



Positieve psychologie en zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen

Een kennissynthese

Verkorte versie

Positieve psychologie en zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen

Een kennissynthese

Verkorte versie

1 maart 2017

prof. dr. Ernst Bohlmeijer
dr. Hester Trompetter
dr. Christina Bode
Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie
Projectnummer 30000015001

UNIVERSITEIT TWENTE.



ZonMw

Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie

Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Diseasemanagement Chronische Ziekten kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail plz@zonmw.nl

Auteurs: Prof. dr. Ernst Bohlmeijer, dr. Hester Trompetter, dr. Christina Bode

Datum: 1 maart 2017

ZonMw

Laan van Nieuw Oost-Indië 334

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

Tel. 070 349 51 11

Fax 070 349 53 58

www.zonmw.nl

 info@zonmw.nl

Positieve psychologie en zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen

Een kennissynthese

Verkorte versie

1 maart 2017

prof. dr. Ernst Bohlmeijer
dr. Hester Trompetter
dr. Christina Bode
Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie
Projectnummer 30000015001



UNIVERSITEIT TWENTE.

Voorwoord

Het aantal mensen met een chronische lichamelijke aandoening neemt gestaag toe. In Nederland hebben ruim vijf miljoen mensen een of meer chronische lichamelijke aandoeningen. Het goed leven met deze aandoeningen - zelfmanagement - is een belangrijke uitdaging voor veel mensen. De laatste decennia zijn voor veel chronische lichamelijke ziektes zelfmanagementinterventies ontwikkeld. In het algemeen dragen deze interventies bij aan een beter management van lichamelijke symptomen (fysiek functioneren). Maar zelfmanagement kan zich ook richten op andere adaptieve taken zoals het reguleren van emoties en het realiseren van een zinvol en betrokken leven, in aanwezigheid van een chronische, lichamelijke aandoening. Zelfmanagement kan ook tot doel hebben de veerkracht en het mentaal welbevinden van mensen te versterken. Deze functie van zelfmanagement is minder tot ontwikkeling gekomen, terwijl veel mensen met chronische lichamelijke aandoeningen wel last hebben van psychische klachten en verminderd welbevinden.

Om deze reden is ZonMw geïnteresseerd in nieuwe wetenschappelijke kaders die kunnen bijdragen aan het vergroten van de veerkracht en mentale gezondheid van mensen met chronische lichamelijke aandoeningen binnen de context van zelfmanagement. ZonMw heeft ons gevraagd de kennis over positieve psychologie in het algemeen en in relatie tot chronische lichamelijke aandoeningen in het bijzonder in kaart te brengen. De lezer treft in dit rapport de resultaten van onze kennissynthese. In dit rapport zijn alleen de belangrijkste resultaten en aanbevelingen opgenomen. Voor de geïnteresseerde lezer is ook een uitgebreide versie beschikbaar. In de uitgebreide versie worden de verschillende studies die ten grondslag liggen aan de resultaten en aanbevelingen in detail beschreven.

Bij het onderzoek en het schrijven van dit rapport hebben de volgende mensen ons van advies voorzien: Machteld Huber (Institute for Positive Health), Monique Heijmans (Nivel), Jeanny Engels (Vilans), Marieke Scholte Voshaar (Stichting Tools, Patient Empowerment), Wilma Otten (TNO), Sander Hilberink (Hogeschool Rotterdam) en Ilona Thomassen (Voorzitter Patiëntenvereniging CRPS). We willen hen bedanken voor de waardevolle feedback en aanbevelingen.

Verder willen wij Jannis Kraiss, Kevin Krimmel en Carolien Balvers danken voor hun geweldige ondersteuning bij het uitvoeren van de verschillende onderzoeken die in dit rapport worden beschreven.

ZonMw willen we bedanken voor deze uitdagende en interessante opdracht. We hopen dat het rapport bijdraagt aan verdere versterking van de zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen in Nederland.

Ernst Bohlmeijer, Hester Trompetter & Christina Bode
Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie
Universiteit Twente

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting: belangrijkste punten uit dit rapport	7
1 Introductie	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Zelfmanagement	10
1.3 Positieve psychologie	11
1.4 Onderzoeksvragen	13
1.5 Beantwoording van de vragen	14
2 Resultaten	19
3 Conclusie en aanbevelingen	23
3.1 Conclusie	23
3.2 Kritische kanttekeningen	26
3.3 Aanbevelingen	28
4 Referenties	29

Samenvatting: belangrijkste punten uit dit rapport

- Zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen kan zich richten op drie clusters van adaptieve taken: (1) ziektemanagement en gezonde leefstijl, (2) verliesverwerking en (3) zingeving en levensrollen.
- Huidige zelfmanagementinterventies in Nederland richten zich vooral op ziektemanagement en gezonde leefstijl. Zelfmanagementinterventies zouden zich meer op de andere taken kunnen richten en daarmee op de mentale gezondheid van mensen met chronische, lichamelijke aandoeningen.
- De drie onderscheiden adaptieve taken kunnen worden ingedeeld op een continuüm. Aan de ene kant van het continuüm staat de aandoening centraal (ziektemanagement, leefstijltaken), aan de andere kant staat de mens met een aandoening centraal (zingeving en levensrollen).
- Naarmate interventies gericht op verliesverwerking, zingeving en levensrollen meer aandacht krijgen, worden positieve uitkomsten als veerkracht en welbevinden belangrijker.
- De positieve psychologie is de wetenschap van het positief functioneren van individuen, organisaties en gemeenschappen. Belangrijke uitkomst van positief-psychologische interventies is het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden van mensen.
- De positieve psychologie is de wetenschap van het positief functioneren van individuen, organisaties en gemeenschappen. Positieve psychologie richt zich op het vergroten van het welbevinden van mensen.
- Positief-psychologische interventies richten zich op deze componenten van welbevinden en lijken een waardevolle theoretische basis voor zelfmanagementinterventies gericht op de drie adaptieve taken te kunnen bieden.
- Voor de componenten positieve emoties, compassie, psychologische flexibiliteit, zelfdeterminatie, zingeving, optimisme, hoop en persoonlijke doelen is er enigszins tot redelijk veel bewijs dat zij samenhangen met gezondheid en positief functioneren.
- We konden 49 studies identificeren naar de effecten van interventies gericht op de tien componenten van welbevinden bij mensen met een chronische lichamelijke aandoening.
- 5 studies deden onderzoek naar de effecten van expliciet positief-psychologische interventies (PPI's). Voorbeelden van expliciet positief-psychologische interventies zijn interventies die zich richten op het waarderen en genieten van positieve ervaringen, dankbaarheid, gebruik van positieve karaktereigenschappen, vriendelijkheid, positieve relaties, expressief schrijven en de 'best mogelijk zelf'. In 4 van de 5 interventies gaan deelnemers statistisch significant vooruit op een of meerdere uitkomsten, waaronder zowel positieve uitkomsten (bijvoorbeeld positief affect, optimisme, levenstevredenheid, eigen-effectiviteit), als negatieve uitkomstmaten (bijvoorbeeld depressie- en angstsymptomen, en ervaren stress).

Opgemerkt moet worden dat de niet-effectieve interventie voornamelijk bedoeld was als haalbaarheidsstudie.

