

# WERKEN VOLGENS POSITIEVE GEZONDHEID

*Een inventarisatie van ervaringen en behoeftes*



**Bachelor scriptie**

R.H. Melein

Verpleegkunde

NHL Stenden Hogeschool



22-06-2019

# WERKEN VOLGENS POSITIEVE GEZONDHEID

## *Een inventarisatie van ervaringen en behoeftes*

<b>Naam:</b>	Rianne Melein
<b>Onderwijsinstelling:</b>	NHL-Stenden Hogeschool te Leeuwarden
<b>Opleiding:</b>	HBO Verpleegkunde
<b>Instelling:</b>	Zorgplein Lemmer te Lemmer
<b>Bronvermelding omslagfoto's:</b>	Zorgplein Lemmer - logo / NHL-Stenden Hogeschool - logo / De Friesland - logo

## Inhoudsopgave

Samenvatting.....	4
Inleiding.....	5
Hoofdstuk 1 – Theoretisch kader .....	8
1.1 Begripsdefiniëring .....	8
1.2 Zoekstrategie.....	8
1.3 Resultaten literatuuronderzoek .....	9
1.3.1 Wat is Positieve Gezondheid? .....	9
1.3.2 Positieve Gezondheid in de praktijk.....	10
1.3.3 Werkwijze .....	11
1.3.4 Verpleegkundigen .....	12
1.3.5 Doelgroepen.....	13
1.4 Conclusie literatuuronderzoek .....	13
1.5 Implicaties literatuuronderzoek voor praktijkonderzoek .....	14
Hoofdstuk 2 – Onderzoeksmethode .....	15
2.1 Onderzoeksopzet.....	15
2.2 Populatie, steekproef, in- en exclusiecriteria.....	15
2.3 Procedure dataverzameling .....	16
2.4 Dataverzamelingstechniek .....	16
2.5 Analyse .....	17
2.6 Kwaliteitscriteria.....	17
2.6.1 Betrouwbaarheid.....	17
2.6.2 Validiteit .....	17
Hoofdstuk 3 – Resultaten.....	19
3.1 Deelnemers .....	19
3.2 Meetresultaten.....	19
3.2.1 Werkwijze/Verpleegkundigen .....	20
3.2.2 Doelgroepen (toepasbaarheid) .....	23
Hoofdstuk 4 – Discussie & Conclusie.....	25
4.1 Discussie .....	25
4.1.1 Vergelijking resultaten met literatuur.....	25
4.1.2 Methodologische discussie .....	27
4.1.3 Reflectie inhoudelijk handelen.....	<b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>
4.2 Conclusie .....	29

4.2.1 Slotconclusie.....	29
4.2.2 Betekenis voor de praktijk.....	29
Hoofdstuk 5 – Aanbevelingen .....	30
5.1 Concrete acties .....	30
5.2 Vervolgonderzoek .....	31
Referenties .....	32
Bijlage A: Begripsdefiniëring onderzoekspopulatie .....	37
Bijlage B: Omschrijving digitale platformen.....	38
Bijlage C: Operationaliseringsschema .....	39

## Samenvatting

**Aanleiding:** Vanuit Vitale Regio Fryslân is binnen Zorgplein Lemmer een project gestart om Positieve Gezondheid te bevorderen en versterken nu de implementatiefase ervan was afgerond. Er bestond bij de verpleegkundigen onduidelijkheid bij het verder toepassen van deze nieuwe werkwijze.

**Doel- en vraagstelling:** Het onderzoek had als doel om de ervaringen en behoeftes van de verpleegkundigen binnen Zorgplein Lemmer met het werken volgens Positieve Gezondheid te inventariseren, om op basis daarvan aanbevelingen te kunnen doen ter bevordering van Positieve Gezondheid.

**Methode:** De vorm van het onderzoek was kwalitatief met een explorerend karakter. Tussen de variabelen en sub-variabelen die naar voren kwamen in het literatuuronderzoek werden verbanden gelegd in een operationaliseringsschema. Vanuit de (sub)variabelen werden logische hoofdtopics afgeleid die de basis vormden van het meetinstrument. Middels de semigestructureerde interviewvorm van het meetinstrument werden de ervaringen en behoeftes rondom de topics gemeten tijdens een focusgroep. De ruwe data werd kwalitatief geanalyseerd door middel van transcriptie en het analyseprogramma ATLAS.ti.

**Resultaten:** Vijf verpleegkundigen hebben deelgenomen aan het praktijkonderzoek, waardoor de respons 83,3% was. Door omstandigheden heeft naast de focusgroep ook een één-op-één diepte interview plaatsgevonden. De verpleegkundigen ervaren sinds de implementatie van Positieve Gezondheid een verbetering in de onderlinge samenwerking. Bewustwording in eigen handelen, werken vanuit de kracht van de patiënt, versterking van de zelfregie en de toepasbaarheid op alle doelgroepen zonder taalbarrière werden genoemd als belangrijkste positieve ervaringen. Als grootste behoeftes kwamen scholing in informatie over vervolgstappen, dossiervoering, loslaten en evaluatie, scholing in randvoorwaarden (o.a. facilitair), herhaling, ervaren van positieve effecten en de vertaling van het spinnenweb naar voren.

**Discussie/Conclusie:** De verpleegkundigen zijn over het algemeen positief over de ervaringen en effecten die het werken volgens Positieve Gezondheid tot nu toe heeft gebracht. De belangrijkste behoeftes om de (samen)werking met Positieve Gezondheid te verbeteren en versterken zijn opleiding in vervolgstappen en structuren, het opstellen van duidelijke randvoorwaarden, vertalingen van het spinnenweb en het ervaren van de positieve effecten op (met name) lokaal gebied. Deze behoeftes worden ondersteund door de resultaten vanuit het literatuuronderzoek.

**Aanbevelingen:** Op basis van de resultaten van dit onderzoek worden drie aanbevelingen voor de praktijk gedaan. Het eerste advies betreft een concrete actie om op korte termijn scholing in te zetten middels intervisie bijeenkomsten, gericht op vervolgstappen in de werkwijze met Positieve Gezondheid. De tweede concrete actie is het laten vertalen van het spinnenweb, zodat het ook bij patiënten met een taalbarrière goed aansluit en begrip wordt vergroot. Wanneer deze twee acties zijn uitgevoerd wordt als derde advies gegeven een kwantitatief vervolgonderzoek te laten verrichten naar de bevorderende en belemmerende factoren bij het werken met Positieve Gezondheid, om aan de hand daarvan duidelijke randvoorwaarden op te kunnen stellen.

## Inleiding

### Context, situatieanalyse en probleemstelling

De World Health Organization (WHO) stelt al sinds 1948 als definitie van gezondheid: “Gezondheid is een toestand van volledig positief fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte” (WHO, 1948). Deze definitie is lange tijd de standaard geweest binnen de gezondheidszorg. Echter, de definitie is de laatste jaren in toenemende mate sterk bekritiseerd (ZonMw, 2018). Nederlandse huisarts en onderzoeker Machteld Huber stelde in 2011 als andere omschrijving van gezondheid voor: “Gezondheid als 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” (Huber et al., 2011), wat ook wel Positieve Gezondheid wordt genoemd (Huber, 2016). Huber is de grondlegger van dit gedachtegoed en heeft de stichting Institute for Positive Health (IPH) opgericht, wat fungeert als de motor achter de beweging Positieve Gezondheid (IPH, 2019).

Landelijk lijkt dit nieuwe concept beter aan te sluiten bij de huidige ontwikkeling van verzorgingsstaat naar participatiemaatschappij. Positieve Gezondheid benadrukt en stimuleert het adaptievermogen van de patiënt. Hierbij staan veerkracht en zelfregie centraal (Adriaansen, M., 2017). Positieve Gezondheid is inmiddels vertaald in zes hoofddimensies van gezondheid, welke onder te verdelen zijn in 32 aspecten (Huber, Van Vliet, Giezenberg, & Knottnerus, 2013). Deze zes hoofddimensies zijn: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. De dimensies zijn verwerkt in het instrument ‘Mijn Positieve Gezondheid’, het zogenoemde spinnenweb (bijlage A; IPH, 2019). Het Institute for Positive Health (2019) beschrijft dit spinnenweb als tool om mensen te stimuleren zelf na te denken over hoe het met ze gaat, wat ze willen veranderen en wie of wat nodig is in hun omgeving om dat te bereiken. Daarnaast kunnen zorgverleners de tool inzetten als gespreksinstrument en met Positieve Gezondheid de onderlinge samenwerking versterken doordat iedereen hetzelfde uitgangspunt heeft (Bos & Fritsma, 2018).

Zorgplein Lemmer te Lemmer is opgezet door huisarts Karin Groeneveld. Dit Zorgplein is een pand waarin meerdere (eerstelijns)zorgverleners en professionals zijn gehuisvest. Sinds begin 2018 is door alle disciplines<sup>1</sup> binnen Zorgplein Lemmer gestart met werken volgens de principes van Positieve Gezondheid. De initiatiefnemers hiervan zijn van mening dat door het inzetten van Positieve Gezondheid de samenwerking tussen verschillende domeinen als zorg, welzijn en gemeente wordt bevorderd (Groeneveld, 2018). Vanuit het ROS Friesland zijn binnen Zorgplein Lemmer een drietal sessies georganiseerd in maart, mei en juli 2018 ter implementatie van de nieuwe werkvisie. Het ROS Friesland biedt advies en begeleiding aan samenwerkende professionals en organisaties in de zorg (ROS Friesland, z.d.).

Het huidige onderzoek vormt de start van een tweejarig project binnen Zorgplein Lemmer, waarin het bevorderen en versterken van Positieve Gezondheid als doel wordt genomen. Dit project is een onderdeel van het programma Vitale Regio Fryslân, waarin de Friese gemeenten, De Friesland Zorgverzekeraar en GGD Fryslân samenwerken om de vitaliteit van de Friese burgers te bevorderen (GGD Fryslân, 2017). Het onderzoek richt zich binnen het Zorgplein op de verpleegkundigen van de wijkverpleging, FACT+ team, de praktijkondersteuners geestelijke gezondheidszorg en

---

<sup>1</sup> Twee huisartsenpraktijken, wijkverpleging, fysiotherapie, sociaal wijkteam, huisartsen laboratorium Friesland, verloskunde praktijk, oefen therapie, röntgen en podotherapie.

ouderenzorg/somatiek van de huisarts (POH-GGZ en POH-ouderenzorg), het sociaal wijkteam en de verpleegkundig specialist van de huisarts.

Hoewel de intentie duidelijk is en het enthousiasme groot, vergt het werken volgens Positieve Gezondheid inspanning, vooral nu de begeleidende sessies zijn afgelopen (K. Groeneveld & K. Boonstra, persoonlijke communicatie, 1 maart 2019). Omdat Positieve Gezondheid nog een relatief nieuw concept is, bestaan geen richtlijnen of werkwijzen over hoe je na de implementatiefase het (samen)werken met Positieve Gezondheid kunt continueren en/of bevorderen. Hierdoor bestaat bij de verpleegkundigen binnen het Zorgplein onduidelijkheid over hoe nu verder te gaan, en is het niet inzichtelijk op welke gebieden de onduidelijkheden zich bevinden (K. Boonstra, persoonlijke communicatie, 12 maart 2019). Om het (samen)werken met Positieve Gezondheid te bevorderen, te versterken en te verduidelijken is het van belang in kaart te brengen waar de behoeftes en ervaringen liggen van de verpleegkundigen.

### *Probleemstelling*

Het is niet inzichtelijk wat de ervaringen en behoeftes zijn van de verpleegkundigen binnen Zorgplein Lemmer met het werken volgens de principes van Positieve Gezondheid.

### **Doelstelling**

Om aanbevelingen te kunnen doen op welke gebieden ruimte mogelijk is ter bevordering en versterking van Positieve Gezondheid, is in juni 2019 geïnventariseerd wat de ervaringen en behoeftes zijn van de verpleegkundigen binnen Zorgplein Lemmer met het werken volgens de principes van Positieve Gezondheid.

### **Vraagstelling**

Wat zijn de ervaringen en behoeftes van de verpleegkundigen binnen Zorgplein Lemmer met het werken volgens de principes van Positieve Gezondheid?

### **Verpleegkundige relevantie**

Positieve Gezondheid staat op de werkvloer nog redelijk in de kinderschoenen. Hoewel de effectiviteit is bewezen, is het nog relatief weinig onderzocht (Van Steekelenburg, Kersten, & Huber, 2016). Het is daarom van belang onderzoek te doen naar ervaringen en behoeftes zodat inzichtelijk wordt waar eventuele knelpunten en succesfactoren zitten. De uitkomsten van dit onderzoek zullen worden gebruikt om het werken met Positieve Gezondheid te bevorderen binnen het Zorgplein. Voor Zorgplein Lemmer zou dit betekenen dat de onderlinge samenwerking tussen de zorgverleners kan worden versterkt en er een eenduidige visie is in de zorgverlening voor de patiënt. Dit sluit aan bij de CanMEDS-rollen Zorgverlener, Communicator en Samenwerkingspartner. De patiënt kan door deze versterking meer in zijn eigen kracht komen te staan, zodat de zelfregie wordt bevorderd (IPH, 2019). Uiteindelijk zal dat de gezondheid van de patiënt ten goede komen, wat past bij de CanMEDS-rollen Gezondheids- en Kwaliteitsbevorderaar. Naast deze relevantie op microniveau zullen de uitkomsten van het onderzoek ook op meso- en macroniveau bijdragen aan het verder op de kaart krijgen van Positieve Gezondheid. Regionaal zal de informatie worden gedeeld binnen GGD-Fryslân en op landelijk gebied met de stichting Institute for Positive Health en het Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei. Op die manier worden de tekorten aan onderzoek rondom dit onderwerp in ieder geval voor een klein deel opgevuld.

