



**Positieve
gezondheid**
kritisch beschouwd

Niet nieuw, onduidelijk, misleidend en niet zonder risico

Positieve gezondheid heeft de wereld van het Nederlandse gezondheidszorgbeleid in stormachtig tempo veroverd. Gemeentes, provincies, ministerie van VWS, KNMG: allemaal omarmen ze kritiekloos deze 'nieuwe kijk' van Huber en collega's (2014). Positieve gezondheid is het nieuwe 'hoera-woord' in gezondheidsbeleid en het is hoog tijd daarover het debat te gaan voeren. Daarom geven we in dit artikel een beknopt overzicht van de belangrijkste bezwaren tegen het concept 'positieve gezondheid' aan de hand van drie thema's: kritiek op conceptueel en methodologisch niveau, op de praktische uitwerking en toepassing, en een waarschuwing voor de mogelijke gevolgen van deze positieve gezondheidsmassage.

■ AnneLoes van Staa, Mieke Cardol en Angelique van Dam

Debat nodig

DIn 2011 lanceerde Machteld Huber in het *British Medical Journal* het concept 'positieve gezondheid' en ontketende daarmee in Nederland een kleine revolutie. Het lijkt wel of het hele Nederlandse zorglandschap 'positieve gezondheid' kritiekloos heeft binnengehaald als de nieuwe heilige graal. Blijkbaar appelleert het concept aan een breed gevoelde behoefte. Maar wat is die behoefte dan precies? En is deze behoefte voor zorgaanbieders, overheid, patiënten en professionals hetzelfde? Wat houdt 'positieve gezondheid' precies in en wat betekent het voor de zorg? Het debat hierover wordt nauwelijks gevoerd, terwijl de empirische basis voor 'positieve gezondheid' zwak is, de conceptuele onderbouwing rammelt en er aanwijzingen zijn dat het begrip meer

verwarring dan helderheid sticht. Ondertussendendert de positieve trein verder en wordt het concept landelijk 'uitgerold'. Wie niet meegaat in het positieve denken kan subsidie bij ZonMw straks wel vergeten, want, zo zegt Renata Klop in een nieuwsartikel op de NTvG-website (Buijs, 2017): *"We willen die verandering binnen alle onderzoekslijnen van ZonMw doorvoeren, dat is een kwestie van de hersenen van de betrokkenen zo masseren dat ze ook in de positief gezonde stand komen te staan."* Wij vinden dit zorgelijk. Er zijn wel stemmen die zich tegen deze indoctrinatie verzetten, maar ze worden onvoldoende gehoord en zijn ongeorganiseerd. Daarom is het belangrijk de voornaamste kritieken op het concept, de uitwerking en de implicaties van 'positieve gezondheid' samen te vatten. Wij baseren ons (deels) op reeds gepubliceerde artikelen en commentaren (Van der

Stel, 2016¹; Algra, 2016²; Poiesz, Caris & Lapré, 2016³; Arnoldus, Van Staa & Walraven, 2017⁴; Buijs, 2017⁵; Zaat, 2017⁶). Recent zijn daar nog twee artikelen vanuit zorg-ethisch perspectief aan toegevoegd (Kingma, 2017⁷; Kool, 2017⁸). Hier staat de vraag centraal: wat is het concept 'positieve gezondheid' waard en hoe werkt het uit?

Waarde van het concept 'positieve gezondheid'

De eerste vraag die gesteld kan worden is: waarom een nieuwe definitie? Voor wie is 'positieve gezondheid' bedoeld en voor wie is het positief? Een verandering van koers vraagt immers niet om een nieuwe boot. Zou het niet vooral moeten gaan over hoe we nu werkelijk patiënten beter helpen of ondersteunen? Maar daar is geen nieuw concept van gezondheid voor nodig.

'Positieve gezondheid' past naadloos in de neoliberalistische beleidstaal van (kosten)beheersing en maakbaarheid⁹, eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid, terugdringing van aanspraken op collectieve middelen en de participatiesa-

menleving. Dat is misschien ook de reden dat beleidsmakers de nieuwe definitie omarmen. Maar geeft positieve gezondheid zorgprofessionals die worstelen met moeilijke keuzes en onmacht bij 'lastige patiënten' of bij complexe zorg houvast? Worden patiënten en de 'zorg' er beter van?