- De overige 44 studies deden onderzoek naar de effecten van interventies die kunnen worden beschouwd als in de geest van de positieve psychologie (IGPP's). Deze interventies richten zich op het versterken van een component van welbevinden zonder dat er gebruik werd gemaakt van expliciet positief-psychologische interventies zoals hierboven beschreven. In meer dan de helft van deze 44 studies werd gevonden dat het mogelijk is om componenten van welbevinden statistisch significant te beïnvloeden. In Nederland zijn de huidige zelfmanagementinterventies vooral gericht op het managen van symptomen en het ontwikkelen van een gezonde leefstijl. Op een enkele uitzondering na, zijn er nog geen zelfmanagementinterventies gepubliceerd die (mede) zijn gebaseerd op de positieve psychologie.
- In de huidige opleidingen van zorgprofessionals is ruime aandacht voor zelfmanagement. Er lijkt nog geen of nauwelijks aandacht voor positieve psychologie.
- De positieve psychologie sluit goed aan bij huidige ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid zoals de focus op positieve gezondheid, op gedrag en gezondheid, op eigen regie en op het werken vanuit een biopsychosociaal model.
- We bevelen aan om de ontwikkeling van en het onderzoek naar zelfmanagement van adaptieve taken gericht op verwerking van verlies en zingeving en maatschappelijke participatie te stimuleren en daarin expliciet de positieve psychologie te betrekken. Een logische consequentie van deze aanbeveling is om ook vaker positieve uitkomstmaten te gebruiken in het onderzoek naar nieuwe interventies voor zelfmanagement.
- Bij de implementatie van (nieuwe) zelfmanagementinterventies vormen de huidige instrumenten gebaseerd op positieve gezondheid een toegankelijk kader voor patiënten. Een voorbeeld is het instrument Mijn positieve gezondheid dat de volgende domeinen onderscheidt: lichaamsfuncties, zingeving, meedoen, mentaal welbevinden, kwaliteit van leven en dagelijks functioneren.

1 Introductie

1.1 Inleiding

Het aantal mensen met een chronische lichamelijke aandoening neemt gestaag toe. In Nederland hebben ruim vijf miljoen mensen een of meer chronische lichamelijke aandoeningen. Verklaringen voor de toename van de prevalentie van chronische lichamelijke aandoeningen zijn onder andere de vergrijzing van de bevolking, een ongezonde leefstijl, de inzet van vroege diagnostiek en verbeterde behandeling. Een chronische lichamelijke aandoening vraagt veel van het aanpassingsvermogen van mensen. Mensen worden geconfronteerd met de gevolgen van de ziekte zoals verminderde mobiliteit, vermoeidheid of pijn. Vaak zijn veranderingen in de leefstijl en het gebruiken van medicatie noodzakelijk en kan een chronische ziekte sociale en maatschappelijke consequenties hebben. Daarnaast kan er sprake zijn van een toename van psychische klachten zoals angst en depressie.

Het zo goed mogelijk omgaan met een chronische ziekte en de gevolgen van een ziekte wordt zelfmanagement genoemd (Heijmans et al., 2015). In de afgelopen jaren zijn in Nederland en elders in de wereld veel programma's ontwikkeld gericht op het versterken van de integrale behandeling en het zelfmanagement van chronische ziektes. Voor ZonMw is onderzoek naar de effecten van zelfmanagementprogramma's een belangrijk thema.

In het ZonMw programma *Disease Management Chronische Ziekten* zijn de afgelopen jaren 22 praktijkprojecten ontwikkeld en geëvalueerd. Disease management is een programmatische benadering die bestaat uit diagnostiek, behandeling en counseling. Het is een integrale aanpak waarvan zelfmanagement een belangrijk onderdeel is en waarbij de patiënt zoveel mogelijk regie krijgt. Cramm et al (2014) evalueerden de 22 praktijkprogramma's. De onderzoekers concluderen dat er een jaarlijkse toename van de kwaliteit van de chronische zorgverlening zichtbaar is. Op langere termijn leiden de projecten ook tot een verbetering van gezondheidsgedrag (meer bewegen, minder roken) en tot meer fysieke kwaliteit van leven. De mentale kwaliteit van leven bleek echter verslechterd.

Voor ZonMw is het rapport van Cramm et al. (2014) mede aanleiding om wetenschappelijke kaders te verkennen die kunnen bijdragen aan de versterking van het zelfmanagement van chronische, lichamelijke aandoeningen en dan vooral gericht op geestelijke gezondheid en mentale kwaliteit van leven. Een van die kaders is de positieve psychologie. Deze relatief nieuwe wetenschappelijke stroming binnen de psychologie richt zich op het verkrijgen van kennis over het mentale welbevinden en over het positief functioneren van individuen, organisaties en gemeenschappen. ZonMw nodigde de Universiteit Twente uit om te inventariseren wat de huidige stand van zaken is van de wetenschappelijke onderbouwing van de positieve psychologie in het

algemeen en die van zelfmanagement bij chronische lichamelijke ziektes in het bijzonder. In dit rapport beschrijven wij de resultaten van deze kennissynthese. We zullen in deze inleiding nu eerst kort ingaan op het begrip zelfmanagement en vervolgens de positieve psychologie introduceren. Tot slot beschrijven we kort de vragen over zelfmanagement en positieve psychologie die we in dit rapport beantwoorden en de methodes waarmee we deze vragen hebben beantwoord.

1.2 Zelfmanagement

De laatste decennia is een groot aantal zelfmanagementinterventies ontwikkeld die zich op verschillende uitkomsten richten (Richardson et al., 2014; Nolte & Osbourne, 2013). Een definitie waarnaar vaak wordt gerefereerd, is ontwikkeld door Barlow et al. (2002). Julie Barlow en haar collega's definieerden zelfmanagement in 2002 als: 'the individual's ability to manage the symptoms, treatment, physical and psychosocial consequences and life style changes inherent in living with a chronic condition. Efficacious self-management encompasses the ability to monitor one's condition and to affect the cognitive, behavioural and emotional responses necessary to maintain a satisfactory quality of life.'

Centraal staat het vermogen om de ziekte en de gevolgen van een ziekte effectief te managen met als doel om een bevredigende of optimale kwaliteit van leven te bereiken of te handhaven. Belangrijke onderdelen van zelfmanagement zijn onder andere (Heijmans et al., 2015):

- Het managen van medische symptomen met behulp van bijvoorbeeld zelfmonitoring en zelfbehandeling.
- Het ontwikkelen van een gezonde leefstijl door bijvoorbeeld gezonder te eten en meer te bewegen.
- Het omgaan met de chronische ziekte in het dagelijks leven.
- Het effectief communiceren met zorgprofessionals en participatie in de besluitvorming over de zorg.

Een andere veelgebruikte definitie is ontwikkeld door Kate Lorig (2003). Het doel van zelfmanagement is volgens Lorig 'to provide patients with the skills to live an active and meaningful life with their chronic conditions. Self-management programs are built on patient perceived disease-related problems and assist patients with problem solving and gaining the self-efficacy or confidence to deal with these problems.'

In deze definitie wordt zelfmanagement breder opgevat dan in de definitie van Barlow. Centraal staat het ontwikkelen van vaardigheden om een actief en betekenisvol leven te leiden met de chronische ziekte. Lorig (2003) onderscheidt drie clusters van zelfmanagementtaken:

- Het managen van de medische symptomen van de ziekte.
- Het handhaven, veranderen of creëren van betekenisvol gedrag of levensrollen.

- Het adequaat omgaan met emoties over de ziekte. Deze emoties bepalen voor een groot deel de toekomst visie van de patiënt.

Het ontwikkelen van eigen effectiviteit is cruciaal voor effectief zelfmanagement door het ontwikkelen van vertrouwen in de eigen vaardigheden, *modeling*, aanpassen van persoonlijke overtuigingen over de ziekte (herinterpretatie) en sociale steun (Lorig & Holman, 2003).

Recent heeft het Nivel in samenwerking met het RIVM, CBOimpact, TNO en Zelfzorg Ondersteund onderzoek gedaan naar kennis over de effectiviteit en de implementatie van zelfmanagementprogramma's in de zorg voor mensen met een chronische lichamelijke aandoening (Heijmans et al., 2015). De kennissynthese laat zien dat ondersteuning van zelfmanagement bijdraagt aan betere gezondheidsuitkomsten bij mensen met astma, COPD, diabetes en hart- en vaatziekten en dat het de zorgconsumptie kan verminderen. Het gaat om kleine effecten. Effectief zijn met name de programma's die zich richten op gedragsverandering of een actievere rol van patiënten stimuleren. Veranderingen in indicatoren van de ernst van de ziekte zijn de meest voorkomende uitkomstmaten in het onderzoek naar zelfmanagement in Nederland. In mindere mate waren de algemene kwaliteit van leven, de patiënttevredenheid en gedragsverandering uitkomstmaten. Slechts in 23% van de studies werden emotioneel welbevinden of psychische klachten als uitkomst onderzocht. Effecten op sociaal-maatschappelijk functioneren of welbevinden en veerkracht (de belangrijkste doelstellingen van de positieve psychologie) zijn nog nauwelijks onderzocht. De auteurs van de kennissynthese bevelen onder andere aan om meer onderzoek te doen naar een persoonsgerichte benadering. Een interessant kader voor een persoonsgerichte benadering biedt mogelijk de positieve psychologie. In de volgende paragraaf beschrijven we dit relatief nieuwe domein.