**Leeswijzer**

Het eerste hoofdstuk is gewijd aan een onderbouwend en verhelderend literatuuronderzoek rondom het werken met Positieve Gezondheid. In hoofdstuk twee wordt ingegaan op de gekozen onderzoeksmethode voor het praktijkonderzoek met verantwoording van de keuzes. Het derde hoofdstuk is gewijd aan het beschrijven van de onderzoeksresultaten. Hoofdstuk vier bestaat uit de discussie gevolgd door de conclusie. In dat hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de vraagstelling van dit onderzoek. Tot slot worden op basis van de onderzoeksresultaten en slotconclusie in hoofdstuk vijf aanbevelingen gedaan.



## Hoofdstuk 1 – Theoretisch kader

*Aan het praktijkonderzoek ligt een literatuuronderzoek ten grondslag. Hierin is door begripsdefiniëring en het beantwoorden van literatuurvragen verheldering verkregen rondom het werken volgens Positieve Gezondheid.*

### 1.1 Begripsdefiniëring

De belangrijkste begrippen zijn gedefinieerd met behulp van literatuur. In Tabel 1 staan de begrippen weergegeven welke in dit hoofdstuk worden gebruikt. Daarnaast zijn in bijlage B de disciplines gedefinieerd waarop dit onderzoek zich zal gaan richten.

**Tabel 1**

*Begripsdefiniëring theoretisch kader*

Begrip	Definitie
Positieve Gezondheid	“Gezondheid als 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” (Huber et al., 2011).
Wijkverpleegkundige	Wijkverpleegkundigen zijn bachelors. Zij indiceren en her-indiceren zorg met als uitgangspunt het zelfmanagement te bevorderen. De wijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg en hebben een coachende rol naar de leden van het team. Daarnaast verlenen ze verpleegkundige zorg bij cliënten op hoog-complex niveau. (Nursing, z.d.)

### 1.2 Zoekstrategie

In de volgende paragrafen wordt toegelicht op welke wijze de literatuur voor het literatuuronderzoek werd verzameld.

#### Zoektermen

Tijdens het zoeken naar literatuur zijn verschillende zoektermen gebruikt rondom Positieve Gezondheid, het implementeren van een nieuwe visie en de toepasbaarheid bij verschillende doelgroepen. Deze zoektermen waren zowel Nederlands- als Engelstalig. De belangrijkste termen bij het zoeken naar literatuur waren: Positieve Gezondheid, implementeren, werkwijze, ervaringen en health concepts.

#### Zoekmethode

Voor het literatuuronderzoek is met behulp van de ‘Big 6’ (Verhoeven, 2011) methodisch gezocht in databanken als PubMed, Springerlink en Google Scholar. Daarnaast werd in de overige (‘grijze’) literatuur gezocht naar theses, bachelor scripties en proefschriften. Vanuit de gekozen artikelen uit bovenstaande databanken is middels de sneeuwbal-methode ook literatuur geselecteerd.

Omdat er nog maar relatief weinig concreet onderzoek bestaat naar het werken volgens Positieve Gezondheid in de praktijk, is naast de databanken gezocht naar (kleinschalige) inventariserende rapporten en notulen van interviews en vergaderingen. Deze documenten zijn afkomstig van organisaties welke al werken met Positieve Gezondheid dan wel in de implementatiefase daarvan

zitten. Om het onderwerp Positieve Gezondheid toch zo breed mogelijk te onderbouwen en uit te diepen, is ook gezocht naar belangrijke factoren bij het implementeren van een nieuwe visie. Verder is onderzocht of het concept Positieve Gezondheid toepasbaar is bij verschillende doelgroepen, en met welke factoren rekening gehouden moet worden. Deze informatie is deels verworven van verschillende digitale platformen. De platformen zijn ter verduidelijking uitgewerkt en omschreven in bijlage C. Tot slot is informatie verzameld middels persoonlijke communicatie met diezelfde platformen.

Tijdens het zoeken naar literatuur zijn de opgestelde in- en exclusiecriteria voor het literatuuronderzoek in acht genomen (Tabel 2). Uiteindelijk zijn 20 artikelen geselecteerd voor het literatuuronderzoek.

**Tabel 2**

*In- en exclusiecriteria literatuur*

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Definitie van Positieve Gezondheid	Literatuur die niet gratis in full-tekst verkrijgbaar is
Effecten en ervaringen van Positieve Gezondheid (in de praktijk)	Literatuur anderstalig dan Nederlands of Engels
Implementatie van een nieuwe visie (in de zorg)	Literatuur over andere methodes dan Positieve Gezondheid
Implementatie van Positieve Gezondheid	
Belemmerende en bevorderende factoren bij het werken volgens Positieve Gezondheid	
Doelgroepen Positieve Gezondheid	
Actuele literatuur (niet ouder dan 10 jaar)	

### 1.3 Resultaten literatuuronderzoek

#### 1.3.1 Wat is Positieve Gezondheid?

Positieve Gezondheid is een concept dat al in 2011 vorm kreeg door de nieuwe en dynamische omschrijving van gezondheid (Huber et al., 2011). Dit concept beschrijft gezondheid niet meer alleen als een stabiel eindpunt. Het stelt functioneren, zelfregie en veerkracht centraal. In een later onderzoek hebben Huber et al. (2013) ter nadere specificering van het nieuwe concept zowel positieve als negatieve aspecten van het concept geïnventariseerd. Met deze resultaten is verder onderzoek verricht om uiteindelijk in 2016 het concept ‘Positieve Gezondheid’ te noemen en werd dit gedachtegoed geoperationaliseerd door het ontwikkelen van de tool ‘Mijn Positieve Gezondheid’ (Huber et al., 2016).

Het gedachtegoed Positieve Gezondheid staat ten opzichte van de World Health Organization (WHO) aan de andere kant van de definitie van ‘gezondheid’. De WHO stelt immers als definitie dat gezondheid een toestand is van volledig positief fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte (WHO, 1948). Deze definitie geeft een duidelijke grens aan; als je er niet aan voldoet ben je ziek. Het gedachtegoed Positieve Gezondheid wordt daarom een concept

genoemd in plaats van een definitie. Op die manier wordt door Huber een andere kijkrichting aangegeven (IPH, 2019).

### **Wat betekent Positieve Gezondheid voor verpleegkundigen binnen een zorgsetting?**

Voor zorgverleners als individu in zorg en welzijn biedt het werken met Positieve Gezondheid handvatten om patiënten niet aan te spreken op zwaktes, maar om juist te richten op hun eigen kracht. Daarbij wordt vooral gekeken naar een betekenisvol leven. Door patiënten zelf te laten bepalen en ze te helpen bij het nemen van eigen beslissingen, kan persoonsgerichte zorg worden geboden welke goed aansluit bij persoonlijke behoeften van de patiënt (IPH, 2019).

Het transformatieprogramma Positieve Gezondheid van De Wit (2018) is een samenwerking tussen Vilans en het IPH. Hieruit blijkt dat er verschil zit in hoe de cliënt zelf zijn of haar gezondheid ervaart, en het beeld dat de verpleegkundige daarvan had. Dit leverde hele andere gesprekken op, wat bij de verpleegkundigen leidde tot vergroting van de zelfkennis. De zorgmedewerkers geven aan dat het nodig is een omslag te maken in gespreksvoering (De Wit, 2018).

## **1.3.2 Positieve Gezondheid in de praktijk**

### **Eerste effecten**

In een vergelijkend onderzoek van Jung et al. (2018) werden in samenwerking met zorggroep Syntein en verzekeraar VGZ de effecten van Positieve Gezondheid onderzocht op het gebied van vraagreductie. In een huisartsenpraktijk in Limburg werd ter voorbereiding de praktijkgrootte teruggebracht van 2300 naar 1810 patiënten. De zorgverleners werden geschoold in Positieve Gezondheid en alle verwijzingen naar een medisch specialist werden systematisch bijgehouden. De verwijzingen uit de periode van mei 2015 tot april 2016 zijn vergeleken met die uit de periode van mei 2016 tot april 2017. Dit resulteerde in een significante afname (25%) van het aantal verwijzingen per 1000 patiënten. Het aantal spoedverwijzingen bleef gelijk. Het lijkt dus zo te zijn dat Positieve Gezondheid op het gebied van vraagreductie een significant effect heeft, echter de onderzoekers concluderen dat meer onderzoek nodig is om landelijke uitspraken te kunnen doen.

### **Motieven**

Het Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei beschrijft in een evaluatierapport (persoonlijke communicatie, 18 maart 2019) dat de aangesloten organisaties als hoofdredenen van werken met Positieve Gezondheid geven dat de samenwerking tussen die organisaties onderling versterkt wordt door te netwerken. In een inventariserend onderzoek van Van Steekelenburg et al. (2016) wordt deze ervaring beaamd. Zo wordt een bredere kijk op gezondheid en de aansluiting van het nieuwe concept op de visie en werkwijze van organisaties als hoofdredenen genoemd. Hierbij zijn het versterken van eigen kracht en zelfregie belangrijke drijfveren. In het onderzoek van Bos en Fritsma (2018) wordt beschreven dat het inzetten van Positieve Gezondheid de onderlinge samenwerking doet versterken doordat iedereen hetzelfde uitgangspunt heeft.

### **Eerste ervaringen**

Uit hetzelfde onderzoek van Van Steekelenburg et al. (2016) blijkt dat 36% van de respondenten (n=12), die deelnamen aan een interview over de ervaringen van Positieve Gezondheid, aangeven de bredere kijk en het begrip van het concept te herkennen. Daarnaast ervaart 34% Positieve Gezondheid als inspirerend/enthousiasmerend en gaf 16% aan dat het toepassen in de praktijk nog

zoeken blijft en nog niet concreet genoeg is. Jung et al. (2018) beschrijven in hun onderzoek dat Positieve Gezondheid het werkplezier van de zorgmedewerkers terug brengt in de huisartsenpraktijk. Zij hebben het gevoel weer betekenisvol bezig te zijn, dat er werkelijk contact is van mens tot mens en dat de sfeer in de praktijk verbeterde door het samenwerken aan wat er echt toe doet.

Van Meerten (2018) heeft in haar bachelor onderzoek aan twaalf deelnemers (allen zorgverleners) de vraag voorgelegd wat zij vinden van het werken met Positieve Gezondheid. Dat men met Positieve Gezondheid naar meerdere aspecten van gezondheid kijkt wordt het meest gewaardeerd (n= 6). Ook het kijken naar wat goed gaat en daar de focus op leggen wordt door een aantal (n= 3) als positief beschouwd. Daarnaast wordt het gegeven 'veel tekst' genoemd als negatief punt door twee deelnemers.

### **1.3.3 Werkwijze**

#### **Welke factoren zijn bij het implementeren van een nieuwe visie van belang?**

Bij het implementeren van een nieuw beleid/visie in de zorg is het volgens De Niet (2013) van belang te investeren in een gemeenschappelijke visie. Het ontbreken daarvan kan tot een groot verschil in inspanning leiden binnen het team en implementatie in de weg staan. Uit een onderzoek van Ellemers, Şahin, Jansen, en Van der Toorn (2018) blijkt dat een onderzoeks-gestuurde aanpak noodzakelijk is om een nieuwe visie goed en verantwoord te kunnen inzetten. Het moet duidelijk zijn aan welke voorwaarden organisaties moeten voldoen, zodat een beleid effectief geïmplementeerd kan worden. Rietzschel, Nijstad, en Stroebe (2009) stellen dat de dialoog met elkaar aangaan over een nieuwe visie en daarbij in kaart brengen welke factoren (mogelijk) belemmeren en welke kunnen bevorderen van essentieel belang is. Met deze informatie kan een plan worden opgesteld om de belemmeringen uit de weg te ruimen.

#### **Welke factoren zijn bij het implementeren van Positieve Gezondheid van belang?**

Het inspiratieboek Leertuin Positieve Gezondheid (Bos & Fritsma, 2018) noemen implementeren 'internaliseren'. Hiervoor is volgens de auteurs dialoog en reflectie essentieel. Een open houding van de zorgmedewerkers en herhaling in werkwijze is daarnaast ook nodig.

Te nemen 'stappen' voor een effectieve implementatie van Positieve Gezondheid worden in andere bronnen (ROS Friesland, 2018; IPH, 2019) onderverdeeld in sessies. De eerste daarvan staat meestal in het teken van kennismaken met het concept, waarna mogelijke struikelblokken worden geïnventariseerd. Daaraan wordt dan gewerkt en geëvalueerd tijdens de laatste sessie. Gedurende zo'n traject wordt gewezen op dezelfde punten als in het inspiratieboek genoemd worden.

Oudenaarden et al. (2018) beschrijven in een terugblik van het werkatelier over de implementatie van Positieve Gezondheid, dat er een aantal werkzame elementen naar voren kwamen. Deze terugblik was georganiseerd door het IPH en Publieke Gezondheid. De deelnemers adviseerden op basis van de werkzame elementen die naar voren kwamen een onderscheid te maken tussen werkzame elementen die je zelf doet, en werkzame elementen die je als randvoorwaarden moet creëren. Een goede indeling voor werkzame elementen lijkt volgens hen te zijn: 'Randvoorwaarden', 'Omarmde visie/houding' en 'Werkwijze'. Verder is, om het implementeren van Positieve Gezondheid volledig te maken, vanuit wijkverpleegkundigen vraag naar een protocol voor het juist inzetten van het gespreksinstrument 'Mijn Positieve Gezondheid'. Ook is meer aandacht nodig op het gebied van vooruitgang, training en intervisie (Bosman & Shafiei, 2017; Van Meerten, 2018).

