



Positieve psychologie en zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen

Een kennissynthese

Uitgebreide versie

Positieve psychologie en zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen

Een kennissynthese

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

Uitgebreide versie

30 januari 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.

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	1
Belangrijkste punten uit dit rapport	7
Samenvatting	11
1 Introductie	15
1.1 Inleiding	15
1.2 Zelfmanagement	16
1.3 Positieve psychologie	17
1.4 Onderzoeksvragen	20
1.5 Leeswijzer	21
2 Werkzame elementen positieve psychologie	25
2.1 Inleiding	25
2.2 Methode	25
2.3 Resultaten	28
2.3.1 Positieve emoties	28
2.3.2 Compassie	31
2.3.3 Psychologische flexibiliteit	34
2.3.4 Zelfdeterminatie	38
2.3.5 Sterke kanten	41
2.3.6 Persoonlijke doelen	43
2.3.7 Zingeving	45
2.3.8 Optimisme	47
2.3.9 Hoop	51
2.3.10 Positieve relaties	53
2.4 Conclusie	55
3 Bewijskracht PPI's voor chronisch zieken	57
3.1 Inleiding	57
3.2 Methode	57
3.3 Resultaten	63
3.3.1 Positief-psychologische interventies	63
3.3.2 Interventies in de geest van de positieve psychologie (IGPP's)	68
3.3.2.1 Positieve emoties	68
3.3.2.2 Compassie	73
3.3.2.3 Psychologische flexibiliteit	77
3.3.2.4 Zelfdeterminatie	85
3.3.2.5 Sterke kanten	91
3.3.2.6 Persoonlijke doelen	92
3.3.2.7 Zingeving	97
3.3.2.8 Optimisme	104
3.3.2.9 Hoop	109
3.3.2.10 Positieve relaties	113
3.4 Algemene conclusie	120

4	Zelfmanagement en elementen positieve psychologie	121
4.1	Methode	121
4.1.1	Identificeren van huidige zelfmanagementinterventies	121
4.1.2	Selectie van programma's voor analyse op positief-psychologische elementen	122
4.1.3	Detailanalyse op positief-psychologische elementen	124
4.2	Resultaten	126
4.2.1	Zelfmanagementinterventies zonder positief-psychologische elementen	126
4.2.2	Zelfmanagementinterventies niet in lijn met positieve psychologie	129
4.2.3	Zelfmanagementinterventies met positief-psychologische elementen	133
4.3	Samenvatting en conclusie	139
5	Positieve psychologie in opleidingen relevante beroepsgroepen	141
5.1	Methode	142
5.2	Resultaten	143
5.2.1	Veranderingen in opleiding verpleegkunde	143
5.2.2	Rol van zelfmanagement in de opleiding BA verpleegkunde	145
5.2.3	Rol van positieve psychologie in BA opleiding verpleegkunde	146
5.2.4	Rol van zelfmanagement en positieve psychologie in curricula Fysiotherapie en Maatschappelijk Werk	147
5.3	Samenvatting en conclusies	148
6	Conclusie en aanbevelingen	151
6.1	Conclusies	151
6.2	Kritische kanttekeningen	157
6.3	Aanbevelingen	159
7	Bijlagen	161
7.1	Bijlage zoekstrings en flowchart-informatie hoofdstuk 2	161
7.2	Bijlage zoekstrings en flowchart-informatie hoofdstuk 3	164
7.3	Bijlage gebruikte zoektermen voor zelfmanagement databases hoofdstuk 4	168
7.4	Bijlage Zelfmanagementprogramma's in Nederland voor de meest voorkomende chronische lichamelijke ziektes	169
7.5	Bijlage complexiteitscores van geselecteerde interventies	172
7.6	Bijlage Compendium oefeningen positieve psychologie	176
7.7	Bijlage Uitnodiging hogescholen medewerking onderzoek voor ZonMw 2 juni 2016	184
7.8	Bijlage Reacties op uitnodiging om aan het onderzoek mee te werken (juni 2016)	185
7.9	Bijlage Status werving voor telefonisch interview met onderwijscoördinatoren	188
7.10	Bijlage Gespreksschema voor telefonisch interview met onderwijs coördinatoren	190
8	Referenties	193
8.1	Referenties hoofdstuk 1	193
8.2	Referenties hoofdstuk 2	194
8.3	Referenties hoofdstuk 3	197
8.4	Geraadpleegde bronnen hoofdstuk 5	201
8.5	Referenties hoofdstuk 6	202

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. Positieve psychologie richt zich op het vergroten van het welbevinden van mensen.
- Belangrijke componenten van welbevinden zijn: positieve emoties, compassie, psychologische flexibiliteit, zelfdeterminatie, sterke kanten, persoonlijke doelen, zingeving, optimisme, hoop en positieve relaties.
- 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 dagelijksfunctioneren.