1.3 Positieve psychologie

De positieve psychologie werd in 2000 gedefinieerd als de wetenschap van positieve emoties, positieve karaktereigenschappen en positieve instituties (Seligman & Csikszentmihaly, 2000). De positieve psychologie is een brede stroming waaronder een groot aantal theorieën over en studies naar welbevinden en positief functioneren vallen. Het doel is niet om de kennis over lijden, stoornissen of zwaktes te vervangen, maar eerder aan te vullen met kennis over hoe aandacht voor positief en optimaal functioneren van mensen kan bijdragen aan meer welbevinden. De positieve psychologie is ook goed toepasbaar in de context van tegenslag en leefomstandigheden die veel van het adaptief vermogen van mensen vragen zoals het leven met een chronische ziekte. Voor een overzicht van theorieën en interventies binnen de positieve psychologie in het algemeen verwijzen we naar het Handboek Positieve Psychologie (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013).

Het vergroten van welbevinden staat centraal in de positieve psychologie, maar hoe wordt dit geoperationaliseerd? Twee invloedrijke, wetenschappelijke modellen van welbevinden zijn ontwikkeld door Carol Ryff en door Martin Seligman.

Carol Ryff (1989) bestudeerde uitgebreid het werk van humanistisch psychologen als Carl Jung, Charlotte Bühler, Erik Erikson, Carl Rogers, Marie Jahoda, en Victor Frankl, die zich bezighielden met het positief functioneren vanuit een visie op de menselijke groei en ontwikkeling. Ze zocht in hun werk naar overeenkomstige kerndimensies in hun beschrijvingen van optimaal ontwikkelde en functionerende personen. Ryff vond uiteindelijk zes dimensies die in het werk van humanistisch psychologen een belangrijke rol spelen en die essentieel zijn in het algemene streven om het eigen potentieel te realiseren: doel in het leven, persoonlijke groei, autonomie, omgevingsbeheersing, zelfacceptatie en positieve relaties (zie tabel 1).

Tabel 1 Zes dimensies van psychologisch welbevinden

Doelgerichtheid	Plannen en doelen hebben; gevoel van richting in het leven; ervaren van zinvolheid in heden en verleden; het hebben van een geloof dat het leven ergens naartoe gaat.
Persoonlijke groei	Gevoel van voortgaande ontwikkeling; perceptie van de eigen persoon als groeiend en zich ontwikkelend; openheid voor nieuwe ervaringen; gevoel van realisatie van de eigen mogelijkheden; verandering in de richting van meer zelfkennis en effectiviteit.
Autonomie	Zelfbepaling en onafhankelijkheid; weerstand tegen sociale druk om op een bepaalde manier te denken en zich te gedragen; gedragsregulatie van binnenuit; zelfbeoordeling aan de hand van persoonlijke maatstaven.
Omgevingsbeheersing	Gevoel van beheersing en competentie bij het omgaan met de eisen die de omgeving stelt; controle over een complex geheel van activiteiten; effectief gebruik van mogelijkheden die zich voordoen; kiezen en creëren van contexten die passen bij persoonlijke behoeftes en waarden.
Zelfacceptatie	Positieve attitude ten opzichte van zichzelf; herkenning en acceptatie van verschillende kanten van de eigen persoon, inclusief positieve en negatieve eigenschappen; positief gevoel over het verleden en het verloop van het eigen leven.
Positieve relaties	Warme, vertrouwensvolle relaties met anderen; bezig zijn met het welzijn van anderen; capaciteiten voor empathie, affectie en intimiteit; begrip voor geven en nemen in menselijke relaties.

Het werk van Ryff is van groot belang omdat zij het psychologisch welbevinden onderzocht in representatieve bevolkingsstudies. In een groot overzichtsartikel bespreekt Ryff (2014) honderden studies die laten zien hoe psychologisch welbevinden samenhangt met een groot aantal indicatoren van mentale en fysieke gezondheid.

Corey Keyes (2002) ontwikkelde een korte vragenlijst die niet alleen psychologisch maar ook emotioneel en sociaal welbevinden meet: de *mental health continuum – short*

form (MHC-SF). Emotioneel of subjectief welbevinden omvat drie dimensies: de aanwezigheid van positief affect, de afwezigheid van negatief affect en levenstevredenheid. Emotioneel welbevinden past hiermee binnen de hedonistische traditie. Sociaal welbevinden verwijst naar het effectief functioneren in sociale groepen en in de maatschappij en omvat vijf dimensies: sociale acceptatie, sociale actualisatie, sociale contributie, sociale coherentie en sociale integratie (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Deze vragenlijst maakt het ook mogelijk om floreren te classificeren (Bohlmeijer et al., 2016). Er is sprake van floreren wanneer mensen minimaal 1 dimensie (van de 3) van emotioneel welbevinden vaak of zeer vaak hebben ervaren in de laatste 2 weken en wanneer zij minimaal 6 dimensies (van de 11) van psychologisch en sociaal welbevinden vaak of zeer hebben ervaren.

Seligman (2011) beschouwt welbevinden als een construct dat uit 5 meetbare componenten of dimensies bestaat:

- **Positieve emoties**
Welbevinden wordt mede gevormd door de aanwezigheid van voldoende positieve gevoelens zoals trots, ontzag, dankbaarheid en liefde.
- **Betrokkenheid**
Betrokkenheid is de mate waarin mensen opgaan in wat ze doen. Het omvat vaak de ervaring van de tijd vergeten, optimale concentratie, geboeid zijn.
- **Positieve relaties**
Het gaat hierom de ervaring van verbondenheid met andere mensen en positieve uitwisseling van aandacht en steun. Iets doen voor een ander draagt sterk bij aan welbevinden.
- **Zingeving**
Dit omvat de ervaring dat een mens verbonden is met, en bij kan dragen aan iets wat het individu overstijgt.
- **Succes**
Succes omvat de ervaring dat iets daadwerkelijk tot stand is gebracht: een doel dat is bereikt, een prestatie die is geleverd enzovoort.

De Engelse woorden *positive emotions, engagement, relationships, meaning en accomplishment* leiden tot het acroniem PERMA. Vandaar dat dit model het PERMA-model wordt genoemd. In tegenstelling tot het model van psychologisch welbevinden is er geen samenhangende vragenlijst die de vijf componenten van het PERMA-model meet en die tot een operationalisatie van floreren leidt.

1.4 Onderzoeksvragen

De positieve psychologie richt zich op het versterken van componenten of dimensies van het welbevinden van mensen. Zoals de modellen van welbevinden van Corey Keyes en Martin Seligman laten zien, omvat welbevinden een groot aantal dimensies van

welbevinden zoals positieve emoties, positieve relaties, zingeving, doelen, autonomie en omgevingsbeheersing. Een belangrijke veronderstelling van de positieve psychologie is dat deze componenten van welbevinden bijdragen aan de veerkracht en het adaptatievermogen van mensen. Daarvoor is toenemend empirisch bewijs (zie Bohlmeijer et al., 2013). Daarmee zou de positieve psychologie ook kunnen bijdragen aan het versterken van zelfmanagement van lichamelijk chronische ziekten, zeker wanneer zelfmanagement adaptieve taken omvat als omgaan met emoties, zingeving en doelen en het vervullen van sociale en maatschappelijke rollen.

Als eerste stap is het zinvol om de huidige kennis in kaart te brengen over de positieve psychologie en interventies gericht op de verschillende componenten van welbevinden bij mensen met lichamelijk chronische ziektes.