### **Belemmerende en bevorderende factoren**

In 2016 werd aan 89 deelnemers uit zorg- en welzijnsorganisaties gevraagd naar de belemmerende en bevorderende factoren bij het werken met Positieve Gezondheid. Destijds concludeerden de onderzoekers dat er vooral vraag is naar werkwijzen en structuren om met Positieve Gezondheid te werken. Belemmerende factoren waren hierin het gebrek in onderwijs, opleiding en bij- en nascholing (Van Steekelenburg et al., 2016). Een jaar later schrijven Bosman en Shafiei (2017) in hun onderzoek naar Positieve Gezondheid dat alle respondenten (n= 5) benoemden dat er belemmeringen spelen om in het huidige zorgstelsel/zorgsysteem Positieve Gezondheid toe te passen. Zowel het ontbreken van eenduidigheid, randvoorwaarden, gebrek aan verdieping en concrete resultaten worden als belemmering gezien. Het Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei geeft in 2018 nog steeds diezelfde belemmeringen aan.

Uit een gesprek met een voormalig medewerker van ROS Friesland komt nog naar voren dat organisaties tijdens kennismakings- en vervolgssessies die zij hield over het werken met Positieve Gezondheid, met regelmaat het financiële stukje als struikelblok aangaven. Organisaties weten niet waar ze de tijd moeten wegzetten (T. Swierstra, persoonlijke communicatie, 26 maart 2019). In een interview met huisarts Hans Peter Jung (Redactie IPH, 2018) wordt dit struikelblok beaamd. Echter, uit het onderzoek van Jung et al. (2018) eerder dat jaar blijkt dat de nieuwe werkwijze met Positieve Gezondheid in een huisartsenpraktijk resulteerde in een daling van 8 à 9% in kosten. Dit betrof een onderzoek welke gefinancierd werd door verzekeraar VGZ.

Bevorderende factoren zijn het loslaten van oude gewoonten, het focussen op de belangrijkste behoeftes in beleid, onderzoek, onderwijs en praktijk, en het aanwijzen van een aanspreekpunt voor Positieve Gezondheid binnen een organisatie. Om hiertoe te komen is het volgens Van Steekelenburg (2016) van belang om een cultuuromslag te maken, wat tijd en inspanning kost. Het op de agenda zetten van Positieve Gezondheid in teamvergaderingen, het klein houden van doelen en het delen van successen binnen een team en/of organisatie zijn tips van ervaringsdeskundigen om Positieve Gezondheid te bevorderen. Verder zou het spinnenweb onderdeel kunnen worden van zorgbeoordelingen en bij het opstellen van nieuwe zorgdoelen (De Wit & Driessen, 2018).

#### **1.3.4 Verpleegkundigen**

##### **Welke competenties heeft een verpleegkundige nodig om te werken met Positieve Gezondheid?**

Bosman en Shafiei (2017) hebben onderzocht welke competenties een wijkverpleegkundige dient te bezitten om Positieve Gezondheid te kunnen toepassen. Hieruit komt naar voren dat een wijkverpleegkundige een breed scala aan competenties nodig heeft. Bij de competentie 'Kenniss' zijn de belangrijkste hoofdthema's: maatschappelijke behoefte, netwerk, scoringsinstrument, gedragsverandering, paradigmashift, doelgroep en concept. De competentie 'Vaardigheden' heeft de hoofdthema's: coaching, signaleren, kijken vanuit meerdere perspectieven, persoonsgericht, kijken naar mogelijkheden, gesprekstechnieken, tijd nemen, vertrouwensrelatie opbouwen, samenwerken, drijfveren naar boven halen en shared decision making. En bij de competentie 'Attitude': denken in kansen, focus op wat goed gaat, zelfregie en waardigheid patiënt intact houden, coördinerende rol, acceptatie van iemands niveau, niet te directief zijn, buiten het gebaande pad durven te gaan, referentiekader los kunnen laten en een open houding/brede kijk. In het competentieprofiel van Seker en Sûn staan overeenkomende competenties, maar worden aan 'Kenniss' en 'Vaardigheden' nog toegevoegd: verdiepte kennis in wet- en regelgeving, administratieve en financiële kennis,

transparant handelen en pedagogische en didactische vaardigheden toepassen (Boonstra, Buurma, Mast, & Wadman (2018). In dit profiel zijn de professionele competenties per opleidingsniveau afgeleid van de burgercompetenties in een samenvoeging van de CanMEDS structuur en het spinnenweb van Positieve Gezondheid.

### 1.3.5 Doelgroepen

#### Is Positieve Gezondheid toepasbaar op alle patiënten doelgroepen?

Bij verschillende doelgroepen blijkt Positieve Gezondheid toepasbaar. Zowel voor kinderen tussen acht en achttien jaar (IPH, 2019), jongeren tussen zestien en 25 jaar (IPH, 2019), patiënten met een chronische aandoening (Franek, 2013; Bos & Fritsma, 2018), patiënten met dementie (De Wit & Driessen, 2018) als voor kwetsbare ouderen (Bosman & Shafiei, 2017). Bij kinderen en jongeren is het wel van belang de voor hen bedoelde versie van het spinnenweb te gebruiken. Die tool helpt kinderen/jongeren te laten zien wat zij zelf belangrijk vinden als het gaat om hun gezondheid (IPH, 2019). Verder komt naar voren dat bij patiënten met dementie de 360 graden methode kan worden ingezet. Het spinnenweb wordt dan door de (wijk)verpleegkundige, mantelzorger en de patiënt zelf ingevuld. De patiëntengroep 'acute zorgvragers' blijkt echter minder te passen bij het concept Positieve Gezondheid. Patiënten met een acute zorgvraag willen simpelweg zo snel mogelijk hulp, het maakt hen op dat moment even weinig uit of ze zichzelf gezond voelen ja of nee. Er trad dan ook geen vraagreductie op bij deze doelgroep (Jung et al., 2018).

### 1.4 Conclusie literatuuronderzoek

De eerste effecten van Positieve Gezondheid lijken goed uit te pakken. Echter, meer onderzoek is nodig om betrouwbare uitspraken te kunnen doen voor landelijk niveau. Verpleegkundigen in het werkveld hebben met Positieve Gezondheid handvatten om meer te kijken naar een betekenisvol leven voor de patiënt en naar persoonsgerichte zorg. Binnen een organisatie draagt Positieve Gezondheid vooral bij aan de onderlinge samenwerking. Dit is dan ook een van de belangrijkste drijfveren. Overige motieven zijn met name het richten op eigen kracht en zelfregie. Deze motieven deelt Zorgplein Lemmer; vooral het versterken van de onderlinge samenwerking was het uitgangspunt om te gaan werken volgens Positieve Gezondheid (Groeneveld, 2018). Als positieve ervaringen wordt met name de brede kijk op gezondheid genoemd. Negatieve ervaringen zijn vooral gericht op de toepassing in de praktijk. Het in kaart brengen van belemmeringen en het bedenken van oplossingen zijn de belangrijkste factoren om verder te komen met een nieuwe visie als Positieve Gezondheid. Daarbij is het van belang als team/organisatie te blijven evalueren en reflecteren, maar ook om duidelijke randvoorwaarden te stellen. Over het algemeen wordt in de afgelopen drie jaar over het werken met Positieve Gezondheid gesteld dat er vraag is naar (eenduidigheid in) werkwijzen, structuren, onderwijs en hoe het financieel geregeld moet worden om verder te komen. Men ziet het maken van een cultuuromslag binnen een organisatie en het delen van een visie als een bevordering. Voor verpleegkundigen is het van belang de juiste competenties te beheersen voor het juist kunnen werken volgens de principes van Positieve Gezondheid. Tot slot blijkt dat Positieve Gezondheid toepasbaar is op alle patiënten doelgroepen, indien rekening wordt gehouden met bepaalde ziektebeelden, behalve bij acute zorgvragers.

Voor dit praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat het inzichtelijk maken van ervaringen en behoeften van de verpleegkundigen binnen Zorgplein Lemmer van belang is om verder te komen met het concept. Bij die inventarisatie zal aandacht gegeven moeten worden aan de belangrijkste punten die naar voren komen in de literatuur.

## 1.5 Implicaties literatuuronderzoek voor praktijkonderzoek

In de literatuur is naar voren gekomen welke variabelen spelen rondom het werken met Positieve Gezondheid. Er is geen bestaand meetinstrument gevonden om ervaringen en behoeftes van verpleegkundigen rondom het werken met Positieve Gezondheid inzichtelijk te maken. Regionaal hebben wel interviews plaatsgevonden met zorgverleners over dit onderwerp, maar hierbij zijn meetinstrumenten ontwikkeld die specifiek waren gericht op die organisatie en/of regio en/of doelgroep(en). Om deze redenen wordt ook in dit onderzoek ervoor gekozen een eigen instrument te creëren.

Vanuit de literatuur zijn verbanden gelegd tussen variabelen en sub-variabelen rondom het werken met Positieve Gezondheid. Dit is weergegeven in een operationaliseringsschema (bijlage D). De volgende variabelen werden meegenomen voor het praktijkonderzoek als hoofdtopics in het meetinstrument; werkwijze, verpleegkundigen en doelgroepen. Aan de hoofdtopics hangen een aantal subtopics. Hoewel alleen de openingsvragen over de hoofdtopics vast zullen liggen in het meetinstrument, zullen die vragen wel betrekking hebben op de subtopics.

## Hoofdstuk 2 – Onderzoeksmethode

*In dit hoofdstuk worden de onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, procedure dataverzameling, de dataverzamelingstechniek, wijze van data analyseren en de kwaliteitscriteria beschreven.*

### 2.1 Onderzoeksopzet

De vorm van het onderzoek is kwalitatief met een explorerend karakter. De keuze voor kwalitatief onderzoek werd gemaakt gezien de open vraagstelling. Bij kwalitatief onderzoek gaat het vooral om het verkrijgen van inzichten omdat er relatief weinig voorkennis bestaat (Baarda, 2014). Om antwoord te kunnen geven op de vraagstelling, werden de ervaringen en behoeftes van de verpleegkundigen met het werken volgens Positieve Gezondheid geïnventariseerd. Het ontdekken van deze ervaringen behoort tot een explorerend karakter (Baarda, 2014). Binnen het kwalitatief onderzoek werd gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview in de vorm van een focusgroep en door omstandigheden een één-op-één interview. Focusgroepen hebben als voordeel dat door het ontstaan van groepsinteractie dieper op ideeën en gedachten wordt ingegaan, waardoor de nadruk vaak vanzelf al op de belangrijkste aspecten van de discussie komt te liggen (Baarda, 2014). Doordat het semigestructureerde interviews betroffen, konden op basis van een aantal vaste hoofdtopics de meningen en ervaringen worden uitgediept door middel van doorvragen (Fischer & Julsing, 2007), wat bevorderlijk was voor de groepsinteractie (Baarda, 2014).

### 2.2 Populatie, steekproef, in- en exclusiecriteria

Op basis van de opgestelde in- en exclusiecriteria voor de onderzoekspopulatie (tabel 3) richtte dit onderzoek zich op de disciplines binnen Zorgplein Lemmer waar verpleegkundigen werkzaam zijn. Dit kwam uit op het volgende zestal disciplines die betrokken werden bij het onderzoek: het FACT+ team, de POH-GGZ, de POH-ouderenzorg/somatiek, het Sociaal Wijkteam, de Verpleegkundig specialist en de Wijkverpleging.

In overleg met de praktijkopdrachtgevers werd besloten om van elk van deze zes geselecteerde disciplines minimaal één of, waar mogelijk, eventueel twee verpleegkundigen te laten deelnemen aan het onderzoek. Op die manier is elke discipline gerepresenteerd. De steekproef werd gedaan middels zelfselectie. De zelfsturende disciplines mochten zelf bepalen wie van hun team deelnam(en) aan de focusgroep. Hierbij werd vermeld dat er rekening gehouden moest worden met de in- en exclusiecriteria (tabel 3). De omvang van de steekproef zal uiteindelijk resulteren in (minimaal) zes deelnemers.

**Tabel 3**

*In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie*

Inclusie criteria	Exclusie criteria
Van elke discipline minimaal één verpleegkundige (niveau 4 of 6)	Verpleegkundigen met een flex-contract vanwege gebrek aan voldoende actief werken volgens Positieve Gezondheid
Aanwezig geweest bij alle drie sessies Positieve Gezondheid van het ROS-Friesland binnen Zorgplein Lemmer	



## 2.3 Procedure dataverzameling

Door middel van een e-mail, gericht aan de verpleegkundigen van de zes disciplines, stelde de onderzoeker zichzelf voor en gaf uitleg over het onderzoek. Deze e-mail werd verzonden in week 11 van 2019, met reminders in week 13 en 15. Er werden drie dagen in week 16 van 2019 aangeboden waarop de focusgroep kon gaan plaatsvinden. Deze dagen zijn gekozen op basis van de tijdsplanning die werd vastgesteld voor de dataverzameling. Op deze manier kon elke verpleegkundige aangeven op welke momenten zij beschikbaar was, zodat één moment kon worden geprikt waarop alle deelnemers aanwezig waren. In de uitnodigingsbrief stond aangegeven dat de focusgroep aan tijd ongeveer één tot anderhalf uur in beslag zou gaan nemen. Daarnaast werd toegelicht dat het gesprek zou worden opgenomen, en dat daarvoor een toestemmingsformulier moest worden ondertekend. Dit formulier werd als bijlage toegevoegd in de e-mail. Ook de in- en exclusiecriteria stonden vermeld in de uitnodiging.