Huber zelf vermijdt een fundamentele gedachteswisseling over het concept omdat dit een louter academische discussie zou zijn. Maar daarmee kan en mag het debat over de toegevoegde waarde en uitwerking van 'positieve gezondheid' niet worden gesmoord. Ook het argument dat het om een 'concept' gaat en niet om een 'definitie', zoals Huber regelmatig stelt, snijdt geen hout. Ook van een concept mogen we verwachten dat het zowel inhoudelijk als pragmatisch voldoet. Volgens diverse critici is dit niet het geval.^{1,3,4,7} Huber en collega's (2016a) duiden gezondheid op een wijze die geen onderscheid maakt tussen 'goede' of 'gezonde' aanpassingsvormen en adaptatiemechanismen die we over het algemeen niet positief vinden (zoals huiselijk geweld

Voor wie is 'positieve gezondheid' bedoeld en voor wie is het positief?



accepteren, roken om stress te hanteren).^{3,7} Eigen regie en aanpassing leiden niet automatisch tot 'gezonde' keuzes. Bovendien: wanneer is dat aanpassingsvermogen genoeg? Is een klein beetje voldoende, of zijn alleen de meest-aanpassingsvermogenende mensen gezond? Kunnen baby's niet gezond zijn omdat zij nauwelijks vermogen tot aanpassing en eigen regie hebben?⁷ Ook de toevoeging 'positief' helpt ons niet verder: zijn ziekte en gebrek soms te zien als 'negatieve' gezondheid?^{4,7}

Feitelijk wordt door het positieve gezondheidsbegrip het klassieke dilemma 'wat is gezond en wat is ziek?' niet opgelost. Weinigen zullen betwisten dat gezondheid alleen de afwezigheid van ziekte is. De cruciale vraag is: waar ligt de grens tussen ziek en gezond, en wie bepaalt deze? Terecht stellen Huber en collega's (2011) dat de WHO-definitie uit 1948 onwerkbaar is omdat deze uitgaat van een utopische toestand van *volledig* welzijn op lichamelijk, geestelijk en sociaal gebied. Toch is die kritiek niet nieuw; de vraag wat ziek of gezond is en vanuit wiens perspectief dit wordt gedefinieerd, is al jaren onderwerp van debat in de gezondheidszorg en medische sociologie. Zo wijzen sociologen al sinds de jaren zestig op het verschil tussen '*disease*' (de medische classificatie) en '*illness*' (de patiëntenervaring). Ook artsen hebben zich beziggehouden met de vraag wat gezondheid nu eigenlijk is³ of gepleit voor een biopsychosociale benadering (Engel, 1977). Helaas blijven deze discussies bij Huber grotendeels onderbelicht. Mildred Blaxter, beroemd Engels medisch sociologe, besloot haar jarenlange, baanbrekende studie naar lekensies op gezondheid met de constatering: "*Health can be defined negatively, as the absence of disease, functionally, as the ability to cope with everyday activities, or positively, as fitness or well-being*" (Blaxter, 2004). Als we deze constatering naast de definitie van positieve gezondheid leggen, valt op dat Huber en collega's zich beperken tot het functionele aspect, waarbij gezondheid wordt gereduceerd tot een *capaciteit*: het "*vermogen tot aan-*

passing en tot eigen regie". Een positieve en negatieve omschrijving van gezondheid (zoals voorgesteld door Blaxter) blijven buiten beeld.⁴ De biopsychosociale dimensie van gezondheid ontbreekt bij Huber; er wordt eenzijdig nadruk gelegd op (coping)gedrag.¹ Waar zijn de objectieerbare aandoening of stoornis² en de ervaren gezondheid gebleven?