Dit doen we aan de hand van de volgende vragen:

1. Wat is stand van zaken van de kennis over werkzame elementen van de positieve psychologie?
2. Wat is bekend over de bewijskracht van positief-psychologische interventies voor lichamelijk chronisch zieken?
3. In welke mate bevatten huidige zelfmanagementinterventies elementen van positieve psychologie?
4. In welke mate is er aandacht voor positieve psychologie in de curricula van de opleidingen van de relevante beroepsgroepen?

1.5 Beantwoording van de vragen

Om de vraag te beantwoorden wat de stand van zaken is van de kennis over de werkzame elementen van de positieve psychologie selecteerden we eerst relevante componenten van welbevinden. Mede op basis van het model van psychologisch welbevinden en het PERMA-model selecteerden we de volgende tien componenten van welbevinden.

- Positieve emoties
- Compassie
- Psychologische flexibiliteit
- Zelfdeterminatie
- Sterke kanten
- Persoonlijke doelen
- Zingeving
- Optimisme
- Hoop
- Positieve relaties

Er is consensus dat positieve emoties, zelfdeterminatie, sterke kanten, persoonlijke doelen, zingeving, optimisme, hoop en positieve relaties tot de kerndomeinen van de positieve psychologie behoren (Schueller & Parks, 2014). We hebben ervoor gekozen

om psychologische flexibiliteit en compassie toe te voegen omdat er steeds meer evidentie is dat psychologische flexibiliteit en compassie samenhangen met welbevinden en veerkracht (Kashdan & Rottenberg, 2010; Barnard & Curry, 2011). Ook staat in interventies die zich richten op het ontwikkelen van psychologische flexibiliteit en compassie het vergroten van welbevinden centraal (Trompetter et al., 2016; Bohlmeijer et al., 2015; Bohlmeijer et al., 2016).

Hieronder geven we een korte beschrijving van de tien componenten.

Positieve emoties

Bij positieve emoties gaat het bijvoorbeeld om plezier, interesse, liefde, dankbaarheid en sereniteit (Veehof, Bohlmeijer & Geschwind, 2013). Volgens het *broaden-and-build*-model (Fredrickson, 1998, 2001) leiden positieve emoties niet tot een vernauwing, zoals bij negatieve emoties, maar tot een verbreding van de aandacht, de cognitie en het handelen.

Compassie

Volgens Neff (2011) bestaat zelfcompassie uit drie componenten: het vermogen om mild en begripvol te zijn naar onszelf in plaats van kritisch en veroordelend, de ervaring van gedeelde menselijkheid en mindfulness. Gilbert (2014) beschrijft compassie als de motivationele, emotionele, gedragsmatige en cognitieve competenties om enerzijds het lijden en de behoeftes van onszelf en anderen op te merken en toe te staan en anderzijds te reageren met gerichte actie om het lijden te verminderen.

Psychologische flexibiliteit

Psychologische flexibiliteit is het vermogen om moeilijke ervaringen (gedachten, gevoelens, sensaties) te erkennen en te aanvaarden en het vermogen om te volharden in gedrag dat past bij persoonlijke waarden (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012; Bohlmeijer et al., 2016).

Zelfdeterminatie

Zelfdeterminatie is de opvatting dat mensen actieve organismen zijn, gericht op groei en integratie (Deci & Ryan, 2000). Er zijn drie basisbehoeften: competentie, autonomie en verbondenheid. Het vervullen van deze basisbehoeften is een noodzakelijke voorwaarde voor groei en integratie (zie ook Schreurs & Westerhof, 2013).

Sterke kanten

Er zijn verschillende definities van sterke kanten (Hiemstra & Bohlmeijer, 2013). Sterke kanten kunnen bijvoorbeeld worden opgevat als manieren van denken, voelen of handelen die leiden tot optimaal functioneren (Park, Peterson & Seligman, 2004). Hierbij worden sterke kanten als deugden opgevat. Volgens Linley et al. (2010) zijn sterke kanten positieve eigenschappen en vaardigheden waar je goed in bent en die energie geven wanneer je ze gebruikt.

Persoonlijke doelen

Persoonlijke doelen zijn meer of minder concrete resultaten of situaties waarnaar mensen streven. Doelen worden geformuleerd binnen het eigen zingevingskader. Persoonlijke doelen kunnen op verschillende manieren bijdragen aan welbevinden (Bode & Arends, 2013): het formuleren van doelen versterkt commitment met het beoogde resultaat, het toewerken naar doelen en het bereiken ervan geven een gevoel van controle, versterken positieve emoties en leiden tot een positiever zelfbeeld.

Zingeving

Persoonlijke zingeving verwijst naar een psychologisch proces, waarbij mensen in interactie met de sociaal-culturele omgeving betekenis toekennen en richting geven aan hun leven en het daarmee in een breder perspectief plaatsen (Westerhof & Kuin, 2008; zie ook Westerhof & Bohlmeijer, 2010).

Optimisme

In de positieve psychologie bestaan twee opvattingen van optimisme (Peters, Rius-Ottenheim & Giltay, 2013). Optimisme kan worden opgevat als een gegeneraliseerde positieve uitkomstverwachting (Carver, Schreier & Segerstrom, 2010). Optimisme kan ook worden opgevat als een specifieke attributiestijl waarbij mensen bijvoorbeeld positieve resultaten wijten aan eigen inzet of eigenschappen.

Hoop

Hoop kan worden opgevat als het vertrouwen dat mensen in staat zijn doelen te bereiken (Snyder, Rand & Sigmon, 2005). Zij zien de wijze waarop een doel bereikt kan worden concreet voor zich en zij kunnen met voldoende energie en vertrouwen toewerken naar het doel.

Positieve relaties

Positieve relaties kenmerken zich door intimiteit, verbondenheid, affectie en plezier (Reis & Gable, 2003). Ook is er binnen positieve relaties veel aandacht voor het delen (vertellen en beluisteren) van positieve ervaringen.

Voor elke component van welbevinden werd systematisch gezocht naar overzichtsartikelen (reviews) over deze determinant in relatie tot welbevinden. Vervolgens worden de belangrijkste resultaten van alle reviews in een tabel weergegeven en in relatie tot elkaar besproken.

Om de tweede vraag te beantwoorden wat er al bekend is over de bewijskracht van positief psychologische interventie voor chronisch zieken, voerden we een systematische review uit voor elk van de tien componenten van positieve psychologie in relatie tot chronische ziekten.

Om de derde vraag te beantwoorden in welke mate huidige zelfmanagementinterventies elementen van positieve psychologie bevatten, is een

literatuurstudie gedaan naar zelfmanagementinterventies voor mensen met de meest prevalentie chronisch lichamelijke ziektes die in Nederland zijn ontwikkeld of die aan de Nederlandse zorgcontext zijn aangepast. Deze interventies zijn ingedeeld op de graad van complexiteit om vervolgens voor de meest complexe interventies de onderzoeksvraag te beantwoorden of zij positief-psychologische elementen bevatten.

Tot slot kwam de vierde vraag aan de orde in welke mate er aandacht is voor positieve psychologie in de curricula van de opleidingen van de relevante beroepsgroepen. Het oorspronkelijke idee was om een enquête te houden onder alle hogescholen in Nederland. Uit telefonische gesprekken met coördinatoren van relevante opleidingen (verpleegkunde, fysiotherapie enzovoort) bleek dit op dit moment niet haalbaar en niet zinvol omdat alle hogescholen bezig zijn om hun curricula te herontwerpen en deze vraag nog niet kunnen beantwoorden. Als alternatief werden enkele interviews gehouden met coördinatoren van relevante opleidingen. Uit deze interviews is een eerste visie op de plaats van zelfmanagement en de positieve psychologie gedistilleerd.

2 Resultaten

We geven nu eerst antwoord op de vragen die centraal staan in dit rapport. Voor een uitgebreide beschrijving van de opzet van de onderzoeken en een uitgebreide bespreking van de resultaten verwijzen we naar het uitgebreide rapport.

