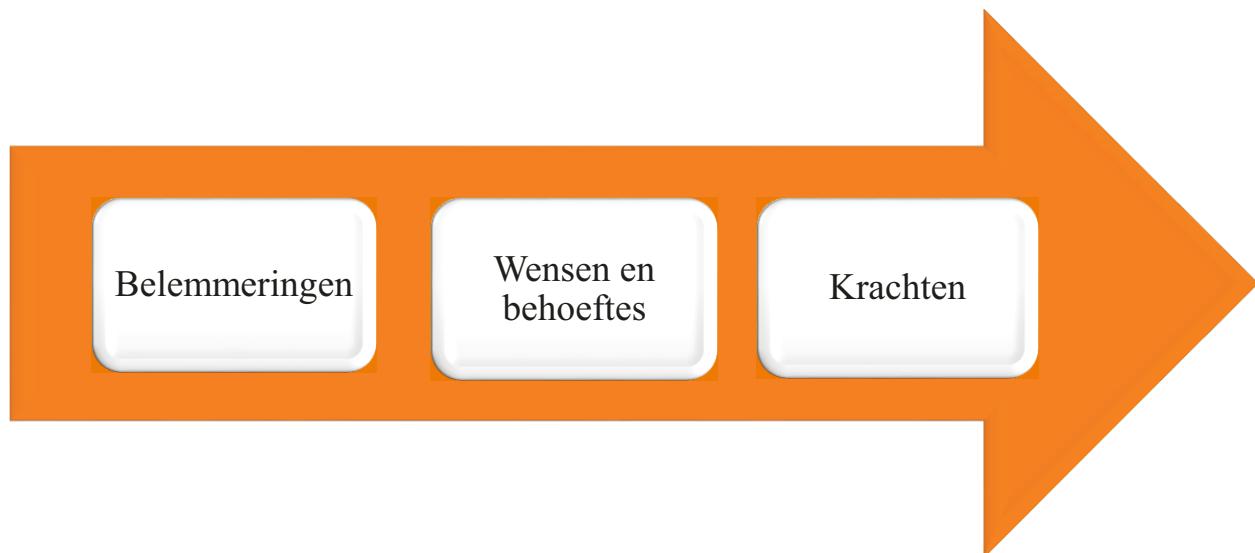
Bijlage 1 – Pijl met de volgorde van onderwerpen in het gesprek



Bijlage 2 – Gespreksinstrument van ‘Positieve Gezondheid’



Appendix I – Arrow



Appendix J – Coding scheme

The number of times the residents mentioned the dimensions, health aspects and other codes will be displayed in the circles.

Hoofdlabel	Sub-labels	Sub-labels	
1. Beschrijving respondent en	1.1 Leeftijd	1.1.1 70-79 jaar 1	
		1.1.2 80-89 jaar 2	
		1.1.3 90-99 jaar 3	
	0.2 Geslacht	1.2.1 Man 2	
		1.2.2 Vrouw 4	
	1.3 Gezinssamenst elling	1.3.1 Alleenstaan d 4	
		1.3.2 Met partner 2	
	1.4 Woontijd in Waterrijk	1.4.1 1-4 jaar -	

		1.4.2 5-9 jaar 5	
		1.4.3 10-14 jaar 1	
2. Belemmeringen	2.1 Lichaamsfuncties 62	2.1.1 Je gezond voelen 3	2.1.1.1 Verminderde kracht in lichaam 1
			2.1.1.2 Matige gezondheidsperceptie 2
		2.1.2 Fitheid 1	2.1.2.1 Vermoeidheid 1
		2.1.3 Klachten en pijn 17	2.1.3.1 Sensibiliteitsklachten 5
			2.1.3.2 Lichamelijke ziektes 11
		2.1.5 Eten 16	2.1.5.1 Niet kunnen genieten van eten 16
			2.1.5.1.1 Geen gelegenheid om dagelijks beneden warm te eten

				(1)	
				2.1.5.1.2 Geen gebruik kunnen/willen maken van de eetactiviteiten in restaurant (5)	
				2.1.5.1.3 Smaakt niet (9)	
	2.1.7 Bewegen (25)	2.1.7.1 Aandoeningen bewegingsapparaat (17)			
		2.1.7.2 Toenemende immobiliteit (8)			
2.2 Mentaal welbevinden (30)	2.2.1 Onthouden (9)	2.2.1.1 Vergeetachtig (9)			
	2.2.2 Concentreren (1)	2.2.2.1 Traag denkvermogen (1)			
	2.2.3 Communiceren (14)	2.2.3.1 Slechthorend (6)			