Toen de disciplines hun eigen deelnemers hadden geselecteerd en er een moment gekozen was voor de focusgroep, is nogmaals een e-mail verzonden aan de deelnemers met de datum, het tijdstip, de locatie binnen het Zorgplein Lemmer, de aanleiding van het onderzoek en het toestemmingsformulier.

### Juridische en ethische aspecten

In het toestemmingsformulier stonden de rechten en plichten van zowel de onderzoeker als de deelnemers beschreven. Op die manier werd het onderzoek juridisch onderbouwd. Naast het juridische deel werden ook de ethische aspecten behandeld middels het formulier. Zo werd alle verzamelde data anoniem verwerkt, heeft alleen de onderzoeker de geluidsopnamen beluisterd voor verwerking en zullen de opnamen na afronding van het onderzoek worden verwijderd. Het toestemmingsformulier werd in tweevoud ondertekend voorafgaand aan het gesprek.

## 2.4 Dataverzamelingstechniek

Het meetinstrument had een semigestructureerde vorm en werd opgebouwd aan de hand van een inleiding, kern en afsluiting. De inleiding bestond uit het geven van praktische informatie. Hierin werden de punten welkom heten, voorstellen, onafhankelijkheid onderzoeker, gespreksdoel en belang, opbouw van de focusgroep, tijdsduur, gegevensverwerking, member-checking, het toestemmingsformulier en de waardering van deelname behandeld. Vanuit het operationaliseringsschema zijn de hoofdtopics werkwijze, verpleegkundige en doelgroepen meegenomen en kwamen aan bod in de kern van het meetinstrument. De subtopics die daar aanhingen waren bij werkwijze; vorig systeem/WHO en Positieve Gezondheid. Bij verpleegkundigen; individu en team. De ervaringen en behoeftes rondom deze (sub)variabelen werden gemeten aan de hand van twee opgestelde openingsvragen per hoofdtopic die de basis hebben gevormd van de focusgroep. Doordat er werd doorgevraagd in de diepte naar de ervaringen, behoeftes en randvoorwaarden werd elk topic uitgediept. In de afsluiting werd nogmaals de wijze van gegevensverwerking, member-checking en waardering deelname benoemd (Baarda, 2014).

### Betrouwbaarheid meetinstrument

Voorafgaand aan het praktijkonderzoek werd het meetinstrument middels proefinterviews met studiegenoten getest. Uit de verkregen feedback bleek dat de opbouw van het meetinstrument duidelijk verliep en de hoofd- en subtopics in logische volgorde aan bod kwamen. Daarnaast werd het instrument positief beoordeeld door de opdrachtgever. Door deze bevindingen werd de

werkbaarheid van het meetinstrument vergroot en werden toevallige fouten beperkt. De onderzoeker heeft afstand van het te onderzoeken onderwerp gehouden en is niet verbonden geweest aan Zorgplein Lemmer, waardoor de onderzoeker gedurende het onderzoek neutraal is gebleven. De neutraliteit is daardoor hoog.

#### Validiteit meetinstrument

Het meetinstrument werd afgeleid van de topiclijst die voortkwam uit het literatuuronderzoek. De topiclijst stond in verband met de vraagstelling van dit onderzoek. Door middel van het semigestructureerde interview in de vorm van een focusgroep en het daarbij in de diepte doorvragen zijn de ervaringen en behoeftes van de verpleegkundigen inzichtelijk gemaakt. Hierdoor werd gemeten wat de onderzoeker te weten wilde komen (constructvaliditeit). Dit heeft de validiteit van het meetinstrument gewaarborgd.

## **2.5 Analyse**

De gesprekken werden opgenomen met een audiorecorder en opgeslagen op de persoonlijke externe harde schijf van de onderzoeker. De ruwe data werd kwalitatief geanalyseerd met behulp van de framework analyse van Srivastava en Thomson (2009). Als eerst werd de geluidsopname volledig getranscribeerd in Microsoft Word. Na het uittypen werden de gegevens verkend en geanalyseerd in het analyseprogramma ATLAS.ti. Hierin werd de relevante informatie uit de focusgroep gecodeerd, om vervolgens gestructureerd te worden onder de variabelen die uit de literatuur naar voren kwamen: werkwijze, verpleegkundigen en doelgroepen. Bij de codering stond de vraagstelling van het onderzoek centraal. De laatste stap bestond uit het schematisch weergeven van de verschillende geanalyseerde variabelen. Na de analyse werden de resultaten gecontroleerd middels member-checking. De onderzoeksresultaten zijn beschrijvend geschreven met ondersteuning van citaten. Op die manier zijn de resultaten zoveel mogelijk interpretatief beschreven (Baarda, 2014). Uiteindelijk kon aan de hand van de analyse een antwoord worden geformuleerd op de vraagstelling van het praktijkonderzoek.

## **2.6 Kwaliteitscriteria**

### **2.6.1 Betrouwbaarheid**

Door tijdens de focusgroep het gesprek op te nemen werd de betrouwbaarheid verhoogd, omdat op die manier de primaire informatie vast stond. Daarbij was er tijdens de focusgroep een onafhankelijk persoon aanwezig welke observaties noteerde en op drukke momenten op papier vast kon leggen wie wat zei, zodat de uitwerking correct opgestuurd kon worden ter controle bij de deelnemers (member-checking). Verder werd stabiliteit gecreëerd doordat het meetinstrument een semigestructureerde methode had, waarbij de belangrijkste onderwerpen die besproken moesten worden vast stonden en ook behandeld werden. Met deze resultaten kon uiteindelijk de hoofdvraag worden beantwoord. Daarnaast werd ervoor gezorgd dat er voldoende licht en ruimte was op de locatie van de focusgroep, en zo weinig mogelijk afleiding zodat de informatieoverdracht optimaal kon zijn.

### **2.6.2 Validiteit**

De werkelijkheidswaarde van dit onderzoek werd verhoogd doordat zoveel mogelijk verschillende databronnen zijn gebruikt in het literatuuronderzoek (triangulatie), peer-debriefing heeft plaatsgevonden waardoor werd voorkomen dat de onderzoeker zich zou gaan laten leiden door eigen verwachtingen, en door het toepassen van member-checking waarbij het uitgewerkte

onderzoeksmateriaal op authenticiteit werd gecontroleerd bij de deelnemers (Dobber, Harmsen, & Van Iersel, 2016). Doordat de resultaten gebaseerd werden op de waarnemingen van de verpleegkundigen, zijn de redematies correct. Op die manier werd afhankelijkheid gecreëerd; de resultaten zijn afhankelijk van de gegevens (Dobber et al., 2016).

## Hoofdstuk 3 – Resultaten

Tijdens de onderzoeksperiode van 15 tot en met 19 april is aan de verpleegkundigen binnen Zorgplein Lemmer gevraagd naar de ervaringen en behoeftes bij het werken volgens Positieve Gezondheid. De belangrijkste resultaten worden in dit hoofdstuk beschreven.

### 3.1 Deelnemers

Uiteindelijk hebben vijf verpleegkundigen deelgenomen aan het praktijkonderzoek, waardoor de respons 83,3% was. Aan de focusgroep hebben in totaal vier verpleegkundigen uit verschillende disciplines deelgenomen. Door onvoorziene omstandigheden konden twee verpleegkundigen uit de overige disciplines niet aanwezig zijn bij de focusgroep. Met de ene verpleegkundige heeft in plaats daarvan een één-op-één interview plaatsgevonden, om toch de input vanuit die discipline te verkrijgen. De andere is wegens een crisissituatie uitgevallen. Vanuit die discipline waren geen andere verpleegkundigen die voldeden aan de vooraf opgestelde inclusiecriteria. Deelnemers één tot en met vier waren aanwezig bij de focusgroep, bij deelnemer vijf is het één-op-één interview afgenomen. In Tabel 4 zijn de kenmerken van de onderzoekspopulatie weergegeven. Om anonimiteit te garanderen zijn alle vijf verpleegkundigen gezamenlijk weergegeven in plaats van per deelnemer.

**Tabel 4**

*Kenmerken onderzoekspopulatie*

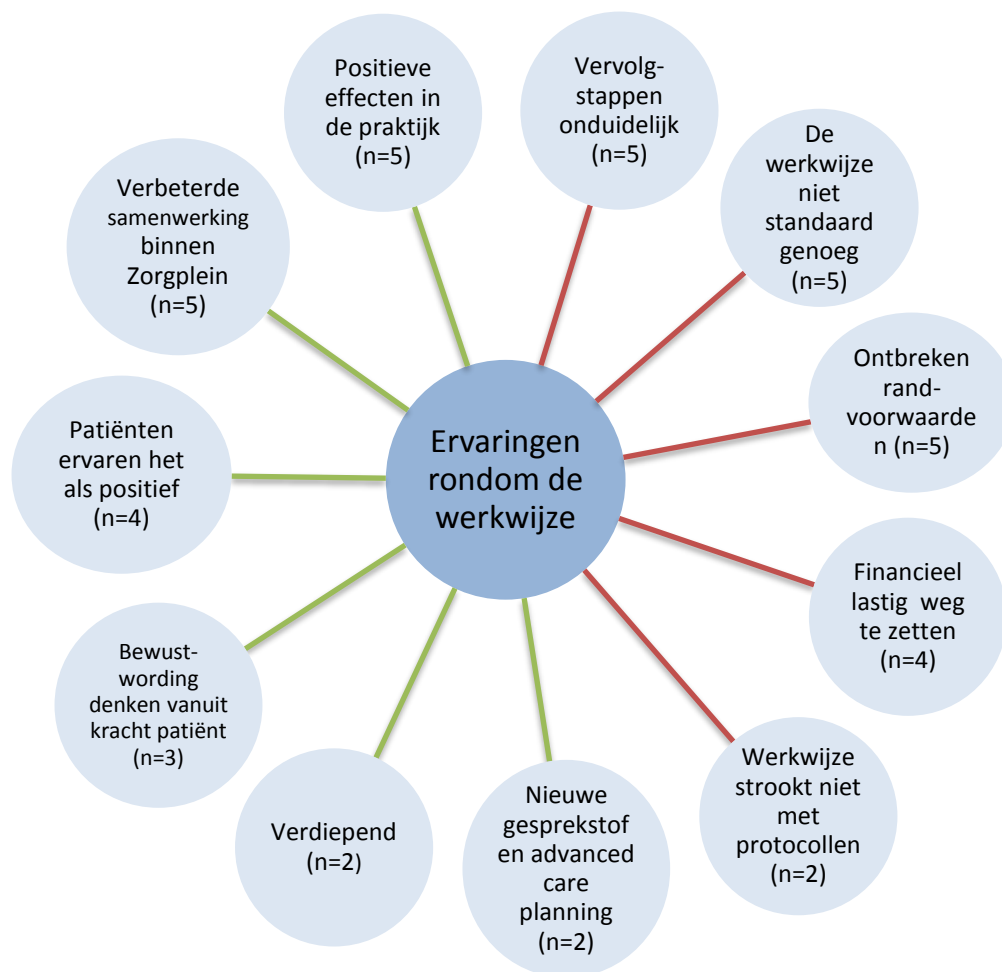
<b>Kenmerken</b>	<b>Aantal</b>
<b>Geslacht</b>	
Man	0
Vrouw	5
<b>Functie</b>	
POH-GGZ	1
POH-Somatiek/ouderenzorg	1
Verpleegkundig Specialist	1
Verpleegkundige FACT+	1
Verpleegkundige Sociaal Wijkteam	0
Wijkverpleegkundige Thuiszorg	1
<b>Leeftijd in jaren (spreiding)</b>	32 – 52
<b>Dienstjaren (spreiding)</b>	1,5 – 5,5

### 3.2 Meetresultaten

Vanuit de drie vaste hoofdtopics werkwijze, verpleegkundigen en doelgroepen is per topic aan de verpleegkundigen gevraagd naar de ervaringen en behoeftes. De resultaten worden beschreven onder de topics werkwijze en doelgroepen. Het hoofdtopic verpleegkundigen is samengevoegd onder hoofdtopic werkwijze, omdat de resultaten van deze twee topics zodanig met elkaar samenhangen en overlappen dat dit niet los kon worden beschreven. De resultaten worden ondersteund met citaten uit zowel de focusgroep als het één-op-één interview.

### 3.2.1 Werkwijze/Verpleegkundigen

Ter ondersteuning aan de tekstuele beschrijving van de resultaten rondom het hoofdtopic werkwijze, zijn in Figuur 1 de ervaringen schematisch weergegeven. Figuur 2 op pagina 23 geeft een weergave van de behoeftes. 'n=' geeft hierbij aan door hoe veel deelnemers dit als antwoord werd genoemd.



Figuur 1. Mind-map resultaten hoofdtopic werkwijze. Groene lijnen: positieve ervaringen – rode lijnen: negatieve ervaringen.

#### Ervaringen

Zowel de focusgroep als het één-op-één interview had als openingsvraag wat de werkwijze was voor de implementatie van Positieve Gezondheid. Alle vijf deelnemers gaven aan altijd zoveel mogelijk holistisch naar de patiënt kijken, met behulp van de gezondheidsdomeinen welke geïntegreerd zijn in de systemen: *“Wij werken met een Omaha-systeem, ... aan de hand daarvan gaan we bij patiënt(en) langs om alles door te nemen en te bekijken waar de problemen liggen. Maar als ... verpleegkundige kijken wij ook buiten die gebieden, zoals het sociale domein”* (deelnemer 1).