Een andere belangrijke kritiek is dat Hubers' beschrijving gezondheid (een toestand) en gedrag (capaciteit, adaptatie, coping, eigen regie) verwart.^{1,3,4} Ook het feit dat Hubers' concept uitgaat van *individuele* vermogens druist in tegen het idee dat gezondheid de resultante is van een samenspel tussen individuele, sociale en omgevingsfactoren; dit vormt de basis van de sociale geneeskunde en van Disability Studies.⁸ Ook het ICF-model (International Classification of Functioning) gaat uit van een dergelijk samenspel tussen stoornis, omgeving en persoonlijke factoren. Aanpassing aan slechte leefomstandigheden en sociaaleconomische ongelijkheid levert geen positieve bijdrage aan gezondheid. Diverse auteurs wijzen er daarom op dat de definitie van positieve gezondheid vooral past bij hoger opgeleiden.^{2,5,6}

Hubers' concept is dus niet nieuw, niet compleet, niet helder en niet onderscheidend. Gezondheid wordt gereduceerd tot een individueel vermogen tot functioneren en coping; het wordt verward met gedrag. Wat zijn de gevolgen hiervan voor de praktijk en het beleid?

De praktische uitwerking: het spinnenweb

Huber benadrukt dat zij pragmatische doelen nastreeft: het gaat erom dat dokters verder kijken dan de ziekte behandelen, dat zij gezondheid bevorderen. Daarom heeft zij het concept verder geoperationaliseerd door verschillende stakeholders te bevragen over hun opvattingen over gezondheid (2016b). Het resultaat daarvan is een spinnenweb van zes dimensies van positieve gezondheid met 32 subdimensies. Op

de methodologie van deze studie en de validiteit van de conclusies valt kritiek te leveren, maar daarop kunnen wij hier niet ingaan. Wat opvalt is dat het resulterende model *Mijn Positieve Gezondheid* (MPG) veel verder reikt dan de definitie zoals hierboven geschetst; de relatie tussen beide is onduidelijk.³

Het MPG met zijn 'vuurwerkexplosie aan termen'⁷ verklaart alles tot gezondheid. Bovendien sluiten de zes dimensies elkaar niet onderling uit; de indeling heeft een zekere willekeur.⁸ Oorzaak en gevolg lopen door elkaar heen. Kwaliteit van leven wordt als een van de dimensies gepresenteerd, terwijl lichamelijk en mentaal functioneren beide onderdeel zijn van kwaliteit van leven, maar wel aparte dimensies.⁴ 'Kwaliteit van leven' is ook geen onderdeel van gezondheid; het is juist andersom – gezondheid bepaalt mede de kwaliteit van bestaan.^{3,4,8} Anderen stellen de vraag of het terecht is om de spiritueel-existentiële dimensie onderdeel te maken van gezondheid of zorg.^{2,7} Het MPG-model slaagt er dus niet in om het gezondheidsdomein helder af te bakenen: de scheidslijn tussen gezondheid, welzijn en geluk vervaagt geheel.⁷ Daarmee wordt de gezondheidszorg grenzeloos: een allesomvattende definitie van gezondheid dreigt elke verstoring van geluk tot een gezondheidsprobleem te maken.⁴

Als alle levensproblemen tot het domein van de gezondheidszorg worden gerekend is het gevaar van medicalisering en interventionisme reëel.^{4,7} Waar Hubers' oorspronkelijke concept van gezondheid niet bedoeld was als een definitie van geluk, is de uitwerking zo veelomvattend dat we via een omweg weer zijn uitgekomen waar Hubers' kruistocht begon: bij de WHO-definitie waarin gezondheid een totale staat van welzijn is.⁷ Een onbegrensde opvatting over gezondheid luidt het failliet in van de zorg, stellen Poiesz en collega's.³

Brede blik, maar scherpe focus

Het staat voor ons vast dat gezondheid niet alleen door de aan- of afwezigheid van somatische of psychische klachten maar door vele interne en externe factoren wordt bepaald. Een smalle opvatting van gezondheid is niet wenselijk, en velen voelen zich daarbij gesteund door het 'nieuwe' gezondheidsconcept.⁵ Goede zorgprofessionals kijken inderdaad naar de context en bieden zorg op maat.⁶ Het is ook goed dat we het accent niet alleen leggen op ziekte en zorg, maar ook op gezondheid en gedrag.¹ Ook erkenning van het belang van eigen regie en de eigen rol die mensen hebben is terecht.^{3,4} Maar de kracht om eigen regie te voeren is er niet altijd; deze wordt soms doorkruist door de kwetsbaarheid van lichaam en geest.⁸ Kracht én kwetsbaarheid horen onlosmakelijk bij de ziekte-ervaring.