Samenvatting

In dit rapport staat de vraag centraal wat de positieve psychologie kan betekenen voor zelfmanagement bij chronische lichamelijke aandoeningen.

In hoofdstuk 1 beschrijven we de aanleiding voor deze vraag. In Nederland hebben ruim vijf miljoen mensen een of meer chronische lichamelijke aandoeningen. Het adequaat omgaan met een chronische ziekte en de gevolgen van een ziekte door de patiënt heet zelfmanagement. Voor ZonMw is onderzoek naar de effecten van zelfmanagementprogramma's een belangrijk thema. Op basis van onderzoek naar de effecten van diseasemanagement- en zelfmanagementprogramma's verkent ZonMw wetenschappelijke kaders die een bijdrage kunnen leveren aan de versterking van het zelfmanagement van chronische, lichamelijke aandoeningen en dan vooral gericht op mentale gezondheid en kwaliteit van leven. In dit rapport staat de betekenis van de positieve psychologie voor zelfmanagement centraal. De positieve psychologie is de wetenschap van het welbevinden en positief functioneren. Deze focus includeert het omgaan met moeilijke gebeurtenissen en omstandigheden zoals ernstige ziektes, traumatische ervaringen en impactvolle levensgebeurtenissen.

In hoofdstuk 2 gaan we in op de vraag wat de stand van zaken is met betrekking tot kennis over werkzame elementen van de positieve psychologie. Aan de hand van 2 invloedrijke modellen van welbevinden, kwamen we tot een lijst van 10 componenten van welbevinden: 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 49 reviews includeren. Hoewel het aantal reviews per component sterkt wisselt, kunnen we voorzichtig concluderen dat er in het algemeen statistisch significant bewijs is voor de samenhang van alle componenten behalve voor positieve relaties en sterke kanten met verschillende vormen van gezondheid en welbevinden.

In hoofdstuk 3 geven we antwoord op de vraag welke kennis aanwezig is over positief-psychologische interventies bij mensen met chronische lichamelijke ziektes. Opnieuw zochten we in wetenschappelijke bestanden op systematische wijze naar artikelen over onderzoek naar de effectiviteit van positief-psychologische interventies bij chronische, lichamelijke ziektes. Deze studies deelden we in aan de hand van de tien componenten. In totaal werden 49 studies geïdentificeerd.

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 interventies kunnen we bestempelen als ‘in de geest van de positieve psychologie’ (IGPP’s). IGPP’s richten zich op het vergroten van componenten van welbevinden waarbij geen gebruik wordt gemaakt van de expliciet positief psychologische interventies zoals hierboven bescheven. Ook interventies gericht op de componenten compassie en psychologische flexibiliteit vallen onder de IGPP’s. De meeste interventies richten zich op psychologische flexibiliteit, zingeving, positieve relaties en persoonlijke doelen. Het ontbreekt aan studies die zich richten op sterke kanten. Daarbij worden interventies gericht op zingeving, hoop en positieve relaties vooral ingezet bij kankerpatiënten, en wordt psychologische flexibiliteit (vooral ACT) nagenoeg alleen aangeboden aan chronische pijnpatiënten. De interventies richten zich voornamelijk op het versterken van de positief-psychologische component van onderzoek (n = 42) en emotioneel/psychologisch functioneren (n = 42). Op deze uitkomsten waren de interventies ook het meest effectief. Per component verbeterde in meer dan de helft van de studies minstens één uitkomstmaat in deze categorieën significant, vaak ten opzichte van een (actieve) controlegroep. Ook de 9 studies die zich expliciet richten op leefstijl waren vaak succesvol (78%). In het algemeen kan geconcludeerd worden dat er bewijs is dat interventies gericht op de componenten van welbevinden, met uitzondering van sterke kanten, kunnen bijdragen aan het emotioneel en psychologisch welbevinden van mensen met chronische, lichamelijke aandoeningen. Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar specifieke positief-psychologische interventies.