Wat er veranderd is bij het werken met Positieve Gezondheid, ten opzicht van daarvoor, gaf een deelnemer aan dat het versterken van de samenwerking tussen de disciplines binnen het Zorgplein het uitgangspunt was om het gedachtegoed te implementeren. De deelnemers ervaren op dit gebied allemaal een verbetering van de samenwerking: *“Ja, je merkt nu al dat de lijntjes korter worden met jullie [andere deelnemers], en dat je elkaar makkelijker op kunt zoeken”* (deelnemer 1). Twee

deelnemers gaven daarbij aan niet zeker te weten of dat nou puur door het werken met Positieve Gezondheid komt of doordat zij samen in één pand zitten.

Bij het vragen naar veranderingen in werkwijze bij Positieve Gezondheid zeggen vier deelnemers het spinnenweb soms in te zetten. Eén deelnemer gebruikt het niet, omdat er vanuit die discipline gewerkt wordt met andere meetinstrumenten, welke wel overeenkomen met het spinnenweb. De vier deelnemers die soms gebruik maken van het spinnenweb zijn positief over de effecten. Als grootste effect werd genoemd bewustwording in het handelen bij de zorg voor de patiënt. Het werken vanuit de kracht van de patiënt en het kijken of de focus nog wel op het juiste punt ligt: *"... maar ik merk wel dat we nu met Positieve Gezondheid steeds meer kijken naar wat de patiënt wil ... voorheen hadden we meer dat invullen, en nu steeds meer van wat wil de patiënt? En wat kunnen wij daar eventueel aan bijdragen?"* (deelnemer 5). Door het inzetten van het spinnenweb bij patiënten geven drie deelnemers aan dat de zorgbehoeftes vanuit de patiënt soms heel anders zijn dan dat door de verpleegkundige was ingeschat: *"De behoeftes komen af en toe.. Nou, die zijn soms anders dan je denkt!"* (deelnemer 1) en *"Wat er 'mankeert' aan een cliënt hoeft niet per se iemands probleem te zijn"* (deelnemer 2). De andere twee deelnemers waren vanuit hun disciplines altijd al meer gericht op het kunnen van de patiënten in plaats van op gebreken. Zij noemen Positieve Gezondheid een verdieping daarvan en iets wat mooi kadert, maar wat meer verduidelijkt moet worden.

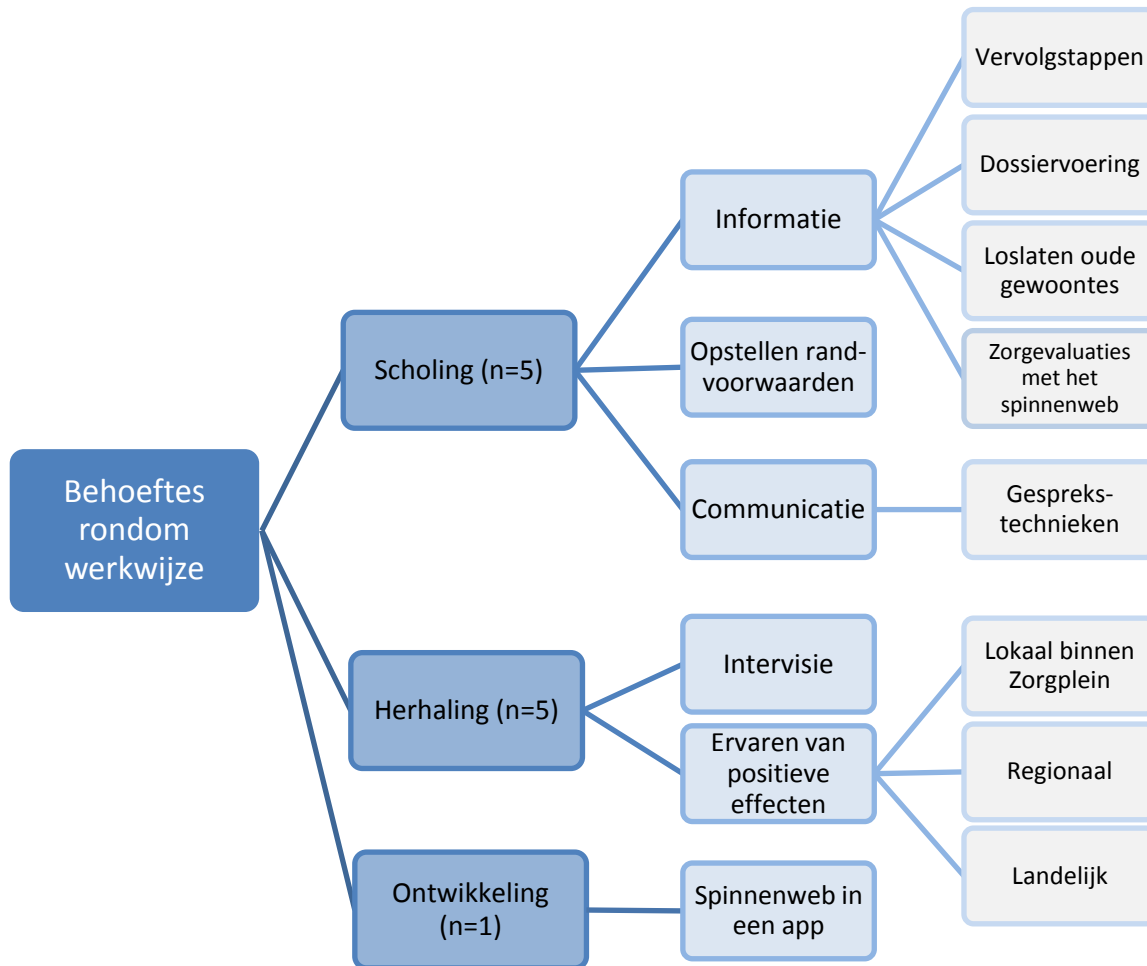
Zowel in de focusgroep als bij het één-op-één interview werden voorbeelden gegeven van praktijksituaties waar de inzet van Positieve Gezondheid heeft geleid tot het versterken van de zelfregie van de patiënt(en). Uit de resultaten van het spinnenweb komen volgens twee deelnemers soms goede en verrassende gespreksstof en advanced care planning naar boven, waardoor op die manier het levenseinde ook bespreekbaar kan worden gemaakt. Volgens vier deelnemers is het op de werkvloer zowel verbaal als non-verbaal merkbaar dat wanneer zij extra tijd besteden aan het laten invullen van de vragenlijst door of samen met een patiënt, dat wordt ontvangen als warme aandacht. Verder wordt het door één deelnemer ook wel eens ingezet om een patiënt te laten inzien dat een bepaalde situatie niet langer kan, terwijl de patiënt daar nog niet aan toe is: *"... dan kan het enorm helpen om te vragen: 'Wat wil u?'. Laat het ze dan maar ... proberen op de gewenste manier. Mocht het niet lukken, kunnen we altijd nog dingen regelen"* (deelnemer 5).

De deelnemers merken allemaal als negatieve ervaring dat de werkwijze nog niet de standaard is in het handelen in zowel de zorg voor de patiënt als in teamverband. Over het handelen als verpleegkundige als individu zeiden twee deelnemers: *"Nou, ik merk wel dat ik mezelf af en toe wakker moet houden van oh, ja, ik kan wel even dat Spinnenweb erbij pakken; op die manier"* (deelnemer 2), en in teamverband: *"Zover zijn we nog niet ... Nu gebeurt dat [overleg op basis van Positieve Gezondheid] gewoon tussen neus en lippen door"* (deelnemer 3). Als reden hiervoor noemen alle deelnemers dat de vervolgstappen in de werkwijze onduidelijk zijn en randvoorwaarden ontbreken waardoor het zoeken blijft: *"Ik merkt dan wel dat als je een gesprek met de patiënt hebt gehad, en je hebt toch wel duidelijk gekregen van waar voor hen de behoeftes liggen.. Maar dan stopt het een beetje"* (deelnemer 2).

Tijdens de focusgroep gaf één deelnemer aan soms niet te weten waar de tijd die besteed wordt aan het inzetten van Positieve Gezondheid ingevuld moet worden op het gebied van financiering. Als voorbeeld werd gegeven dat alle gewerkte tijd verantwoord moet worden naar overkoepelende

organisaties, en dat de druk van onderproductie het dan wel lastig maakte. De overige drie deelnemers sloten zich daarbij aan. Dat het werken volgens Positieve Gezondheid niet altijd strookt met de protocollen werd door twee deelnemers als lastig ervaren: *“Wij moeten natuurlijk wel werken volgens protocol. Dat staat dan haaks op wat de patiënt zelf wil”* (deelnemer 5).

**Behoeftes**



Figuur 2. Mind-map behoeftes hoofdtopic werkwijze.

De meest genoemde behoefte bij de hoofdtopic werkwijze en verpleegkundigen was scholing. Alle deelnemers gaven allen aan dat zij daarbij behoefte hebben aan informatie over duidelijke vervolgstappen om Positieve Gezondheid zich eigen te maken en zodat de het inzetten daarvan kan doorlopen: *“... met scholing erbij, dat we daar wat kennis, kunde en tools ontvangen over hoe we ermee verder komen”* (deelnemer 2). Twee deelnemers noemen dossiervoering een scholingspunt. Hoewel de systemen volgens deze deelnemers geschikt zijn om Positieve Gezondheid in te kunnen passen, missen zij informatie over hoe ze het erin kunnen zetten. Eén deelnemer gaf als behoefte het leren loslaten van oude gewoontes en één het willen leren evalueren van zorg aan de hand van het spinnenweb. De overige deelnemers uit de focusgroep sloten zich daarbij aan. Bij het doorvragen op wat volgens de deelnemers belangrijke randvoorwaarden zijn bij het werken volgens Positieve Gezondheid werden facilitaire voorzieningen (financiële stukje) genoemd door één deelnemer. Op de vraag welke andere facilitaire voorzieningen of randvoorwaarden de deelnemers van belang achtten, waren alle deelnemers het eens dat daar nog geen antwoord op kon worden gegeven, omdat ze

daarvoor nog niet ver genoeg zijn in de werkwijze. Het opstellen van randvoorwaarden en het invullen van facilitaire voorzieningen willen de deelnemers door middel van scholing bereiken. Over communicatie werd door één deelnemer genoemd dat middels scholing in gesprekstechnieken de kunde van het toepassen van Positieve Gezondheid kan worden verbeterd: *“Als je er nog teveel mee stuntelt, dan komt het ook niet professioneel over. Scholing is ook daarom heel belangrijk, en dan daarin kijken van hoe verder”* (deelnemer 5).

Herhaling noemen de deelnemers ook als grote behoefte. Er werd gezegd dat wanneer Positieve Gezondheid onder de aandacht wordt gehouden door bijvoorbeeld meer intervisie bijeenkomsten met verschillende disciplines te organiseren, het onder de aandacht wordt gehouden. Eén deelnemer gaf aan dat als zij tijdens zulke bijeenkomsten de effecten van Positieve Gezondheid ervaren door middel van casuïstiek, dat dat stimuleert. De overige deelnemers uit de focusgroep waren het daar mee eens: *“Inderdaad. Je moet voor jezelf ook echt voelen dat het [Positieve Gezondheid] effect heeft”* (deelnemer 1). Daarop noemde een andere deelnemer dat Positieve Gezondheid nieuw gedrag is, en nieuw gedrag wordt pas eigen als het aangeleerd is door herhaling en scholing. Bij de vraag of er behoefte is aan het ervaren van landelijke effecten werd dat beaamd, maar er werd door drie deelnemers genoemd dat effecten op regionaal en voornamelijk op lokaal gebied ook van belang zijn: *“Ja, onderzoek landelijk, maar ook heel lokaal in je eigen patiëntengroep bijvoorbeeld. Landelijk onderzoek is natuurlijk heel mooi, maar als je het zelf niet voelt..”* (deelnemer 3).

Verder zou één deelnemer in het kader van ontwikkeling graag zien dat het spinnenweb in een app komt, zodat ze het patiënten gemakkelijker kan laten invullen.

### 3.2.2 Doelgroepen (toepasbaarheid)

*De resultatenbeschrijving van de topic doelgroepen wordt niet ondersteund door een schematische weergave, omdat er maar één grote ervaring en daarbij behoefte werd aangegeven.*

#### Ervaringen

Op de vraag of Positieve Gezondheid toepasbaar is op alle doelgroepen waren alle deelnemers het daarmee eens. Lukt het een patiënt niet zelfstandig het spinnenweb in te vullen, dan kan dat samen worden gedaan met bijvoorbeeld een zorgverlener. Drie deelnemers gaven daarbij als mogelijke valkuil dat je als verpleegkundige vaak geneigd bent zorg voor een patiënt te gaan invullen, en daarvoor moet waken bij het samen invullen met een patiënt. Eén deelnemer uit de focusgroep noemde later dat het spinnenweb bij allochtone patiënten, vanwege een mogelijke taalbarrière, wellicht niet goed genoeg begrepen wordt en daardoor niet handig kan zijn. Daar sloten de overige deelnemers uit de focusgroep hen bij aan. Eén verpleegkundige gaf als risicogroep dementerenden, laaggeletterden en analfabeten: *“Je kan het mensen dan wel in laten vullen, maar je moet wel zeker weten dat diegene het ook echt begrijpt”* (deelnemer 1).

#### Behoeftes

Wanneer er expliciet werd gevraagd naar mogelijke behoeftes rondom de toepasbaarheid van Positieve Gezondheid op de doelgroepen, werd naar aanleiding van de opmerking over patiënten met een taalbarrière geopperd dat het spinnenweb vertaald zou moeten worden. Eén deelnemer gaf aan dat in het werkgebied die Zorgplein Lemmer omvat veel allochtonen wonen, en dat daarom het spinnenweb in ieder geval in het Engels, Turks, Arabisch en Pools vertaald moet worden. Een andere



deelnemer reageerde daarop als volgt: *“Ja, dan zijn we bij die groep veel sneller achter het probleem!”* (deelnemer 2).