De holistische, levensbrede⁸ benadering lijkt de kracht van 'positieve gezondheid' te zijn: deze biedt kansen voor meer persoonsgerichte zorg en een gespreksmiddel als het MPG-spinnenweb geeft aanknopingspunten om vast te stellen wat belangrijke waarden en doelen voor de patiënt zijn.^{4,5} Maar daarmee is niet gezegd dat het doel van de gezondheidszorg is 'het goede leven' voor iedereen te bewerkstelligen – en dat is wel het doel van het MPG-model. Er is veel voor te zeggen om (publieke) gezondheid en (privaat) geluk gescheiden te houden en niet met elkaar te verwarren.⁷ Het model *Mijn Positieve Gezondheid* is in dit opzicht niet verhelderend en conceptueel niet consistent. Uitspraken van Huber zoals "voor een goed herstel is het nodig ook te ondersteunen bij het leiden van een betekenisvol leven"⁶ roepen vragen op bij professionals, zoals: "Is dit wel mijn competentie als zorgprofessional?", en: "De dokter is toch geen maatschappelijk werker of dominee?"² Dit vraagt om een verkenning van de raakvlakken tussen gezondheid en welzijn zonder de grenzen per se uit te vlakken. Een brede blik op gezondheid sluit een scherpe focus voor beleid en voor de gezondheidszorg niet uit.⁴

De 'werking' van positieve gezondheid voor patiënten

In debatten benadrukt Huber dat medicalisering of *victim blaming* beslist niet haar intentie is. Zij stelt dat zulke morele implicaties er "van buitenaf op geplakt worden".⁴ Ongetwijfeld zijn haar bedoelingen nobel, maar daarmee kan je de verantwoordelijkheid voor de werking van het concept niet wegpoetsen. 'Positieve gezondheid' vertrekt van de assumptie dat het goed is om naar aanpassing en een positieve aanpak te streven. Dit kan in de praktijk eenvoudig worden vertaald naar een verplichting om te werken aan je gezondheid, verantwoordelijkheid te nemen voor je gezondheidsgedrag en positief

langzaam maar zeker verzet te komen tegen zulk versluiserend taalgebruik en het voortdurend benadrukken van kansen en mogelijkheden zonder de erkenning van narigheid, verlies of inherente kwetsbaarheid.⁸

Huber ziet dat anders: "Van 'slachtoffer' van een ziekte naar een mens die geholpen kan worden het beste aan veerkracht uit zichzelf te halen. Wat is nu mooier dan dat?" (www.allesisgezondheid.nl). Terwijl de meeste mensen met chronische aandoeningen zichzelf niet zozeer als slachtoffer zien, maar juist proberen het beste van hun leven te maken ondanks, of dankzij, hun ziekte. De realiteit is



Wie ondanks alle positiviteit toch nog klachten houdt, kan daar zelf verantwoordelijk voor worden gehouden

te zijn. De nadruk ligt immers op het individuele gedrag en het zelf zorgen.⁸ Wie ondanks alle positiviteit toch nog klachten houdt of er niet in slaagt zijn gedrag vol te houden, kan daar zelf voor verantwoordelijk worden gehouden.