In hoofdstuk 4 onderzoeken we de vraag in welke mate zelfmanagementinterventies in Nederland al PPI’s bevatten. Op systematische wijze vonden we 84 interventies 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. Op basis van een analyse van publicaties over deze interventies en de draaiboeken van deze interventies, konden 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 konden we voorzichtig als IGPP’s omschrijven. Hierbij viel op dat met name bij de nieuwere interventies meer aandacht voor het persoonlijk zingevingskader van de patiënt te zien is. Ook werden in enkele nieuwere interventies uitkomsten van positief functioneren en welbevinden gehanteerd naast de reductie van klachten en medische parameters.

In hoofdstuk 5 gaan we in op de vraag in welke mate de opleidingen van relevante zorgprofessionals al aandacht besteden aan positieve psychologie en zelfmanagement.

Al snel 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 2 over de HBO-bacheloropleidingen *Social work* en Fysiotherapie. Uit deze interviews bleek dat positieve psychologie als expertisegebied op dit moment nauwelijks expliciet opgenomen is in het curriculum van opleidingen voor verpleegkunde en maatschappelijk werk. Zelfmanagement van patiënten en cliënten wordt wel in toenemende mate geadresseerd in de nieuwe opleidingen.

In hoofdstuk 6 gaan we in op overkoepelende de vraag of de positieve psychologie een toegevoegde waarde voor zelfmanagementinterventies kan hebben. Voor het beantwoorden van deze vraag is de definitie van zelfmanagement van belang. Wanneer de verschillende opvattingen over zelfmanagement worden samengevoegd, ontstaat een continuüm van drie 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 op het gebied van *zingeving en levensrollen*. Hierbij gaat om het vinden van betekenisvolle levensdoelen, het zo optimaal mogelijk blijven uitvoeren van dagelijkse activiteiten, en om sociale en maatschappelijke participatie.

Wanneer we het onderzoek naar zelfmanagement en de zelfmanagementinterventies in ogenschouw nemen, lijkt zelfmanagement gericht op ziektemanagement en gezonde leefstijl het beste ontwikkeld en onderzocht. De adaptieve taken rond verwerking van de ziekte, zingeving en levensrollen komen minder aan bod in de huidige zelfmanagementinterventies in Nederland. Het met succes vervullen van deze laatste taken is echter voor het mentaal welbevinden op de langere termijn van belang. Dit zou mede een verklaring kunnen bieden waarom bestaande diseasesmanagement-programma's in Nederland wel tot goede uitkomsten op fysiologisch functioneren leiden maar niet op mentaal welbevinden.

Wanneer we de tien componenten van welbevinden in samenhang met de adaptieve taken beschouwen, kan worden geconcludeerd dat de positieve psychologie bij alle drie de clusters van adaptieve taken een rol kan spelen, maar vooral bij taken rond de verwerking van de ziekte en bij taken rond zingeving en levensrollen een toegevoegde waarde kan hebben. Het onderzoek dat in hoofdstuk 2 werd 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. Er werden ook meer consistent positieve en significante effecten gevonden in de studies die zich richten op verwerking van de ziekte en zingeving dan in de studies die zich op ziektemanagement en leefstijl richten.

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. In een nieuw model van positieve gezondheid worden zes domeinen van positieve gezondheid onderscheiden: lichaamsfuncties, dagelijks functioneren, meedoen, mentaal welbevinden, kwaliteit van leven en zingeving. De positieve psychologie en de tien componenten van welbevinden die we in dit rapport bespreken, sluiten goed aan bij de laatste vier domeinen. Ook sluit de positieve psychologie goed aan bij nieuwe visies op zorg waarin het (positief) functioneren, veerkracht en eigen regie centraal staan.

Op basis van deze verkennende studie wordt daarom aanbevolen om de focus van zelfmanagementinterventies te verbreden naar adaptieve taken rond verwerking van de ziekte en zingeving en levensrollen. Ook bevelen we aan om bij de ontwikkeling van interventies en in het wetenschappelijk onderzoek naar zelfmanagement gebruik te maken van kennis en interventies binnen de positieve psychologie.

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. Diseasemanagement 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 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 (en floreren als hoog niveau van welbevinden) staat dus 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 samengesteld construct dat uit 5 meetbare componenten 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.