2.1 Wat is stand van zaken van de kennis over werkzame elementen van de positieve psychologie?

Tien belangrijke componenten van welbevinden zijn: positieve emoties, compassie, psychologische flexibiliteit, zelfdeterminatie, sterke kanten, persoonlijke doelen, zingeving, optimisme, hoop en positieve relaties. Op systematische wijze zochten we naar reviews van studies over deze componenten in relatie tot gezondheid en welbevinden en konden uiteindelijk 1 tot 10 reviews per component, in totaal 49, includeren. Het overzicht van reviews maakte duidelijk dat naar de componenten psychologische flexibiliteit, zelfdeterminatie, optimisme en positieve emoties, al (redelijk) veel onderzoek is verricht, dat naar de componenten hoop en persoonlijke doelen enig onderzoek is verricht en dat naar de componenten positieve relaties en sterke kanten nauwelijks of geen onderzoek is gedaan.

Op basis van de reviews kwamen we tot een in voorzichtig positieve conclusie. Voor alle componenten, uitgezonderd positieve relaties en sterke kanten, bestaat een wisselende *hoeveelheid*, maar in het algemeen statistisch significant en positief bewijs voor hun samenhang met verschillende vormen van gezondheid, zowel fysiek als psychologisch. Vooral voor de componenten zelfdeterminatie en psychologische flexibiliteit is er een aanzienlijke hoeveelheid bewijs.

Een belangrijke kanttekening is dat het in veel geïncludeerde studies gaat om cross-sectionele studies, vooral voor de componenten compassie, optimisme, zingeving, en hoop. Enkel voor de component positieve emoties was het merendeel van geïncludeerde meta-analyses gericht op prospectieve relaties. Positieve emoties blijken een significante voorspeller van verschillende gezondheidsuitkomsten, waaronder herstel van chronische ziekte. Al waren de effecten klein. Een review die de werkingsmechanismen van positieve emoties op gezondheid probeerde te verklaren, liet zien dat positieve emoties geen consistente impact lijken te hebben op gezondheids cognities en -gedrag. Ook voor de andere componenten lijken op basis van de geaggregeerde informatie hun werkingsmechanismen nog niet verklaard. Tot slot werden voor enkele componenten niet alleen observationele studies, maar ook interventiestudies onder de loep genomen. Vooral voor ACT gebaseerd op psychologische flexibiliteit, en interventies gebaseerd op zelfdeterminatie hadden daarbij consistente significante effecten.

Al met al kan geconcludeerd worden dat het grootste deel van de geïnccludeerde componenten van welbevinden (behalve sterke kanten en positieve relaties, waar op dit moment nog nauwelijks empirisch onderzoek naar is verricht) geassocieerd is met betere fysieke, emotionele en psychologische gezondheid, en dat het actief manipuleren van verschillende van deze componenten tot positieve uitkomsten kan leiden. Deze uitkomsten nodigen uit tot verder onderzoek.

2.2 Wat is bekend over de bewijskracht van positief-psychologische interventies voor mensen met lichamelijk chronische aandoeningen?

Om deze vraag te beantwoorden zochten we opnieuw in wetenschappelijke bestanden op systematische wijze naar artikelen over onderzoek naar de effectiviteit van positief-psychologische interventies bij chronische, lichamelijk ziektes. Deze studies deelden we in aan de hand van de 10 componenten. In totaal hebben we 49 studies geïdentificeerd. Van deze waren er 5 te classificeren als expliciet positief-psychologische interventies (PPI's). Voorbeelden van expliciet positief-psychologische interventies zijn interventies die zich richten op het waarderen en genieten van positieve ervaringen, dankbaarheid, gebruik van positieve karaktereigenschappen, vriendelijkheid, positieve relaties, expressief schrijven en de 'best mogelijk zelf'. In 4 van de 5 interventies gaan deelnemers statistisch significant vooruit op een of meerdere uitkomsten, waaronder zowel positieve uitkomsten (bijvoorbeeld positief affect, optimisme, levenstevredenheid, eigen-effectiviteit), als negatieve uitkomstmaten (bijvoorbeeld depressie- en angstsymptomen, en ervaren stress). Opgemerkt moet worden dat de niet-effectieve interventie voornamelijk bedoeld was als haalbaarheidsstudie.

De overige 44 interventies kunnen worden beschouwd als in de geest van de positieve psychologie (IGPP's). Dit laatste werd beoordeeld aan de hand van de door de onderzoeksgroep opgestelde criteria. Kern van deze criteria is dat interventies zich richten op het vergroten van welbevinden en vaardigheden aan die kunnen fungeren als psychologische bronnen van veerkracht en adaptatie. Maar er werd geen gebruik gemaakt van expliciet positief-psychologische interventies zoals hierboven beschreven. De 44 interventies richten zich voornamelijk op het versterken van een component van welbevinden (n=42). Op deze uitkomsten zijn de interventies ook het meest effectief. Per component verbetert in meer dan de helft van de studies minstens 1 uitkomstmaat in deze categorieën significant, vaak ten opzichte van een (actieve) controlegroep.

In mindere mate richten de interventies zich op het versterken van fysieke uitkomstmaten (n=29), waarbij in een deel van de studies deze uitkomsten vooral gemeten lijken te zijn als contextvariabelen of secundaire uitkomsten en niet zozeer als primaire uitkomsten waarop de interventie is ingericht. Dit kan verklaren waarom hier een lager percentage interventies succesvol is (31%).

In het algemeen kan geconcludeerd worden dat alle geïncludeerde positieve componenten, behalve sterke kanten waar geen onderzoek naar is gepubliceerd, effectief bij kunnen dragen aan verschillende adaptieve taken.

2.3 In welke mate bevatten huidige Nederlandse zelfmanagementinterventies elementen van positieve psychologie?

Op systematische wijze vonden we 84 zelfmanagementinterventies voor chronische, lichamelijke aandoeningen en deelden de interventies in aan de hand van 5 criteria voor complexiteit: actief/passief, tool of gedragsverandering, duur, breedte en interactie met sociaal netwerk. Vervolgens selecteerden we de 15 meest complexe interventies die voldeden aan alle criteria. Om positief-psychologische componenten te identificeren gebruikten we een compendium met klassieke positief-psychologische oefeningen en interventietechnieken.

Op basis van een analyse van publicaties over deze interventies en de draaiboeken van deze interventies kunnen we concluderen dat bij de bestaande, Nederlandse interventies voor mensen met een chronische aandoening tot nu toe geen PPI's bestaan. 5 van de onderzochte interventies kunnen we voorzichtig als IGPP's omschrijven. Hierbij valt op dat met name bij de nieuwere interventies meer aandacht voor het persoonlijk zingevingskader van de patiënt te zien is en deze interventies ook in de gebruikte uitkomstmaten laten zien dat naast de reductie van klachten en medische parameters ook naar een toename van positief functioneren wordt gestreefd. Mindfulness, psychologische flexibiliteit, compassie, persoonlijke doelen en sterke kantenaanpak zijn onderdeel van de IGPP's.

2.4 In welke mate is er aandacht voor positieve psychologie in de curricula van de opleidingen van de relevante beroepsgroepen?

Tijdens het onderzoek bleek dat de curricula van hogescholen sterk in beweging zijn en dat de beantwoording van deze vraag via enquêtes op dit moment niet mogelijk is. Uiteindelijk werden 7 interviews over de HBO-Bacheloropleiding verpleegkunde gehouden en werden 2 vertegenwoordigers van de HBO-Bacheloropleidingen social work en fysiotherapie geïnterviewd.

Uit deze interviews is gebleken dat positieve psychologie als expertisegebied op dit moment nauwelijks expliciet opgenomen is in het curriculum van opleidingen voor verpleegkunde en maatschappelijk werk. Vanuit de opleiding fysiotherapie worden meer positief-psychologische aandelen gerapporteerd. Door de veranderende kijk op gezondheid en toekomstige zorgvragen in combinatie met beschikbare personele en economische hulpbronnen verandert het profiel voor zorgprofessionals drastisch. Zelfmanagement van patiënten en cliënten speelt hierbij een belangrijke rol en wordt ook zodanig geadresseerd in de nieuwe opleidingen.