			2.2.3.2 Moeite met lezen 5	
			2.2.3.3 Slechtziend 3	
	2.2.4 <i>Vrolijk zijn</i> 1	2.2.4.1 Depressie 1		
	2.2.5 Jezelf accepteren 1			
	2.2.6 Omgaan met veranderin g 1	2.2.6.1 Moeite met aanpassen aan nieuwe omgeving 1		
	2.2.7 <i>Gevoel van controle</i> 3	2.2.7.1 Moeite met bijhouden ontwikkelingen in wereld 1		
		2.2.7.2 Drukte in sociale omgeving 1		
		2.2.7.3 Controle uit handen geven 1		

	2.3 Zingeving 1	2.3.1 Zinvol leven 1	2.3.1.1 Echtgenoot overleden 1	
	2.4 Kwaliteit van leven 4	2.4.1 Genieten 3	2.4.1.1 Geen verre reizen kunnen maken 2	
			2.4.1.2 Opgeven creatieve activiteiten 1	
		2.4.7 Rondkomen met je geld 1	2.4.7.1 Beperkt aantal uitjes per maand 1	
	2.5 Meedoen 18	2.5.3 Samen leuke dingen doen 8	2.5.3.1 Afhankelijk van het weer 1	
			2.5.3.2 Overlap in planning activiteiten in Waterrijk en elders 2	
			2.5.3.3 Overlast van technische apparaten voor medemens 1	
			2.5.3.4 Meevragen 1	

			reisbenodigdheden 2	
		2.5.5 Erbij horen 10	2.5.5.1 Er buiten vallen 2	
			2.5.5.2 Toenemende immobiliteit 5	
	2.6 Dagelijks functioneren 15	2.6.1 Zorgen voor jezelf 10	2.6.1.1 Afhankelijk van zorg 9	
		2.6.2 Je grenzen kennen 5	2.6.2.1 Onzekerheid 4	
3. Wensen en behoeftes	3.1 Lichaamsfuncties 17	3.1.1 Je gezond voelen 2		
		3.1.3 Klachten en pijn 1	3.1.3.1 Minder lichamelijke klachten 1	
		3.1.5 Eten 11	3.1.5.1 Genieten van eten 11	3.1.5.1.1 De gelegenheid om dagelijks beneden warm te eten

				6	
		3.1.7 Bewegen 3	3.1.7.1 Geen beperkingen aan bewegingsapparaat 1 3.1.7.2 Stimuleren bewegingsapparaat 2		
	3.2 Mentaal welbevinden 2	3.2.2 Concentreren 1 2.2.3 Communiceren 1	3.2.2.1 Hersencapaciteit behouden 1 2.2.3.1 Beter willen lezen 1		
	3.3 Zingeving 20	3.3.1 Zinvol leven 1 3.3.3 Idealen willen bereiken 13	3.3.1.1 Steun aan het geloof 1 3.3.3.1 Continueren leven 9 3.3.3.2 Samen met partner oud worden 1 3.3.3.3 Gezond blijven		

			2	
			3.3.3.4 Goede toekomst voor kinderen	
			1	
	3.3.7 Blijven leren	3.3.7.1 Geen behoeftte aan		
	6	6		
31	3.4.1 Genieten	3.4.1.1 Vrijetidsactiviteiten		
	27	5		
		3.4.1.2 Toename mobiliteit		
		3		
		3.4.1.3 Hersen stimulerende activiteiten		
		9		
		3.4.1.4 Creatieve activiteiten uitvoeren		
		5		
		3.4.1.5 Een huisdier hebben		
		2		
	3.4.2 Gelukkig zijn	3.4.2.1 Met partner		

		(3)	(3)	
		3.4.4 Balans		
		(1)		
	3.5 Meedoen (34)	3.5.1 Sociale contacten (9)	3.5.1.1 Familie (6) 3.5.1.2 Buren (1)	
		3.5.3 Samen leuke dingen doen (19)	3.5.3.1 Deelname aan activiteiten buiten Waterrijk (1) 3.5.3.2 Deelname aan activiteiten binnen Waterrijk (3)	
			3.5.3.3 Deelname aan uitjes (8)	3.5.3.3.1 Privacy (2)
		3.5.5 Erbij horen (1)	3.5.5.1 Mobiliteit behouden (1)	
		3.5.6 Zinvolle dingen doen (5)	3.5.6.1 Deelname aan eet- activiteiten (1) 3.5.6.2 Geen behoefte aan	

			deelname aan georganiseerde activiteiten binnen Waterrijk 1	
			3.5.6.3 Geen behoefte om erop uit te gaan 1	
	3.6 Dagelijks functioneren 5	3.6.1 Zorgen voor jezelf 3	3.6.1.1 Zelfredzaam blijven 2	
			3.6.1.2 Zelfredzaam vergroten 1	
		3.6.7 Hulp kunnen vragen 2	3.6.7.1 Vervoersprobleem oplossen 2	
4. Krachten	4.1 Lichaamsfuncties 11	4.1.1 Je gezond voelen 3	4.1.1.1 Nog goed functioneren 1	
		4.1.3 Klachten en pijn 1	4.1.3.1 Goed afweersysteem 1	
		4.1.4 Slapen		