Door patiënten en professionals wordt protest aangetekend tegen de morele implicaties van het 'positivistisch denken': de dwang om niet meer te denken in beperkingen, maar in mogelijkheden. Patiënten zien er het gevaar in dat hun klachten hierdoor worden uitgevlakt: opeens ben je niet meer iemand met pijn of beperkingen, maar 'mens met mogelijkheden' geworden.⁶ De ontkenning van ziekte en gebrek, pijn of lijden, die de definitie van positieve gezondheid impliceert, staat haaks op de wens van patiënten om erkenning te krijgen voor hun lijden en ondersteuning bij de verlichting daarvan. Binnen de patiëntenbeweging begint

hun dagelijkse opgave om zo goed mogelijk om te gaan met uitdagingen op fysiek, emotioneel en sociaal gebied. Zorgprofessionals hoeven hen niet te vertellen dat dit 'positieve gezondheid' is; liever zien mensen met chronische aandoeningen dat professionals naar hen luisteren, hun klachten serieus nemen en samen met hen naar mogelijke oplossingen zoeken.

'Positieve gezondheid' pakt echter anders uit. Een voorbeeld van de werking in de praktijk treffen we aan in een nieuwsbericht op de NTvG-website⁵, waar een huisarts positieve gezondheid inzet om haar 'heartsink patients' in de goede stand te krijgen. Artsen gebruiken deze denigrerende term soms om mensen aan te duiden die hun een 'hartverzakking' bezorgen als zij de spreekkamer binnenkomen met hun onbegrepen klachten. Dokter Penninx ziet in 'positieve gezondheid' het ei van Columbus

bij zulke patiënten, want zij focust zich niet meer op hun klachten, maar op de vraag: *wat kan deze patiënt nog wél, gegeven de klachten?*⁵ Ook bij Penninx twifelen we niet aan haar goede bedoelingen (*"Ik wil weten hoe het écht gaat met de patiënt"*), maar we vrezen dat zij positieve gezondheid inzet om haar eigen handlingsverlegenheid bij mensen met onbegrepen klachten te maskeren. Wij zouden ons als patiënt niet serieus genomen voelen als de huisarts ons vooral 'positiviteit' voorschrijft. Daarvoor ga je toch niet naar de dokter?!

Onder de noemer 'positieve gezondheid' gebeurt ook van alles, waarbij de vraag is of de vlag de lading dekt. Als eerste ziekenhuis in Nederland omarmt het Jeroen Bosch Ziekenhuis positieve gezondheid (Skipr, 18 augustus 2017): *"Onze focus verschuift van behandeling naar het verbeteren van het functioneren in het dagelijks leven. De patiënt en maatwerk staan daarbij centraal."* Dat is prachtig, maar heb je daar 'positieve gezondheid' voor nodig? Dat heet toch persoonsgerichte zorg, zorg op maat, zelfmanagement of 'de patiënt centraal'? *"Het ziekenhuis wil vooral kijken naar wat mensen wél kunnen en waar ze zelf invloed op hebben."* Wat een wonderlijk streven voor een ziekenhuis, waar mensen juist komen omdat ze (tijdelijk) hulp of ondersteuning nodig hebben. Dit lijkt tevens een ontkenning van het feit dat de meeste mensen met chronische aandoeningen al behoorlijk zelfredzaam zijn. Laat het ziekenhuis zich richten op goede kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven en doelmatige zorg (*"triple aim"*). Dat is al uitdagend genoeg.

Kortom, wij vinden 'positieve gezondheid' een onduidelijk en misleidend concept, dat onbedoelde en ongewenste gevolgen heeft. Driesschner en collega's (2014) hebben ons er al voor gewaarschuwd: *"Vage concepten kunnen obstakels vormen voor praktische vooruitgang, vooral wanneer ze populair zijn."* ■

Dr. AnneLoes van Staa (verpleegkundige, geneeskundige en antropoloog) is lector Transitie in Zorg bij Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam (www.hogeschoolrotterdam.nl/zorginnovatie). Haar onderzoeksthema's hebben betrekking op persoonsgerichte zorg, zelfmanagementondersteuning voor mensen met chronische aandoeningen, en transitie in zorg van adolescenten. Zij is tevens voorzitter van Borstkanker Vereniging Nederland (www.borstkanker.nl).

Dr. Mieke Cardol is lector Disability Studies, diversiteit in participatie, bij Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam (www.hogeschoolrotterdam.nl/zorginnovatie). Haar onderzoek richt zich op ervaringskennis en kwaliteit van bestaan van mensen met een chronische aandoening, participatie in de zorg en in de samenleving.