Wij denken dat theoretische onderbouwingen, kennis en vaardigheden uit het veld van de positieve psychologie in toenemende mate kunnen helpen om de krachten van zorgvragers te stimuleren en bruikbaar te maken voor zelfmanagement gericht op goed

emotioneel, lichamelijk en sociaal functioneren met een chronische aandoening. Zorgprofessionals kunnen in hun taken als zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner en gezondheidsbevorderaar ondersteund worden door expertise uit de positieve psychologie.

Ook concludeerden we dat gebruik van kennis en methoden uit de positieve psychologie als expliciet begeleidingsmodel voor zorgprofessionals opleidingen een toegevoegde waarde kan hebben. Werken in de zorg vraagt veel van de mentale vermogens en eist sterke sociale, emotionele en cognitieve vaardigheden om proactief en zelf voortdurend lerend te blijven. Met name voor de professionele reflectie op eigen handelen en ondersteuning bij leiderschap kunnen benaderingen uit de positieve psychologie de rol van zorgprofessionals versterken.

3 Conclusie en aanbevelingen

3.1 Conclusie

In deze paragraaf voegen we de uitkomsten van het hiervoor beschreven onderzoek samen en gaan we in op de vraag wat de toegevoegde waarde is van positieve psychologie voor zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen. Om deze vraag te beantwoorden, is de definitie van zelfmanagement van belang. We bespraken in hoofdstuk een dat zelfmanagement op verschillende wijzen wordt opgevat. In sommige opvattingen verwijst zelfmanagement vooral naar taken voor het goed omgaan met de ziekte zelf zoals het managen van medische symptomen, het ontwikkelen van een gezonde leefstijl en het ontwikkelen adequate, cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties die een bevredigende kwaliteit van leven handhaven of herstellen (Barlow et al., 2002). In andere opvattingen verwijst zelfmanagement ook naar de uitdaging om een actief en zinvol leven te leiden met de ziekte. Lorig (2003) spreekt bijvoorbeeld van adaptieve taken als het handhaven, veranderen of creëren van betekenisvol gedrag of levensrollen en het adequaat omgaan met emoties over de ziekte van belang (Lorig, 2003). Er zit overlap in beide opvattingen. In beide opvattingen wordt bijvoorbeeld gesproken over het belang van emotieregulatie. Waar Barlow spreekt van kwaliteit van leven, spreekt Lorig van betekenisvol gedrag en levensrollen.

Wanneer we de verschillende opvattingen over zelfmanagement samenvoegen, ontstaat er in onze ogen een continuüm van 3 clusters van adaptieve taken voor mensen met een chronische lichamelijke ziektes.

Het eerste cluster bevat taken die direct met ziektemanagement en leefstijl te maken hebben zoals het managen van symptomen, het ontwikkelen van een gezonde leefstijl en het adequaat communiceren met artsen. Het tweede cluster bevat taken die vooral te maken hebben met de *verwerking van de ziekte*. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het adequaat reguleren van emoties en het omgaan met verlieservaringen. Het derde cluster bevat taken voor *zingeving en levensrollen*. Hierbij gaat om het vinden van persoonlijke levensdoelen, het zo optimaal mogelijk blijven uitvoeren van dagelijkse activiteiten, en om maatschappelijke en sociale participatie.

Wanneer we het onderzoek naar zelfmanagement en de zelfmanagementinterventies in ogenschouw nemen, lijkt het zelfmanagement gericht op ziektemanagement en gezonde leefstijl het meest ontwikkeld en onderzocht. De adaptieve taken voor verwerking van de ziekte, zingeving en levensrollen komen minder aan bod in de huidige zelfmanagementinterventies. Het met succes vervullen van deze laatste taken is voor het mentaal welbevinden en participatie op de langere termijn van belang. Dit zou mede een verklaring kunnen bieden waarom bestaande diseasemanagement-programma's in

Nederland wel tot goede uitkomsten op fysiologisch functioneren leiden, maar niet op mentaal welbevinden.

Wanneer we de 10 componenten van welbevinden in samenhang met de adaptieve taken beschouwen, kan worden geconcludeerd dat de positieve psychologie bij alle 3 de clusters van adaptieve taken een rol kan spelen. Het onderzoek naar positief psychologische interventies dat we eerder beschreven, bevestigt dit. De meeste studies die we konden includeren richten zich op uitkomsten die met verwerking van de ziekte en zingeving en levensrollen samenhangen. In een aanzienlijk deel van de studies leverde dit positieve en significante resultaten op. De studies die we includeerden richten zich daarentegen in veel mindere mate op management van fysieke symptomen en leefstijl, waardoor geconcludeerd zou kunnen worden dat positieve psychologie vooral aansluit bij de 2 bovengenoemde adaptieve taken. Het valt echter op dat de effecten van de leefstijlinterventies in het merendeel van de 9 geïncludeerde studies positief en significant zijn. De resultaten nodigen daarom uit verder te exploreren hoe positieve psychologie kan worden ingezet ter bevordering van alle 3 de genoemde adaptieve taken.

Aandacht voor positieve adaptatie en het toepassen van positieve psychologie bij zelfmanagement van chronische lichamelijke ziektes sluit ook goed aan bij ontwikkelingen in het conceptualiseren van gezondheid. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) benadrukt dat er van gezondheid geen sprake kan zijn zonder de aanwezigheid van mentale gezondheid. Mentale gezondheid wordt gedefinieerd als 'een staat van welbevinden waarin een individu zijn of haar potentie kan realiseren, kan omgaan met de normale stress van het dagelijks leven, productief en succesvol kan werken en een bijdrage kan leveren aan zijn of haar gemeenschap.' (WHO, 2005, p2). Deze definitie sluit naadloos aan bij de 3 clusters van adaptieve taken die we in hoofdstuk een onderscheiden. Mentale gezondheid omvat ook het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden (Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Huber en collega's ontwikkelden een dynamische definitie van positieve gezondheid: het 'vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren' (Huber et al., 2011). Ook Huber (2015) benadrukt persoonlijke groei en het vervullen van persoonlijke doelen als onderdeel van adaptatie aan een chronische ziekte.

In samenwerking een groot aantal stakeholders waaronder patiënten, ontwikkelde Huber een model waarin 6 domeinen van positieve gezondheid worden onderscheiden: lichaamsfuncties, dagelijks functioneren, meedoen, mentaal welbevinden, kwaliteit van leven en zingeving. De positieve psychologie en de 10 componenten van welbevinden die we in dit rapport bespraken, sluiten naadloos aan bij de laatste 4 domeinen. Interventies gebaseerd op de positieve psychologie hebben de potentie om patiënten te helpen gezondheid realiseren op de domeinen meedoen, kwaliteit van leven, mentaal welbevinden en zingeving.

Wanneer we kijken naar de 3 onderscheiden, adaptieve taken kunnen we ze indelen op een continuüm, dat loopt van taken waarin vooral de aandoening centraal staat (ziektemanagement, leefstijltaken) tot meer persoonsgerelateerde taken, waarin steeds minder de patiënt en meer de *mens met een aandoening* centraal staat (vinden van zingeving en oppakken van levensrollen). Ook de onderscheiden 6 domeinen van positieve gezondheid hebben alle hun plek op dit continuüm, waarbij sommigen meer direct gerelateerd zijn aan de aandoening (lichaamsfuncties), en anderen meer gaan over de mens met een aandoening (zingeving, kwaliteit van leven). Vooral deze tweede helft van het continuüm sluit aan bij bovengenoemde definities van gezondheid en mentaal welbevinden, en de mogelijkheid weer een gelukkig, geëngageerd en betekenisvol leven te leiden in de aanwezigheid van dagelijkse symptomen en beperkingen.