		(1)		
		4.1.5 Eten	4.1.5.1 Eetlust	
		(1)	(1)	
		4.1.7 Bewegen	4.1.7.1 Mobiel zijn	
		(5)	(2)	
			4.1.7.2 Toenemende mobiliteit	
			(2)	
	4.2 Mentaal welbevinden (13)	4.2.1 Onthouden	4.2.1.1 Goede hersencapaciteit	
		(6)	(6)	
		4.2.3 Communiceren	4.2.3.1 Empathisch vermogen	
		(3)	(1)	
		4.2.5 Jezelf accepteren	4.2.5.1 Assertief zijn	
		(2)	(1)	
		4.2.6 Omgaan met verandering	4.2.6.1 Besluitvaardig	
		(2)	(1)	
			4.2.6.1 Probleemoplossen d vermogen	
			(1)	
	4.3 Zingeving (10)	4.3.2 Levenslust		

		1		
	4.3.3 Idealen willen bereiken	3	4.3.3.1 Initiatiefrijk	
	4.3.5 Acceptatie	2		
	4.3.6 Dankbaarheid	5		
	4.4 Kwaliteit van leven	4.4.1 Genieten	4.4.1.1 Vrijetijds-activiteiten	
	4	2	1	
	4.4.2 Gelukkig zijn	1		
	4.4.3 Lekker in je vel zitten	1		
	4.5 Meedoen	4.5.1 Sociale contacten	4.5.1.1 Buurtgenoten/ken nissen	
	37	9	2	
			4.5.1.2 Familie	

		3	
	4.5.2 Serieus genomen worden 1		
	4.5.3 Samen leuke dingen doen 7	4.5.3.1 Mobiel zijn 1 4.5.3.2 Samenwerken 6	
	4.5.4 Steun van anderen 10	4.5.4.1 Kinderen 7	
	4.5.5 Erbij horen 1		
	4.5.6 Zinvolle dingen doen 8	4.5.6.1 Deelname aan activiteiten binnen Waterrijk 5	
	4.5.7 Interesse in de maatschappij 1		
4.6 Dagelijks functioneren	4.6.1 Zorgen	4.6.1.1 Zelfredzaam	

		35	voor jezelf 28	27 4.6.1.2 Regelzaken 1		
			4.6.2 Je grenzen kennen 5			
			4.6.5 Omgaan met geld 2			
5. Wat moet er gedaan worden	5.1 Lichaamsfuncties 10	5.1.1 Eten 8	5.1.1.1 Genieten van eten 8	5.1.1.1.1 Dagelijks wam eten in het restaurant 7	5.1.1.1.1.1 Meer animo 3 5.1.1.1.1.2 Meer vrijwilligers/personeel 4	
				5.1.1.1.2 Een restaurant in de buurt 1		
		5.1.7 Bewegen 2	5.1.7.1 Stimuleren bewegingsapparaat 2	5.1.7.1.1 Georganiseerde activiteiten binnen Waterrijk 2		

	5.5 Meedoen 9	5.5.3 Samen leuke dingen doen 9	5.5.3.1 Deelname aan creatieve activiteiten 6	5.5.3.1.1 Georganiseerde activiteiten binnen Waterrijk 4	
				5.5.3.1.2 Georganiseerde activiteiten buiten Waterrijk 2	
			5.5.3.2 Georganiseerde activiteiten op feestdagen binnen Waterrijk 1		
			5.5.3.3 Uitjes 2	5.5.3.3.1 Initiatief nemen 2	
6. Hulp	6.3 Zingeving 9	6.3.3 Idealen willen bereiken 9	6.3.3.1 Continueren leven 9	6.3.3.1.1 Lichamelijke en/of huishoudelijke hulp 9	
	6.4 Kwaliteit van leven 12	6.4.1 Genieten 11	6.4.1.1 Toename mobiliteit 4	6.4.1.1.1 Op vakantie willen	6.4.1.1.1.1 Thuiszorg elders 1

				4	6.4.1.1.2 Mooi weer 2
			6.4.1.2 Huisdier hebben 8	6.4.1.2.1 Hondenverzorging 3	
				6.4.1.2.2 Een huisdier leasen 4	6.4.1.2.2.1 Iemand die erbij is 1
				6.4.1.2.3 Een elektronisch huisdier 1	
	6.5 Meedoen 1	6.5.3 Samen leuke dingen doen 1	6.5.3.2 Uitjes 1	6.5.3.2.1 Lichamelijke hulp 1	