Angelique van Dam (AKnet) is ontwikkelaar van MLM: *Mijn Leven Met...* (www.mlm-mijnlevenmet.nl) en werkzaam voor verschillende patiëntenverenigingen, onder meer als directeur van de Osteoporose Vereniging (www.osteoporosevereniging.nl).

Referenties

Kritische bijdragen over positieve gezondheid (in volgorde van verschijnen)

1. Stel, J. van der (2016). Definitie 'gezondheid' aan herziening toe. *Medisch Contact* 71, 18-19.
2. Algra, D. (2016). Onze definitie van gezondheid is de beste. You better believe it! Blog. *Medisch Contact* 17-11-2016.
3. Poesz, T., Caris, J., & Lapré, F. (2016). Gezondheid: Een definitie? *TSG Tijdschrift Gezondheidswetenschappen*, 94(7), 252-255.
4. Arnoldus, R., Staa, A.L. van, & Walraven, G. (2017). Hoe bruikbaar zijn de begrippen vitaliteit, veerkracht en positieve gezondheid voor interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn? Een dialoogsessie. *TSG Tijdschrift Gezondheidswetenschappen*,

- 95(4), 160–163.
5. Buijs, M. (2017). Een nieuwe kijk op gezondheid: Staat de patiënt centraal of vooral verwarring? *Nieuws. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 24-07-2017.
 6. Zaat, J. (2017). 'Positieve jeuk'. Redactioneel. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 27-07-2017.
 7. Kingma, E. (2017). Kritische vragen bij 'Positieve gezondheid'. *Tijdschrift voor Ethiek en Gezondheid*, 27(3), 81-83.
 8. Kool, J. (2017). "A broken teacup is not a flawed example of a teacup, but a perfect example of a broken teacup." Een essay over ziek en gezond vanuit een *disability studies* perspectief. *Tijdschrift voor Ethiek en Gezondheid*, 27(3), 72-77.

Overige verwijzingen

- Blaxter, M. (2004). *Health*. Cambridge: Polity Press.
- Drieschner, K.H., Lammers, S.M., & Staak, C.P. van der (2014). Treatment motivation:

An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115-1137.

- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., et al. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.
- Huber, M., Vliet, M. van, & Boers, I. (2016a). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, A7720.
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., & Knottnerus, J.A. (2016b). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6(1), e010091.
- Huber, M. (2004). *Towards a New, Dynamic Concept of Health*. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht.

Korte reactie door Machteld Huber

AnneLoes van Staa is boos. Ik heb diverse podia met haar gedeeld en zie haar steeds bozer worden. Blijkbaar lukt het niet om tot een constructieve uiteenzetting te komen, wat ik jammer vind. Zij verwijt mij een fundamentele gedachtwisseling te vermijden, maar citeert niet de uitgebreide reactie die ik schreef¹ op de uitgebreide kritiek van Poiesz, Caris & Lapré². Van Staa citeert veel uit Poiesz et al.; hier wil ik mijn antwoorden niet punt voor punt herhalen.

Wat ik interessant vind is dat Van Staa zelf ook een model ontwikkelde, dat wat betreft inhoud behoorlijk lijkt op de zes dimensies van Positieve Gezondheid. Ik zou het constructief vinden om beide modellen eens naast elkaar te leggen en te beschrijven wat de overeenkomsten en wat de verschillen zijn. En wellicht dat Van Staa haar model kan bespreken aan de hand van haar kritiekpunten op Positieve Gezondheid en uitleggen hoe zij met deze probleempunten is omgegaan? Zou dit niet een interessant thema zijn voor een volgend nummer van het Tijdschrift Positieve Psychologie?

¹Huber M. Antwoord op 'Gezondheid: een definitie?' van Poiesz, Caris en Lapré. *Tijdschr Gezondheidswet* 2016; 94:292-296.

²Poiesz T, Caris J, Lapré F. Gezondheid: een definitie? *Tijdschr Gezondheidswet* 2016; 84:252-5.