Over de doelgroep dementerenden, laaggeletterden en analfabeten geven meerdere deelnemers aan dat het invullen van het spinnenweb gezamenlijk kan worden gedaan, mits de hulpverlener daarin uitgaat van de behoeftes van de patiënt. Over de doelgroep laaggeletterden geeft één deelnemer aan: *“... dan kan je het [meetinstrument] wel voorlezen. Dat doen wij ook wel. Vragenlijsten die je kunt doornemen met mensen”* (deelnemer 4).

## Hoofdstuk 4 – Discussie & Conclusie

*In dit hoofdstuk wordt eerst in de discussie een vergelijking gemaakt tussen resultaten uit de literatuur en praktijk. Daarna volgt de reflectie op het methodologisch- en inhoudelijk handelen. In de conclusie wordt uiteindelijk een antwoord gevormd op de vraagstelling. Voor dit onderzoek is alleen een vraagstelling opgesteld omdat deze de inhoud van zowel de literatuur als de praktijk omvatte. Tot slot wordt de betekenis voor de praktijk beschreven.*

### 4.1 Discussie

#### 4.1.1 Vergelijking resultaten met literatuur

Om de vergelijking van de resultaten met de literatuur overzichtelijk te houden is gekozen om de vergelijking te beschrijven aan de hand van de hoofdtopics ‘werkwijze’, waaronder het topic verpleegkundigen is samengevoegd, en ‘doelgroepen’. Voor enkele resultaten uit het praktijkonderzoek zijn geen bevestigende noch ontkrachtende literatuur te vinden. Het is mogelijk dat dit komt doordat Positieve Gezondheid een relatief nieuw onderwerp is waarover weinig artikelen gepubliceerd zijn. Landelijk hebben wel (kleinschalige) onderzoeken plaatsgevonden die resultaten uit het praktijkonderzoek bevestigen. Hoewel de beschikbare literatuur beperkt is heeft de onderzoeker zich zo breed mogelijk georiënteerd over dit onderwerp.

#### Werkwijze

Dat de onderlinge samenwerking binnen het Zorgplein verbeterd is kwam duidelijk naar voren in de resultaten. Hierbij bestond enige twijfel of dat puur door het werken volgens Positieve Gezondheid komt, of gewoon doordat de disciplines ‘samenwonen’ in één pand. Dit blijft lastig te bevestigen noch ontkrachten. In het minste geval hebben deze twee ontwikkelingen elkaar versterkt. Echter, de aanleiding om Positieve Gezondheid te gaan implementeren, kwam voort vanuit de wens om de onderlinge samenwerking te verbeteren. In de literatuur komt dit ook als belangrijkste motief naar voren, met positieve effecten. Het kan zijn dat met de implementatie van een andere visie tot ditzelfde resultaat was gekomen, maar in het beste geval geldt voor dit onderzoek dat Positieve Gezondheid hiertoe heeft geleid. Andere overeenkomsten bestaan uit effecten als bewustwording in, en verdieping van, het eigen handelen om uit te gaan van de kracht van de patiënt. Het onderzoek van Van Meerten (2018) bevestigt die effecten.

Naast de genoemde positieve ervaringen bestaan er ook grote overeenkomsten tussen de negatieve ervaringen. Het gebrek aan onderwijs, bij- en nascholing, onduidelijke vervolgstappen en het ontbreken van randvoorwaarden komen in zowel het praktijkonderzoek als in de literatuur als belangrijkste punten naar voren (Bosman & Shafiei, 2017), gevolgd door onduidelijkheden rondom het financiële aspect (T. Swierstra, persoonlijke communicatie, 26 maart 2019; Jung et al., 2018).

Overeenkomsten rondom de grootste behoeftes zijn dan ook scholing in informatie (duidelijke vervolgstappen, loslaten van oude gewoonten, zorgevaluaties), het opstellen van duidelijke randvoorwaarden, herhaling in de vorm van intervisie en het daarbij ervaren van positieve effecten. De literatuur noemden dezelfde punten als bevorderende factoren, en dan met name scholing (Van Steekelenburg, 2016; Bosman & Shafiei, 2017; De Wit & Driessen, 2018; Oudenaarden et al., 2018). Het in kaart brengen van belemmeringen en het bedenken van oplossingen zijn volgens de literatuur ook belangrijke factoren om verder te komen met een nieuwe visie zoals Positieve Gezondheid (Rietzschel, Nijstad, & Stroebe, 2009).

### Verschillen

Tussen de uitkomsten van het praktijkonderzoek bestaan een aantal verschillen met die uit de literatuur. Dat patiënten Positieve Gezondheid als prettig ervaren, en dat het inzetten ervan door verpleegkundigen nieuwe gespreksstof en advanced care planning oplevert, komen naar voren als positieve ervaringen in het praktijkonderzoek. Negatieve ervaringen uit het praktijkonderzoek bestonden uit dat de werkwijze Positieve Gezondheid nog niet als standaard in het handelen wordt beschouwd, en dat de werkwijze niet altijd strookt met protocollen. Als behoeftes werden scholing in gesprekstechnieken en innovatie van Positieve Gezondheid genoemd.

Voor bovenstaande uitkomsten van dit onderzoek rondom ervaringen en behoeftes is geen bevestigende noch ontkrachtende literatuur te vinden. Een reden daarvoor zou kunnen zijn dat specifieke vragen hierover nog niet eerder zijn gesteld. Het zou ook kunnen dat deze punten in ander onderzoek, met een vergelijkbare onderzoekspopulatie, niet zo werden ervaren omdat deze 'belemmeringen' wellicht al eerder waren opgelost door scholing. Doordat het gesprek tijdens de focusgroep en het één-op-één interview semigestructureerd was, zijn op die manier voor deze verpleegkundigen de belangrijkste thema's behandeld.

### **Doelgroepen**

#### Verschillen

Vanuit de praktijkresultaten bleek dat Positieve Gezondheid volgens de verpleegkundigen in principe op iedereen zonder taalbarrière toepasbaar is, maar werden als aandachtspunt de doelgroepen laaggeletterden, analfabeten en dementerenden genoemd. Bij deze doelgroepen werd aangegeven dat er rekening gehouden moet worden met het kunnen van de patiënt, en in hoeverre het begrepen wordt. Positieve Gezondheid kan alsnog toepasbaar worden gemaakt door het gezamenlijk invullen met de patiënt en/of het voorlezen van de vragenlijst. Hoewel de literatuur bevestigt dat Positieve Gezondheid inderdaad toepasbaar is op alle doelgroepen (behalve acute zorgvragers), werd niets gezegd over taalbarrières (IPH, 2019; Bos & Fritsma, 2018; De Wit & Driessen, 2018; Bosman & Shafiei, 2017). Wanneer nogmaals in de literatuur wordt gekeken blijkt dat een gespreksmodel speciaal voor laaggeletterden nog in ontwikkeling is (IPH, 2019).

De resultaten van het praktijkonderzoek zeggen op hun beurt niets over acute zorgvragers. Naar deze laatste doelgroep werd tijdens de focusgroep en het één-op-één interview niet specifiek gevraagd wegens het niet willen sturen van antwoorden in een bepaalde richting, en omdat deze groep in bestaand onderzoek naar voren kwam binnen huisartsenpraktijken. De disciplines binnen dit onderzoek behandelen hoogstwaarschijnlijk weinig tot geen acute zorgvragers; dit is aan een (huis)arts. De mogelijkheid bestaat dat wanneer een huisarts binnen het Zorgplein zou worden gevraagd naar de toepasbaarheid van Positieve Gezondheid, de acute zorgvragers wel naar voren komen als doelgroep waarvoor het minder of niet toepasbaar is.

Over de behoefte aan een vertaling van het spinnenweb voor patiënten met een taalbarrière werd ook niets genoemd in eerder onderzoek. Het blijkt dat er in het werkgebied relatief veel allochtonen wonen. Een verklaring dat hierover niets in de literatuur te vinden is kan mogelijk zijn dat in de bestaande (kleinschalige) onderzoeken het aantal allochtone patiënten veel minder groot was, waardoor dit niet naar voren is gekomen. Indien er vanuit de verpleegkundige als professional wordt ingeschat dat het spinnenweb voldoende aansluit bij een patiënt, kan een vertaling ervan voor deze patiëntengroep een oplossing zijn. De verpleegkundigen gaven hierover zelf al aan dat ze verwachtten dat een mogelijk onderliggend probleem met een vertaling veel sneller boven water kan komen en

dat het dan efficiënter aangepakt kan worden. Bij het nagaan van de toepasbaarheid van Positieve Gezondheid bij andere culturen dan Nederlands, blijkt dat Machteld Huber, de grondlegger van Positieve Gezondheid, onlangs vanwege interesse voor het gedachtegoed in Japan is geweest (Jolanda de Jong, persoonlijke communicatie, 28 mei 2019). Dit draagt bij aan het vertrouwen dat een vertaling, ondanks cultuurverschillen, een oplossing kan bieden bij taalbarrières.

#### 4.1.2 Methodologische discussie

Alle verpleegkundigen die deelnamen aan dit onderzoek gingen akkoord met het opnemen van de gesprekken. Eén verpleegkundige uit de focusgroep wilde om persoonlijke redenen niet meedoen aan de member-check. De overige verpleegkundigen hebben allen gereageerd op de member-check, zonder dat verdere aanpassingen in de analyse nodig waren waardoor authenticiteit gewaarborgd is.

Binnen dit onderzoek is de steekproef gedaan middels zelfselectie van de deelnemers. Zelfselectie kan tot gevolg hebben dat er selectiebias ontstaat (Marktonderzoeksbureau EM Onderzoek, z.d.). De keuze voor zelfselectie werd gemaakt omdat de disciplines met meerdere werknemers zelfsturend zijn. Mogelijke selectiebias door zelfselectie heeft voor dit onderzoek waarschijnlijk verwaarloosbare gevolgen gehad voor de validiteit. De steekproef kan als goede afspiegeling van de populatie worden beschouwd, omdat drie van de zes geïnccludeerde disciplines die hebben deelgenomen bestonden uit één verpleegkundige (POH-GGZ, POH-ouderenzorg/somatiek en de Verpleegkundig Specialist). Hierbij is dus geen sprake van mogelijke andere collega's die niet meededen omdat zij daartoe bijvoorbeeld de kans niet kregen. De overige twee deelnemende disciplines bestonden wel uit meerdere verpleegkundigen, maar middels de vooraf opgestelde in- en exclusiecriteria en door de zelfsturende structuur is gezorgd dat ook de deelnemers uit die disciplines vergelijkbaar waren en daardoor representatief zijn voor de populatie. Om die reden is de kans klein dat er deelnemers zijn gemist die niets wilden zeggen.

Bij een volgend onderzoek zou uitval van deelnemers voorkomen kunnen worden door de tijdplanning voor gegevensverzameling op minimaal twee weken te zetten, in plaats van de in dit onderzoek genomen week. Doordat één discipline in zijn geheel geen deel meer kon uitmaken van het praktijkonderzoek binnen de gestelde termijn voor gegevensverzameling, is niet voldaan aan de criteria om van elk van de disciplines (minimaal) één verpleegkundige aanwezig te hebben. Wellicht had deze discipline alsnog kunnen deelnemen wanneer de tijdplanning ruimer was geweest. Dit heeft mogelijk gevolgen voor de betrouwbaarheid van het onderzoek, gezien het aantal van vijf deelnemers vrij laag is. Echter, de zes disciplines hebben eerder tijdens de implementatie sessies ook gezamenlijk gespard over het werken met Positieve Gezondheid, dus er zou vanuit gegaan kunnen worden dat het ontbreken van één discipline geen grote gevolgen heeft gehad voor de uiteindelijke resultaten en bruikbaarheid voor de praktijk.

De spreiding van het aantal dienstjaren van de deelnemers binnen dit onderzoek zit tussen de 1,5 en 5,5 jaar. Dit zou mogelijk gevolgen kunnen hebben voor de resultaten. Echter, het betreft hier het aantal dienstjaren dat de deelnemers werkzaam zijn binnen het Zorgplein Lemmer. Bij een volgend onderzoek zou er ook gevraagd moeten worden naar het totaal aantal werkzame dienstjaren in het betreffende beroep. Bij het raadplegen van de gespreksopnames blijkt dat één deelnemer uit zichzelf heeft aangegeven al sinds 2001 werkzaam te zijn binnen de discipline. Gezien de spreiding in leeftijd zit tussen de 32 en 52 jaar, zou ervan uitgegaan kunnen worden dat het totaal aantal

dienstjaren, dus ook vóór het indiensttreding binnen het Zorgplein, hoger ligt. Doordat hier niet naar is gevraagd, kan niet met zekerheid worden gezegd welke gevolgen dit gehad zou kunnen hebben voor de resultaten. Mogelijk hebben werknemers met meer dan tien dienstjaren meer moeite met het implementeren van een nieuwe visie, vanwege gewenning aan 'oude' patronen. Omdat Positieve Gezondheid in 2011 vorm kreeg, hebben afgestudeerde verpleegkundigen sinds 2011/2012 wellicht in de opleiding MBO-/HBO-Verpleegkunde al iets meegekregen over Positieve Gezondheid, waardoor een omschakeling in werkwijze makkelijker zou kunnen zijn.