Hoewel er tot nog toe vooral aandacht is geweest in het ondersteunen van zelfmanagementtaken aan de linkerkant van dit continuüm, gaan interessant genoeg juist het grootste deel van de domeinen van positieve gezondheid over de rechter-, meer mensgerelateerde kant van het continuüm. In de wetenschappelijke literatuur zien we de nadruk op het mensgerichte terug in de opkomst van het concept *veerkracht*, waarbij de aandacht meer en meer gericht wordt - in bijvoorbeeld de context van chronische pijn - op het kunnen volhouden van het positieve in het leven ondanks de aanwezigheid van fysieke symptomen en beperkingen (Sturgeon & Zautra, 2010; Goubert & Trompetter, submitted). Deze focus op veerkracht die de mens in plaats van de aandoening centraal stelt, gaat automatisch gepaard met de nadruk op de *aanwezigheid* van expliciet positieve uitkomsten, zoals mentaal welbevinden, zingeving en meedoen, en minder op de *afwezigheid* van ziektegerelateerde, negatieve uitkomsten als depressiesymptomen en fysieke beperkingen.

Samenvattend concluderen we dat wetenschappelijke kennis over welbevinden en positief functioneren van mensen een toegevoegde waarde kan hebben voor zelfmanagement(interventies). De zelfmanagementinterventies zoals deze de afgelopen jaren zijn ontwikkeld, lijken zich vooral te richten op ondersteuning van het managen van symptomen en het ontwikkelen van een goede leefstijl. De komende jaren kan meer aandacht worden besteed aan andere belangrijke adaptieve taken zoals verwerking van verlies en zingeving en het vervullen van betekenisvolle levensrollen. De positieve psychologie kan bijdragen aan de realisering van interventies die zich hier meer expliciet op richten. Het is ook te verwachten dat dit tot verbetering van de mentale gezondheid van mensen met een chronische lichamelijke aandoening leidt. Deze aanvullende focus sluit ook goed aan bij huidige ontwikkelingen in het volksgezondheidsbeleid gericht op positieve gezondheid, op eigen regie en meer aandacht voor gezondheid en eigen gedrag in plaats van ziekte en zorg.

3.2 Kritische kanttekeningen

Er zijn enkele kritische kanttekeningen te plaatsen bij de gekozen werkwijze ter beantwoording van ieder van de onderzoeksvragen in dit rapport. Zo hebben we bewust gezocht naar gepubliceerde studies vanuit het kader van 10 specifieke positief-psychologische componenten. Concreet betekent het gebruik van deze 10 componenten, dat we enkele keren interventies hebben geëxcludeerd, omdat ze niet direct aansloten bij één of meer van de gekozen componenten. Vaak betrof het hier een zeer gemixte interventie waarbij onderliggende theorie ontbrak of waarbij meerdere theorieën en methodieken werden gecombineerd. Ook betekent het dat we studies in lijn met de positieve psychologie behorende bij andere, mogelijk interessante componenten gedurende de zoektocht hebben verwijderd. Een concreet voorbeeld zijn interventies gebaseerd op mindfulness. Tot slot betekent het dat we enkele andere componenten die in lijn zijn met positieve psychologie en mogelijk interessant kunnen zijn voor zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld *sense of coherence*) niet hebben onderzocht. In het geheel genomen denken we echter dat de keuze voor deze 10 componenten goede inzichten geeft. Hoewel niet allesomvattend, is de keuze voor deze componenten gebaseerd op de meest invloedrijke theoretische modellen uit de positieve psychologie en geven de resultaten gezamenlijk een goed beeld van de verschillende manieren waarop een positief-psychologische benadering kan bijdragen aan zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen. Vanzelfsprekend spiegelen onze indelingen en resultaten de wetenschappelijke kennis op dit moment. De empirische positieve psychologie is een redelijk jonge richting in de psychologie. Onderzoek over factoren en processen die tot welbevinden en floreren leiden, kunnen in de toekomst additionele componenten aan de kern van de positieve psychologie toevoegen en mogelijk een ander licht werpen op de door ons onderzochte 10 componenten en de onderscheiding in PPI's en IGPP's. Ook kunnen componenten die nu als kern beschouwd worden door groeiende empirische evidentie aan invloed af- of toenemen. Echter, de hier gebruikte indelingen zijn op de meest invloedrijke huidige theoretische modellen gebaseerd die op dit moment internationaal erkent worden.

We hebben voor beantwoording van ieder van de onderzoeksvragen geen specifieke zoektermen gecreëerd voor een algemene component 'positieve psychologie'. De reden hiervoor is dat we gekozen hebben voor een inhoudelijke benadering. We hebben verwoord aan welke uitgangspunten een interventie in lijn met positieve psychologie zich houdt, en hoe zich dit concreet vertaalt in een keuze voor componenten en bijbehorende methodieken en benadering van de patiënt. We gaan ervan uit dat een goede positief-psychologische interventie zich committeert aan minstens 1 van de geïnccludeerde componenten, of deze op zijn minst zal benoemen in een wetenschappelijke publicatie. We gaan er dan ook van uit dat we interessante studies die zich plaatsen in een breder positief-psychologisch framework hebben gevonden. Om bestaande zelfmanagementinterventies te identificeren zijn 7 interventiedatabases, Scopus en de eerdere kennissynthese van Heijmans et al. (2015) gebruikt. Deze

zoekstrategie leverde veel interventies op die in Nederland ontwikkeld zijn of aan de Nederlandse zorgcontext aangepast zijn. We realiseren ons dat we mogelijk interventies gemist hebben die zich niet als zelfmanagementinterventies labelen, maar wel degelijk soortgelijke interventiemethodologieën toepassen bij mensen met chronische, lichamelijke aandoeningen. Dit zou kunnen gelden voor individuele therapieën die elementen en technieken gericht op zelfmanagement toepassen. Echter, we vermoeden dat gezien de hoeveelheid en heterogeniteit van gevonden interventies geen programma's gemist zijn die heel andere technieken toepassen of op grotere schaal ingezet worden, waardoor onze conclusies over het gebruik van positieve psychologie in huidige zelfmanagementinterventies substantieel zouden veranderen.

Door onze focus op chronisch lichamelijke aandoeningen hebben we programma's uitgesloten die niet specifiek voor deze doelgroep ontwikkeld zijn, maar wel voor doelgroepen met raakvlakken aan chronische aandoeningen, bijvoorbeeld de interventie Grip en Glans die voor ouderen met eenzaamheidsproblematiek is ontwikkeld. Ook hebben we interventies voor kinderen en jongeren met chronische, lichamelijke aandoeningen niet geïnccludeerd in onze analyses. Onze huidige conclusies gelden dus uitdrukkelijk niet voor deze doelgroepen. Het zou zeker de moeite waard zijn leeftijdsspecifieke interventies met onze methodiek te onderzoeken om te achterhalen in hoeverre positief-psychologische benaderingen bij deze groepen al meer verwezenlijkt zijn.

Om de kennissynthese in de looptijd en budget van dit project enigszins haalbaar te houden, hebben we ons alleen op interventies voor patiënten en niet op educatieve interventies voor zorgprofessionals gericht. Gezien de aanbevelingen uit hoofdstuk 5 dat positief-psychologische benaderingen juist zorgprofessionals zouden kunnen ondersteunen bij hun veeleisende rollen en taken, bevelen we aan dit onderwerp in verdere projecten uit te diepen.

Onze conclusies voor de vraag naar positief-psychologische benaderingen in Hbo-opleidingen zijn mogelijk niet helemaal generaliseerbaar naar alle Hbo-opleidingen verpleegkunde in Nederland omdat de *response rate* redelijk laag is (6 van de 17 Hbo-opleidingen hebben meegewerkt). Echter, het beeld is zo homogeen dat we vermoeden dat ook de andere opleidingen verpleegkunde hierop zouden kunnen lijken.

3.3 Aanbevelingen

Op basis van de geconstateerde relevantie van de positieve psychologie voor zelfmanagement van chronische, lichamelijke ziektes formuleren we enkele aanbevelingen.