De laatste jaren is er toenemend onderzoek gedaan naar de effectiviteit van specifieke positief-psychologische interventies (PPI's). Bolier et al. (2013) deden een meta-analyse van studies naar de effecten van PPI's op welbevinden en depressie bij gezonde en klinische populaties. Zij vonden kleine, maar significante effecten op psychologisch welbevinden, emotioneel welbevinden en depressieve klachten. Chakhssi, Spijkerman &

Bohlmeijer (ingediend artikel) deden een meta-analyse van studies naar de effecten van PPI's bij mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen. Er werden 29 studies geïnccludeerd. Bij mensen met chronische lichamelijke ziektes werden kleine, maar significante effecten gevonden voor welbevinden, depressie en angst. Bij mensen met chronische psychische aandoeningen werd een klein effect voor welbevinden, een medium effect voor depressie en een groot effect voor angst gevonden.

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.

1. 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:
2. Wat is stand van zaken van de kennis over werkzame elementen van de positieve psychologie? (hoofdstuk 2)
3. Wat is bekend over de bewijskracht van positief-psychologische interventies voor lichamelijk chronisch zieken? (hoofdstuk3)
4. In welke mate bevatten huidige zelfmanagementinterventies elementen van positieve psychologie? (hoofdstuk 4)
5. In welke mate is er aandacht voor positieve psychologie in de curricula van de opleidingen van de relevante beroepsgroepen? (hoofdstuk 5)

1.5 Leeswijzer

Per vraag (en per hoofdstuk) geven we een onderbouwing van de gehanteerde aanpak en methode van onderzoek.

In hoofdstuk 2 beantwoorden we de vraag wat de stand van zaken is van de kennis over veronderstelde werkzame elementen van de positieve psychologie. Om deze vraag te beantwoorden selecteerden we eerst relevante componenten van welbevinden. 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.

In hoofdstuk 3 gaan we in op de vraag wat er al bekend is over de bewijskracht van positief-psychologische interventies voor chronisch zieken. Om deze vraag te beantwoorden voerden we een systematische review uit voor elk van de tien componenten van positieve psychologie in relatie tot chronische ziekten.

In hoofdstuk 4 beantwoorden we de vraag in welke mate huidige zelfmanagementinterventies elementen van positieve psychologie bevatten. Om deze vraag te beantwoorden 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.

In hoofdstuk 5 gaan we in op de vraag 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 te distilleren die we in hoofdstuk 5 weergeven.

Tot slot zullen we in hoofdstuk 6 de resultaten van de verschillende deelonderzoeken in samenhang bespreken en enkele conclusies trekken en aanbevelingen doen voor verder onderzoek naar en implementatie van positieve psychologie in relatie tot zelfmanagement van chronisch ziektes.

2 Werkzame elementen positieve psychologie

2.1 Inleiding

Vraag 1: Wat is de stand van zaken van de kennis over werkzame elementen van de positieve psychologie?

Voor het beantwoorden van deze vraag zijn 10 systematische reviews uitgevoerd. Deze systematische reviews geven een samenvatting van bestaande gepubliceerde reviews naar de relatie van de 10 componenten van welbevinden besproken in Hoofdstuk 1 tot een brede range van uitkomsten van gezondheid en welbevinden. Hieronder staan de 10 componenten van welbevinden nogmaals genoemd:

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

2.2 Methode

Procedure

Waar mogelijk zijn bij de praktische uitvoering van de systematische reviews de PRISMA-richtlijnen aangehouden (Moher, Liberati, Tezloff, Altman, & Group, 2009).

Zoekstrings en zoeksystemen

Voor het beantwoorden van deze vraag zijn 10 verschillende systematische reviews uitgevoerd, één voor ieder van de positief-psychologische componenten. Voor iedere component is een afzonderlijke zoekstring samengesteld, die gebruikt is om te screenen op mogelijke relevante artikelen in de zoeksystemen Scopus en Web of Science als brede, inclusieve wetenschappelijke zoeksystemen. Deze zoekstrings bestonden uit twee verschillende onderdelen.

1. Termen die betrekking hebben op de *component van welbevinden*.

Dit gedeelte varieerde afhankelijk van de specifieke component waar een systematische review zich op richtte. Dit is het voorbeeld voor positieve emoties: "positive emotions" OR "positive affect".

2. Zoektermen met betrekking tot het *studiedesign*.

Expliciet werden alleen studies geïnccludeerd die op systematische wijze een samenvattend overzicht van een groep bestaande studies gaven. Onderdeel van de zoekstring dat hiervoor werd gebruikt was: "systematic review" OR "meta-analysis".