De resultaten van dit onderzoek komen wegens omstandigheden voort uit zowel een focusgroep als een één-op-één interview. Hoewel de ervaringen en behoeftes uit beide gesprekken overeenkomend waren, zou bij een volgend onderzoek beter vastgehouden kunnen worden aan of een focusgroep, of één-op-één interviews. Op die manier kunnen de resultaten beter worden geanalyseerd. Nu heeft de combinatie van beide ervoor gezorgd dat wellicht bepaalde ervaringen of behoeftes uit het interview door de onderzoeker meer zijn uitgediept dan die uit de focusgroep. Die vergelijking is lastig te maken, gezien het feit dat focusgroepen als voordeel hebben dat door het ontstaan van groepsinteractie dieper op ideeën en gedachten wordt ingegaan (Baarda, 2014), in plaats van dat de onderzoeker dat moest doen.

## 4.2 Conclusie

De vraagstelling van het onderzoek is: *‘Wat zijn de ervaringen en behoeftes van de verpleegkundigen binnen Zorgplein Lemmer met het werken volgens de principes van Positieve Gezondheid?’* .

Anderhalf jaar na de start van de implementatie van Positieve Gezondheid ervaren de verpleegkundigen binnen Zorgplein Lemmer dat de onderlinge samenwerking binnen het pand is versterkt. Positieve ervaringen zijn met name de bewustwording in eigen handelen en dat binnen het concept de kracht van de patiënt centraal staat waardoor de zelfregie van de patiënt wordt versterkt. Positieve Gezondheid is volgens de verpleegkundigen toepasbaar op alle doelgroepen zonder taalbarrière. Daarbij moet met het invullen van de vragenlijst voor, of met, de patiënt vanuit patiëntperspectief worden gehandeld. Het naar voren komen van andere zorgbehoeften dan door de verpleegkundigen in eerste instantie werden verwacht, het opleveren van nieuwe gespreksstof en dat de patiënten zich gehoord voelen bij het inzetten van Positieve Gezondheid, zijn volgens de verpleegkundigen positieve effecten in de praktijk. De behoefte naar scholing in informatie over vervolgstappen, dossiervoering, loslaten en evaluatie, scholing in randvoorwaarden (o.a. facilitair), herhaling en ontwikkeling is het grootst in zowel het praktijkonderzoek als in de literatuur. Hoewel niets in de literatuur naar voren komt over dat de werkwijze niet altijd strookt met protocollen en hoe daarmee om te gaan en de vraag naar vertalingen van het spinnenweb, zijn dit toch duidelijk aangegeven behoeftes van de verpleegkundigen binnen Zorgplein Lemmer. Om verder te komen met Positieve Gezondheid wordt in de literatuur gesteld om alle belemmeringen in kaart te brengen en daarvoor oplossingen te bedenken.

### 4.2.1 Slotconclusie

Als antwoord op de vraagstelling van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de verpleegkundigen over het algemeen positief zijn over de ervaringen en effecten die het werken volgens Positieve Gezondheid tot nu toe heeft gebracht. De belangrijkste behoeftes om de (samen)werking met Positieve Gezondheid te verbeteren en versterken zijn opleiding in vervolgstappen en structuren, het opstellen van duidelijke randvoorwaarden, vertalingen van het spinnenweb en het ervaren van de positieve effecten op (met name) lokaal gebied.

### 4.2.2 Betekenis voor de praktijk

De uitkomsten van dit onderzoek zijn voor Zorgplein Lemmer bruikbaar om te werken naar het bestaande doel om de (samen)werking met Positieve Gezondheid te verbeteren en versterken. De verpleegkundigen die deelnamen aan dit onderzoek hebben relevante en specifieke behoeftes aangegeven waar haalbare oplossingen voor bedacht kunnen worden binnen het Zorgplein, maar die ook regionaal en mogelijk landelijk kunnen bijdragen aan het verbeteren en versterken van Positieve Gezondheid binnen andere zorginstellingen.

## Hoofdstuk 5 – Aanbevelingen

*In dit hoofdstuk worden aanbevelingen beschreven voor concrete acties welke direct uitvoerbaar zijn en voor vervolgonderzoek. De aanbevelingen vloeien voort uit de onderzoeksuitkomsten van dit onderzoek.*

### 5.1 Concrete acties

#### 1. Scholing

- Het advies voor de praktijk is om op korte termijn scholing in te zetten gericht op vervolgstappen in de werkwijze met Positieve Gezondheid

Vanuit de uitkomsten van dit onderzoek is gebleken dat zowel de praktijk als de literatuur aangeven dat scholing de grootste huidige behoefte is bij het werken met Positieve Gezondheid. Gedurende de onderzoeksperiode van dit onderzoek is voor het project waar deze scriptie de start van vormde, vanuit het ROS Friesland een projectleider geselecteerd. Met deze projectleider is een gesprek gevoerd over de uitkomsten van dit onderzoek met mogelijke aanbevelingen. Gezamenlijk is besloten dat scholing zal worden ingezet. Deze scholing zal plaatsvinden in de vorm van (minimaal drie) maandelijks multidisciplinaire intervisie bijeenkomsten, met dezelfde deelnemers als tijdens de implementatie sessies. Het ROS Friesland zou de scholing na de zomer (september 2019) kunnen aanbieden. De scholing zal worden gericht op de belangrijkste behoeftes die voortkwamen uit dit onderzoek.

#### 2. Ontwikkeling

- Het advies voor de praktijk is om op korte termijn het spinnenweb te vertalen naar in ieder geval het Turks, Arabisch, Pools en Fries.

Hoewel het inzetten van het spinnenweb in de praktijk nog niet veelvuldig wordt gedaan door de verpleegkundigen binnen het Zorgplein, kan deze relatief gemakkelijke aanbeveling bijdragen aan het verbeteren van inzetmogelijkheden. In combinatie met de aanbeveling betreffende scholing kan het vertaalde spinnenweb meteen worden ingezet in de praktijk bij patiënten met een taalbarrière. Op die manier kunnen voor scholing-/ intervisiebijeenkomsten bruikbare casuïstiek worden gecreëerd en mogelijk positieve ervaringen worden gedeeld. Naast de in de resultaten naar voren komende talen is in de aanbeveling ook het Fries toegevoegd, zodat ook bij die groep een mogelijke taalbarrière wordt weggenomen en betere aansluiting kan bieden. De vertaling zou kunnen worden gerealiseerd door de projectleider welke het project rondom de implementatie van Positieve Gezondheid binnen het Zorgplein leidt. Voor een correcte vertaling kan gebruik worden gemaakt van een vertalingsbedrijf zoals het gecertificeerde Vertaalbureau Perfect te Leeuwarden. De Engelse variant van het spinnenweb is al beschikbaar op de webpagina van Institute for Positive Health onder het kopje 'tools'.

Het project Vitale Regio Fryslân, waar het huidige onderzoek deel van uitmaakt, heeft als doel de gezondheid van de Friese Burger te bevorderen. Financiering voor interventies ter bevordering van Positieve Gezondheid binnen het Zorgplein, worden vanuit het project gefinancierd in samenwerking met het Zorgplein zelf. Het kostenplaatje welke het vertalen van het spinnenweb met zich meebrengt in deze aanbeveling, zou vanuit dit project gefinancierd kunnen worden. De indicatieprijs voor de vier vertalingen bij Vertaalbureau Perfect komt uit rond de €380,00.

## 5.2 Vervolgonderzoek

### 3. Opstellen randvoorwaarden

- Het advies voor de praktijk is om een vervolgonderzoek te starten gericht op het opstellen van randvoorwaarden met het werken volgens Positieve Gezondheid binnen Zorgplein Lemmer.

Wanneer de scholing zoals omschreven in aanbeveling 1 is uitgevoerd en daardoor de kennis over vervolgstappen is gerealiseerd, is het volgens de uitkomsten van het praktijk- en literatuuronderzoek nodig om duidelijke randvoorwaarden op te stellen. In de literatuur wordt door meerdere onderzoekers gesteld dat het opstellen van randvoorwaarden het werken met Positieve Gezondheid en de implementatie daarvan bevordert. Dit kan volgens Rietzschel et al. (2009) worden gedaan door als team met elkaar in gesprek te gaan en belemmerende en bevorderende factoren vast te stellen, en daarop randvoorwaarden te baseren. Echter, de verpleegkundigen die deelnamen aan dit onderzoek konden nog geen concrete factoren en randvoorwaarden noemen. Als aanbeveling wordt dan ook gegeven om middels een vervolgonderzoek onder alle disciplines binnen het Zorgplein eerst duidelijk in kaart te brengen welke belemmerende en bevorderende factoren spelen. Dit zou middels kwantitatief onderzoek kunnen worden verricht. In de literatuur kan worden gezocht naar de meest voorkomende factoren. Met deze bevindingen kan, in combinatie met de uitkomsten van het huidige onderzoek, een meetinstrument worden gebaseerd in de vorm van een enquête. De uitkomsten kunnen dan worden geëvalueerd tijdens één, of indien nodig meerdere, multidisciplinaire bijeenkomst(en). Op basis daarvan kunnen dan de uiteindelijke randvoorwaarden worden opgesteld, met input vanuit het gehele Zorgplein.

Het kwantitatieve onderzoek kan worden uitgevoerd door een student Verpleegkunde aan de NHL Stenden Hogeschool. Omdat dit onderzoek de actieve aandacht van de verpleegkundigen binnen het Zorgplein heeft getrokken, zou dit vervolgonderzoek het best direct na de scholingsperiode (aanbeveling één) in het tweede semester van het komende schooljaar (februari 2020) kunnen starten, zodat zij het bestaande vertrouwen in ontwikkeling behouden. Uitkomsten van een dergelijk onderzoek dragen op micro, meso en macro niveau bij aan de kwaliteit van zorg voor zowel patiëntenzorg als onderlinge samenwerking en het verder op de kaart krijgen van Positieve Gezondheid.



## Referenties

- Adriaansen, M. (2017) Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 127(5), 3.  
doi: 10.1007/s41184-017-0092-0
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek!: Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2<sup>e</sup> editie). Groningen: Noordhoff.
- Boonstra, K., Buurma, S., Mast, F., & Wadman, P. (2018). *Competenties van burgers en professionals in één model*. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.sekersun.frl/bibliotheek/resultaten/tabellen-competenties-voor-burgers-en-professionals/viewdocument>
- Bos, E., & Fritsma, J. (2018). *Leertuin Positieve Gezondheid: Eigen regie en leefbaarheid in wijken en dorpen*. Geraadpleegd op 6 maart 2019, van <https://www.zorgbelang-groningen.nl/php/stddownload.php?id=11295>
- Bosman, S., & Shafiei, A. (2017). *Positieve Gezondheid in de Wijkverpleging: Van theorie naar praktijk*. (Bachelor scriptie) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van [https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit\\_han:oai:surfsharekit.nl:b5cca587-9fed-43e8-9f2c-00eb9a30abfe?q=positieve+gezondheid&has-link=yes&has-link=yes&c=8](https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_han:oai:surfsharekit.nl:b5cca587-9fed-43e8-9f2c-00eb9a30abfe?q=positieve+gezondheid&has-link=yes&has-link=yes&c=8)
- De Friesland. (z.d.). *Logo*. Geraadpleegd op 22 maart 2019, van <https://www.defriesland.nl/over-defriesland/actueel/vitale-regio>
- De Niet, G. J. (2013). Implementeren en het verpleegkundig team: Visie als fundament. *Bijzijn XL*, 6(6), 16-19. doi: 10.1007/s12632-013-0076-4
- De Wit, F. (2018). *Transformatieprogramma Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://www.vilans.nl/projecten/transformatieprogramma-positieve-gezondheid>
- De Wit, F., & Driessen, N. (2018). *8 Tips voor werken met Positieve Gezondheid*. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://www.vilans.nl/producten/8-tips-voor-werken-met-positieve-gezondheid>
- Dobber, J., Harmsen, J., & Van Iersel, M. (2016). *Klinisch Redeneren en Evidence-Based Practice: Weloverwogen Besluitvorming Door Verpleegkundigen*. Houten: Bohn Stafleu en van Loghum.
- Ellemers, N., Şahin, O., Jansen, W. S., & Van der Toorn, J. (2018). Naar effectief diversiteitsbeleid: Het bouwen van bruggen tussen wetenschap en praktijk. *Gedrag & Organisatie*, 31(4), 409-428  
Geraadpleegd op 28 maart 2019, van <https://dSPACE.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/373396/ellemers.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Fischer, T., & Julsing, M. (2007). *Onderzoek doen!: Kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff.
- Franek, J. (2013). Self-management support interventions for persons with chronic disease: An evidence-based analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(9), 1-60. Geraadpleegd op 20 maart 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814807/>
- GGD Fryslân. (2017). *Vitale Regio Fryslân*. Geraadpleegd op 22 maart 2019, van <https://www.ggd Fryslan.nl/professionals/gemeenten/nieuws-voor-gemeenten/vitale-regio-fryslan/>
- Groeneveld, K. (2018). *Waarom het netwerk Positieve Gezondheid in Lemmer?* Geraadpleegd op 9 februari 2019, van <https://www.Zorgpleinlemmer.nl/2018/11/19/waarom-het-netwerk-positieve-gezondheid-in-lemmer/>
- Huber, M., (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health: 'It's operationalization and use in public healthcare and in evaluating effects of food'* (Proefschrift University Maastricht, Maastricht). Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/1486687/guid-ca35cef5-7513-4963-8666-dfed020b66ac-ASSET1.0>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How Should We Define Health? *BMJ*, 343. doi: 10.1136/bmj.d4163
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., & Knottnerus, J.A. (2013). *Towards a conceptual framework relating to "Health as the ability to adapt and to self-manage"*. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <http://www.louisbolk.org/downloads/2820.pdf>
- Huber, M., Van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centered' operationalization of the new dynamic concept of health: A mixed methods study. *BMJ*, 6(1). doi: 10.1136/bmjopen-2015-010091
- Institute for Positive Health. (2019). *Aan de slag met Positieve Gezondheid: Download het gespreksinstrument en de iconen*. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van <https://iph.nl/downloads/>
- Jung, H. P., Jung, T., Liebrand, S., Huber, M., Stupar-Rutenfrans, S., & Wensing, M. (2018). Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen. *Huisarts en wetenschap*, 61(3), 39-41. doi: 10.1007/s12445-018-0062-y
- Limburg Positief Gezond. (z.d.). *Werkwijze*. Geraadpleegd op 26 maart 2019, van <https://limburgpositiefgezond.nl/werkwijze-button>
- Marktonderzoeksbureau EM Onderzoek. (z.d.) *Bias: Wat is het en wat zijn de gevolgen?* Geraadpleegd op 25 mei 2019, van <https://www.emonderzoek.nl/wat-is-bias/>