- Wanneer er nieuwe wetenschappelijke programma's worden ontwikkeld gericht op zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen en *diseasemanagement* bevelen we aan om expliciet aandacht te besteden aan positieve en persoonsgerichte uitkomsten rond veerkracht en positieve gezondheid en aan adaptieve taken voor verliesverwerking en zingeving. We raden ook aan om de positieve psychologie te benoemen als een veelbelovende wetenschappelijk kader voor nieuwe interventies.
- In het onderzoek naar de effectiviteit van zelfmanagementinterventies kunnen vaker instrumenten worden gebruikt die expliciet positieve uitkomsten van zelfmanagement meten.
- Er is veel aandacht nodig voor een goede, patiëntgerichte implementatie. Diverse zelfmanagementinterventies dienen aan te sluiten bij de behoeftes van patiënten. Daarvoor is zorgvuldige gespreksvoering en toeleiding noodzakelijk. Het toepassen van goede methodes die patiënten helpen om behoeftes aan, en persoonlijke doelen voor adaptieve taken te formuleren is van belang. Zonder een toegankelijk kader en concrete leidraad is het risico aanwezig dat een patiënt zich overweldigd voelt bij het nemen van eigen regie voor zijn/haar gezondheid.
Een goed voorbeeld van een toegankelijk kader dat leidraad kan bieden is het concept positieve gezondheid. Er wordt op moment gewerkt aan een instrument dat patiënten in staat stelt om hun functioneren en hun behoeftes op verschillende domeinen van positieve gezondheid vast te stellen. Vervolgens kunnen interventies gebaseerd op de positieve psychologie de patiënt helpen om op een of meerdere domeinen gezondheid (adaptatie en regie) te realiseren.
Een ander voorbeeld, specifiek binnen de GGZ, is het *Mindfit*-model dat voor Basis GGZ is ontwikkeld door de Dimence Groep. Patiënten vullen online diverse vragen in over hun klachten, persoonlijke stijl en levensomstandigheden en hun behoeftes op diverse levensdomeinen. De vragen helpen patiënten om een heldere verklaring te vinden voor psychische klachten en om doelen te formuleren op het gebied van leefstijl, lichamelijke en geestelijke gezondheid.
- In de toekomst zal in zorg en welzijn meer en meer vanuit een biopsychosociaal model worden gewerkt (Van Vliet, Grotendorst & Roodbol, 2016). In dit model past aandacht voor de verschillende adaptieve taken die we in dit hoofdstuk hebben besproken. Het is van belang dat er in de opleidingen van zorgprofessionals zoals verpleegkundigen die betrokken zijn bij zelfmanagement op termijn voldoende aandacht komt voor de verschillende adaptieve taken en voor positieve psychologie.

4 Referenties

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education Counseling*, 48: 177-187.
- Barnard LK, Curry JF (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology* 15, 289-303.
- Bode, C., Arends, R.Y. (2013). Optimale ontwikkeling, persoonlijke doelen en zelfregulatie. In: E.T. Bohlmeijer, L. Bolier, G.J. Westerhof, J.A. Walburg (Red.). *Handboek positieve psychologie, theorie, onderzoek en toepassingen* (pp. 139-152). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Walburg, J. A., & Westerhof, G. J. (2013). *Handboek Positieve psychologie: theorie, onderzoek en toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M., de Kleine, E., Westerhof, G.J., Lamers, S.M.A. (2016). Geestelijke gezondheid als positieve uitkomst van behandeling, een empirische vergelijking van drie meetinstrumenten. *De Psycholoog*, 4: 49-56.
- Bohlmeijer, E.T., Trompetter, H., Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C.H.C. (2015). Compassie als sleutel van geluk. *Tijdschrift Positieve Psychologie*, 1: 36 – 44.
- Bohlmeijer, E.T., Lamers, S.M.A., Schreurs, K.M.G. (2016). Welbevinden als uitkomst van acceptance and commitment therapy. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 49: 208-221.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G.J., Riper, H., Smit, F., Bohlmeijer, E.T. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13: 119.
- Carver, C., Scheier, M., & Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889
- Cramm, J.M., Tsiachristas, A., (...), Nieboer, A.P. (2014). *Evaluatie van diseasemanagement programma's in Nederland*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Erasmus Universiteit.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (2000). The “What” and “WHY” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11: 227-268.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53: 6-41.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy. The process and practice of mindful change*. Second Edition. New York, London: The Guilford Press
- Heijmans, M., Lemmens, L., Otten, W., Havers, J., Baan, C., Rijken, M. (2015). Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten. Kennissynthese van onderzoek en implementatie in Nederland. Utrecht: Nivel.
- Huber, M., Knottnerus, J. Green, L. et al. (2011). How should we define health? *BMJ*: 343: d4162.
- Huber, M. (2015). *Towards a new dynamic concept of health, dissertation*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Huber, M., van Vliet, M. et al. (2016). Towards a patient-centred operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 5: e010091.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Linley, A., Willars, J., & Biswas-Diener, R. (2010). *The strengths book*. Coventry: CAPP Press.
- Loriquet, K.R., Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annual Behavioral Medicine*, 26: 1-7.

- Neff, K.D. (2003). Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2: 223-250.
- Nolte, S., Osborne, R.H. (2013). A systematic review of outcomes of chronic disease self-management interventions. *Quality of Life Research*, 22: 1805-16.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. P. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619. doi:10.1521/jscp.23.5.603.50748
- Peters, M.L., Rius-Ottenheim, N., Giltay, E.J. (2013). Optimisme. In: E.T. Bohlmeijer, L. Bolier, G.J. Westerhof, J.A. Walburg (Red.). *Handboek positieve psychologie, theorie, onderzoek en toepassingen* (pp. 153-162). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Reis, H.T., Gable, S.L. (2003). Toward a positive psychology of relationships. In: C.L.M. Keyes & J. Haidt (Eds). *Flourishing: positive psychology and the life well-lived* (p. 129-160). Washington: APA.
- Richardson, J. Loyola-Sanchez, A. (...), Ginis, K.M. (2014). Self-management interventions for chronic disease: a systematic scoping review. *Clinical Rehabilitation*, 1-11.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 1069-1081.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83: 10-28.
- Schreurs, K. & Westerhof, G.J. (2013). Waarden en motivatie. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J.A. Walburg (Eds.), *Handboek positieve psychologie: theorie, onderzoek en toepassingen* (pp 75-90). Amsterdam: Boom.
- Schueller, S.M., Parks, A.C. (2014). The science of self-help, translating positive psychology research into increased happiness. *European Psychologist*, 19: 145-155.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55: 5-14.
- Seligman, M.E.P. (2011). *Flourishing, a new understanding of happiness and wellbeing*. Hodder & Stoughton.
- Trompetter, H.R., de Kleine, E., Bohlmeijer, E.T. (2016). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An explanatory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive Therapy and Research*, special issue. DOI 10.1007/s10608-016-9774-0.
- Veehof, M.M., Bohlmeijer, E.T., Geschwind, N. (2013). Positieve emoties. In: E.T. Bohlmeijer, L. Bolier, G.J. Westerhof, J.A. Walburg (Red.). *Handboek positieve psychologie, theorie, onderzoek en toepassingen* (pp.105 - 122). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hiemstra, D., Bohlmeijer, E.T. (2013). De sterke kanten benadering. In: E.T. Bohlmeijer, L. Bolier, G.J. Westerhof, J.A. Walburg (Red.). *Handboek positieve psychologie, theorie, onderzoek en toepassingen* (pp. 123 - 138). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Vliet, K. van., Grotendorst, A., Roodbol, P. (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverschrijdend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2011). *Psychologie van de levenskunst, geestelijke gezondheidsbevordering*. (Psychology of the art of living, mental health promotion). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Westerhof, G. J., & Kuin, Y. (2008). Persoonlijke zingeving en ouderen: Een overzicht van theorie, empirie en praktijk. *Psyche en Geloof*, 18, 118-135.

ZonMw stimuleert gezondheids-
onderzoek en zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 51 11
Fax 070 349 51 00
info@zonmw.nl
www.zonmw.nl