Het samenvoegen van deze verschillende componenten gebeurde door toevoeging van de term 'AND'. Om het grote aantal vals positieven te verkleinen is als extra criterium toegevoegd dat zoektermen moesten voorkomen in de titel, keywords of abstract van het artikel. Om pragmatische redenen werd bij componenten met een zeer groot aantal hits na een eerste zoekronde (> 1500 titels) als aanvullend criterium toegevoegd dat zoektermen moesten voorkomen in enkel de titel van het artikel. Tot slot is bij iedere zoektocht als restrictie opgegeven dat een artikel in of na het jaar 2000 gepubliceerd moest zijn. Hiervoor is gekozen omdat het jaar 2000 gezien wordt als het aanvangs- of geboortjaar van de positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Een voorbeeld van een volledige zoekterm voor de positief-psychologische component positieve emoties: TITLE-ABS-KEY(("positive emotions" OR "positive affect") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999.

Deze en alle overige zoekstrings zijn te vinden in Bijlage 7.1.

Naast de beschreven systematische zoektocht in Scopus en Web of Science werd de referentielijst van het *Handboek Positieve Psychologie* (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013), waarin voor veel van de geïnccludeerde positief-psychologische componenten afzonderlijke hoofdstukken door Nederlandse experts geschreven zijn, doorlopen om aanvullende systematische reviews en meta-analyses te vinden. Deze artikelen werden naast de artikelen uit Scopus en Web of Science geïnccludeerd voor systematische studieselectie.

Studieselectie

Na extractie van artikelen uit Scopus, Web of Science en het *Handboek Positieve Psychologie* op basis van de beschreven zoekstrings, werden duplicaten verwijderd en achtereenvolgens titelselecties uitgevoerd.

Gehanteerde inclusiecriteria bij titel-, abstract- en fulltekstselectie waren als volgt: Gepubliceerd in het jaar 2000 of later; studies met volwassen mensen; kwantitatieve insteek; Engels- of Nederlandstalig; systematische review of meta-analyse beschreven in termen van systematische zoektermen, in- en exclusiecriteria en systematische samenvatting van resultaten; direct betrekking op de positief-psychologische component van onderzoek en de relatie van deze component tot uitkomsten in relatie tot gezondheid en welbevinden. Bij papers met bespreking van meerdere componenten en/of uitkomsten vond inclusie alleen plaats wanneer er afzonderlijke resultaten samen te vatten waren voor meer dan één studie over de component van onderzoek en/of het cluster uitkomsten in relatie tot gezondheid en welbevinden.

Titelselectie vond voornamelijk plaats op non-ambigue criteria als publicatiejaar, taal van publiceren of het (niet) zijn van een reviewstudie. Bij titelselectie werd bij iedere vorm van twijfel een paper geïncludeerd voor verdere abstractselectie. Abstractselectie werd onafhankelijk van elkaar uitgevoerd door twee reviewers. Studies waarover onenigheid bestond werden geïncludeerd voor fulltekstselectie. Fulltekstselectie werd uitgevoerd op basis van eerdere genoemde inclusiecriteria. Bij twijfel werd overlegd met de projectgroep over inclusie via het consensusprincipe.

Data-extractie en analyse

Per component zijn de belangrijkste onderzoeksvragen, effecten en methodologische overwegingen van ieder van de geïncludeerde meta-analyses en systematische reviews samengevat in tabellen en tekst. Daarnaast is voor iedere studie geëxtraheerd wat het studiedesign was (systematische review of meta-analyse), en hoeveel studies er waren geïncludeerd. Wanneer een systematische review of meta-analyse andere onderzoeksvragen behandelde dan relevant voor dit rapport, werden deze onderzoeksvragen en effecten niet besproken. Enkele reviews behandelden de relatie van meerdere positief-psychologische componenten met uitkomsten (bijvoorbeeld optimisme en hoop als voorspellers van burn-out). Deze studies zijn bij ieder van de specifieke componenten (zowel hoop als optimisme) geïncludeerd en relevante uitkomsten voor de specifieke component besproken.

2.3 Resultaten

2.3.1 Positieve emoties

We vonden 6 reviews van studies naar de rol van positieve emoties in gezondheid, samengevat in tabel 1.