- Mentaal Beter. (z.d.). *Wat doet de POH-GGZ?* Geraadpleegd op 27 maart 2019, van <https://www.mentaalbeter.nl/Items/nl-NL/FAQ/Wat-doen-onze-zorgverleners/POH-GGZ>
- Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei. (z.d.). *Wie we zijn.* <https://www.netwerkpositievegezondheid.nl/wie-we-zijn/>
- NHL Stenden Hogeschool. (z.d.). *Logo.* Geraadpleegd op 10 februari 2019, van <https://www.nhlstenden.com/>
- Oudenaarden, B., Van den Dobbelsteen, E., Flinterman, F., Schreurs, H., Staps, S., Den Hertog, F., . . . Timmers, M. (2018). *Terugblik Werkatelier Positieve Gezondheid en Publieke Gezondheid.* Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://iph.nl/wp-content/uploads/2019/03/terugblik-werkatelier-positieve-gezondheid-en-publieke-gezondheid-5-nov-2018-iph.pdf>
- Redactie IPH. (2018). *Onderzoek in de huisartsenpraktijk – Positieve Gezondheid zet de zorg op zijn kop.* Geraadpleegd op 5 april 2019, van <https://IPH.nl/onderzoek-in-de-huisartsenpraktijk-positieve-gezondheid-zet-de-zorg-op-zijn-kop/>
- Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. (2018). *Beoordeling van wetenschappelijk bewijsmateriaal.* Geraadpleegd op 5 april 2019, van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/adhd-inleiding>
- Rietzschel, E. F., Nijstad, B. A., & Stroebe, W. (2009). De stilte na de brainstorm: Het belang van effectieve ideeënselectie. *Gedrag & Organisatie*, 22(1), 76-87. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van [https://www-1gedragenorganisatie-1nl-1000034n12b39.hanserver03.nhl.nl/inhoud/tijdschrift\\_artikel/GO-22-1-7/De-stilte-na-de-brainstorm-het-belang-van-effectieve-idee-nselectie](https://www-1gedragenorganisatie-1nl-1000034n12b39.hanserver03.nhl.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/GO-22-1-7/De-stilte-na-de-brainstorm-het-belang-van-effectieve-idee-nselectie)
- ROS Friesland. (z.d.). *Over ons.* Geraadpleegd op 26 maart 2019, van <https://www.rosfriesland.nl/over-ons/>
- Samen Beter. (z.d.). *Zorg voor chronisch zieken.* Geraadpleegd op 27 maart 2019, van <https://www.samenbeter.nl/huisartsenzorg/praktijk-ondersteuner-huisartsen-poh-somatiek>
- Seker en Sûn. (z.d.) *De toekomst van de zorg in Fryslân.* Geraadpleegd op 26 maart 2019, van <https://www.sekersun.frl/>
- Srivastava, A., & Thomson, S. B. (2009). Framework Analysis: A Qualitative Methodology for Applied Research Note Policy Research. *JOAAG*, 4(2). Geraadpleegd op 28 maart 2019, van [https://www.researchgate.net/publication/267678963\\_Framework\\_Analysis\\_A\\_Qualitative\\_Methodology\\_for\\_Applied\\_Policy\\_Research](https://www.researchgate.net/publication/267678963_Framework_Analysis_A_Qualitative_Methodology_for_Applied_Policy_Research)
- V&VN. (z.d.) *De verpleegkundig specialist.* Geraadpleegd op 13 maart 2019, van <https://venvn.nl/Themas/Beroepsgroep/De-verpleegkundig-specialist>

Van Meerten, E. (2018). *Positieve Gezondheid voor JGZ-professionals binnen de Publieke Gezondheid*. (Bachelor scriptie) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 28 maart 2019, van [https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit\\_av:oai:surfsharekit.nl:999ab64a-1740-4f36-8ef4-e01586f6bf9d?q=positieve+gezondheid&has-link=yes&c=8](https://www.hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_av:oai:surfsharekit.nl:999ab64a-1740-4f36-8ef4-e01586f6bf9d?q=positieve+gezondheid&has-link=yes&c=8)

Van Steekelenburg, E., Kersten, I., & Huber, M. (2016). *'Positieve Gezondheid' in Nederland: Wie, wat, waarom en hoe? Een inventarisatie*. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van [https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Preventieprogramma/Rapport\\_Positieve\\_Gezondheid\\_in\\_Nederland\\_2016.pdf](https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Preventieprogramma/Rapport_Positieve_Gezondheid_in_Nederland_2016.pdf)

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (6<sup>e</sup> editie). Den Haag: Boom Lemma.

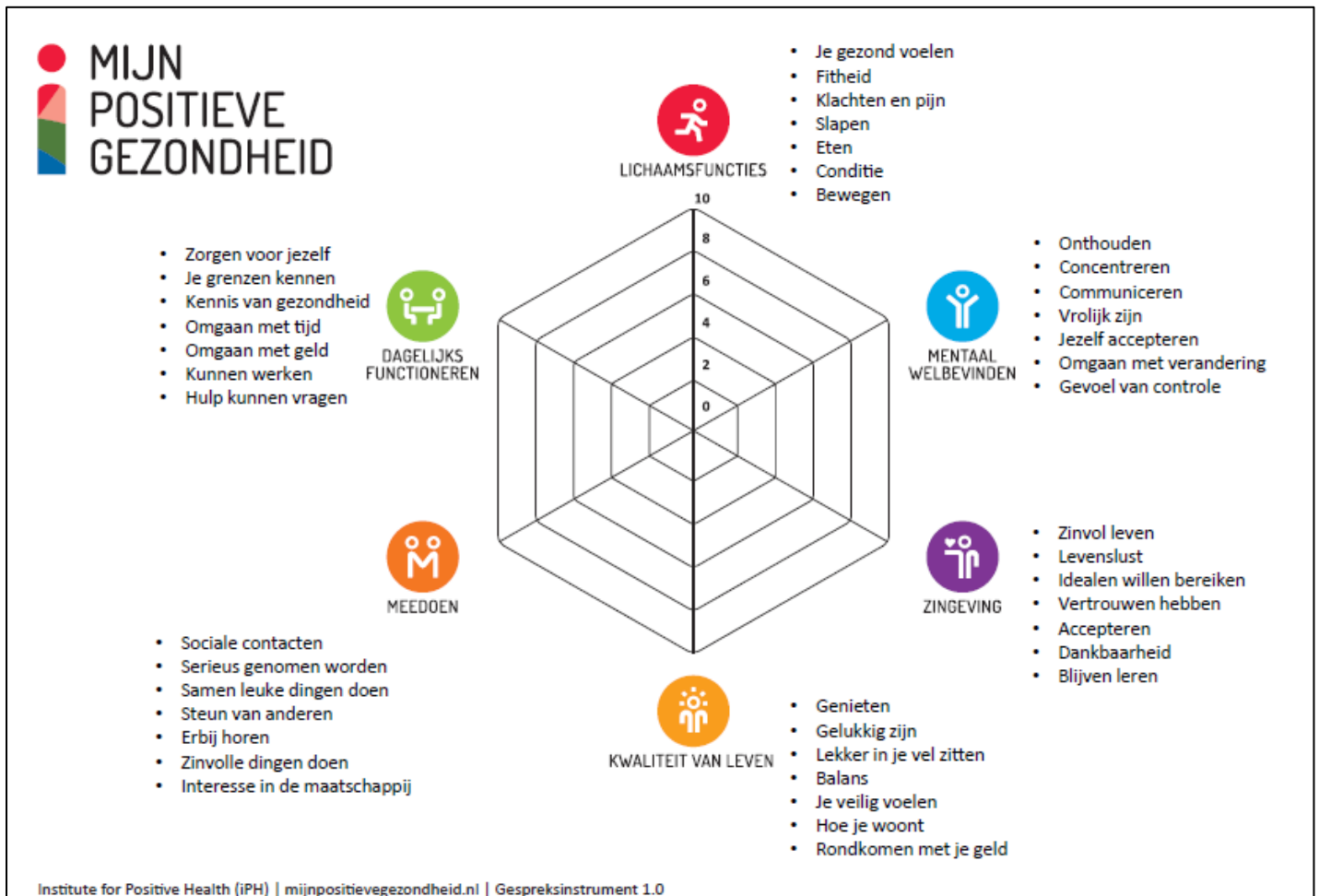
Vree, A., Kerkhofs, C., Duyzings, G., Fijlstra, H., Van Wijnen, J., Gerke-Meijssen, J., & Van Sprang, N. (2018). *Positieve Gezondheid in Perspectief*. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://iph.nl/wp-content/uploads/2018/09/iph-positieve-gezondheid-in-perspectief-.pdf>

World Health Organization. (2017). *Constitution of WHO: principles*. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <http://www.who.int/about/mission/en/>

ZonMw. (2018). *Nieuwe definitie van gezondheid nodig?* Geraadpleegd op 20 maart 2019, van <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/positieve-gezondheid/nieuwe-definitie-van-gezondheid-nodig/>

Zorgplein Lemmer. (z.d.). *Logo*. Geraadpleegd op 10 februari 2019, van <https://www.Zorgpleinlemmer.nl/>

## Bijlage A: Het Spinnenweb



Figuur 1. Het Spinnenweb. Overgenomen uit *Aan de slag met Positieve Gezondheid: Download het gespreksinstrument en de iconen* door Institute for Positive Health, 2019 (<https://iph.nl/downloads/>). Copyright z.d., Institute for Positive Health.

## Bijlage B: Begripsdefiniëring onderzoekspopulatie

Tabel 1: Begripsdefiniëring onderzoekspopulatie

Begrip	Onderverdeling	Definitie
FACT+		“FACT+ biedt een geïntegreerde behandeling aan cliënten met ernstige psychische aandoeningen en/of verslavingen, waarbij zorgvragen bestaan op meerdere leefgebieden, zoals wonen, werken, sociale contacten en zelfzorg” (Zorgplein Lemmer, 2019).
POH	POH-GGZ	“De POH-GGZ staat voor Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg. Het is aan de POH-GGZ om in te schatten van welke problematiek sprake is en de ernst ervan, voordat er eventueel wordt doorverwezen naar de generalistische basis GGZ of specialistische GGZ” (Mentaal Beter, z.d.).
	POH-ouderenzorg/ somatiek	“De praktijkondersteuner heeft de zorg voor chronisch zieken. Aandoeningen als astma, copd (longemfyseem/ chronische bronchitis) en diabetes mellitus vragen in het dagelijkse leven om aanpassingen” (Samen Beter, z.d.).
Sociaal wijkteam		“Het Sociaal Wijkteam is een team van professionals met verschillende kennis en expertise. Samen bieden zij ondersteuning en hulp aan inwoners ... op het gebied van zorg & ondersteuning, werk & inkomen en jeugd & gezin” (Zorgplein Lemmer, 2019).
Verpleegkundig specialist		De verpleegkundig specialist heeft de Master Advanced Nursing Practice voltooid. Zij is een zorgverlener die binnen strikte kaders zelfstandig zorg verleent. (V&VN, z.d.)
Wijkverpleging	Wijkverpleegkundige	Wijkverpleegkundigen zijn bachelors. Zij indiceren en her-indiceren zorg met als uitgangspunt het zelfmanagement te bevorderen. De wijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg en hebben een coachende rol naar de leden van het team. Daarnaast verlenen ze verpleegkundige zorg bij cliënten op hoog-complex niveau. (Nursing, z.d.)

## Bijlage C: Omschrijving digitale platformen

Tabel 1: Omschrijving digitale platformen

Platform	Omschrijving
Institute for Positive Health (IPH)	“Het Institute for Positive Health is dé motor achter de beweging Positieve Gezondheid. Het is opgericht door Machteld Huber, de grondlegger van het gedachtegoed” (Institute for Positive Health, z.d.)
Limburg Positief Gezond	“Vanuit het actiecentrum Limburg Positief Gezond wordt de beweging versterkt, zodat organisaties, professionals en burgers in de provincie werken vanuit Positieve Gezondheid en de daarbij horende zes dimensies” (Limburg Positief Gezond, z.d.)
Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei	De aangesloten partijen van dit netwerk ondersteunen het gedachtegoed Positieve Gezondheid en realiseren verbeteringen in de zorg en gezondheid in de regio (Zuid-Nederland). “Resultaten en opgedane kennis hieromtrent wordt gedeeld zodat we van elkaar kunnen leren en het wiel niet telkens op verschillende plaatsen uitgevonden hoeft te worden” (Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei, z.d.)
ROS Friesland	“ROS Friesland werkt samen met zorgprofessionals en organisaties aan goede en betaalbare zorg en bevorderen van gezondheid in Friesland” (ROS Friesland, z.d.)
Seker & Sûn	“Een samenwerkingsproject waar kennis over zorg en welzijn binnen de provincie Friesland samenkomt” (Seker & Sûn, z.d.)
WHO	World Health Organization

## Bijlage D: Operationaliseringsschema