In vergelijking met de andere componenten in dit rapport is een aanzienlijk aantal reviews alleen gericht op prospectieve studies (Chida & Steptoe, 2008; DuBois et al., 2015; Lamers, Bolier, Westerhof, Smit, & Bohlmeijer, 2012; Morris, Bylsma, & Rottenberg, 2009). In 3 van deze 4 reviews is er in een aanzienlijk aantal, maar zeker niet alle studies, bewijs voor een positieve relatie tussen positieve emoties en verschillende gezondheidsgerelateerde uitkomsten, waaronder een langere levensduur, beter herstel bij chronisch zieken en minder kans op sterfte. Uitkomsten van meta-analyses bevestigen een significant maar klein effect. Morris et al. (2009) concluderen daarnaast ook dat de onderzoeken met *enige* consistentie laten zien dat lagere niveaus van positieve emoties tot minder verbetering van depressieve symptomen leidden, maar dat bij nadere beschouwing van de resultaten slechts de minderheid van de hypothesen bevestigd konden worden.

Cameron, Bertenshaw, & Sheeran (2015) voerden daarnaast een meta-analyse uit van studies naar de impact van positief affect op gezondheidscognities en -gedrag. In de geïnccludeerde studies werden deelnemers bijvoorbeeld in een positieve, neutrale of negatieve stemming gebracht met een filmfragment, en werd vervolgens gekeken naar gezondheidsgedrag of relevante cognities. Hoewel enkele specifieke effecten werden gevonden, concluderen de auteurs dat er in het algemeen geen bewijs is voor het effect van positieve emoties op gezond gedrag of intenties tot gezond gedrag. Wel is het zo dat veel studies onvoldoende power hadden om betekenisvolle effecten te kunnen vinden. Tot slot lieten Alarcon, Eschleman en Bowling (2009) zien dat in vooral cross-sectionele studies positieve emoties samengaan met minder burn-outklachten.

Al met al concluderen we dat er wisselend bewijs is voor de werkzaamheid van positieve emoties. De resultaten van het onderzoek naar de rol van positieve emoties bij het verloop van een depressieve stoornis zijn ambivalent. Ook is er nog weinig bewijs dat het bevorderen van positief affect tot een toename van gezondheidscognities en gezondheidsgedrag leidt. Verder lijken positieve emoties relatief sterk gerelateerd aan minder burn-outklachten, maar meer longitudinaal onderzoek naar deze laatste associatie is nodig. Wel is er consistent bewijs dat positief affect een positieve, maar waarschijnlijk kleine, voorspellende invloed heeft op het risico op sterfte, herstel van chronische ziektes en bijdraagt aan een langere levensduur.

Tabel 1 Positieve emoties

Studie	Onderzoeksvraag	Design	N studies inclusie	Belangrijkste resultaten	Methodologie
(G. Alarcon et al., 2009) ¹	Is positief affect gerelateerd aan burn-out?	Meta-analyse	121 (9 tot 12 samples voor positief affect)	Positief affect hangt samen met verschillende sub-domeinen van burn-out (mean-sample –weighted corrected correlation r varieert van -.42 tot .50)	Vooraf cross-sectionele studies.
(Cameron et al., 2015)	Leidt het induceren van positief affect tot een toename van gezondheidsgerelateerde intenties of gedrag?	Meta-analyse	54	Specifieke effecten op fysieke activiteit, veilig autorijden, alcohol consumptie, keuze voor gezond eten. Geen betrouwbare (generaliseerbare) effecten op intenties en gedrag.	Veel studies hadden onvoldoende power.
(Chida & Steptoe, 2008)	Is positief affect een voorspeller van sterfte?	Meta-analyse	70	51.4% en 31.4% van de geïncorporeerde studies rapporteerde een positieve significante relatie tussen positief affect en sterfte in respectievelijk gezonde en zieke populaties. In een meta-analyse waren algemene hazard ratio's in gezonde (HR=.82) en zieke (HR=.98) populaties significant.	Alleen prospectieve studies. Er waren indicaties van publicatie-bias aanwezig.
(DuBois et al., 2015) ¹	Is positief affect een voorspeller van gezondheidsgerelateerde uitkomsten in patiënten met hartaandoeningen?	Systematische review	30 (20 samples positief affect)	Positief affect was in het merendeel van de analyses (60%) significant voorspellend voor verschillende gezondheidsuitkomsten, waaronder verminderde heropname en fysiek functioneren.	Alleen prospectieve studies. Zeer heterogene metingen van positief affect en uitkomsten. Veel secundaire analyses.

(Lamers et al., 2012)	Is emotioneel welbevinden een voorspeller van lichamelijke ziektes?	Meta-analyse	17	13 studies over positief affect lieten een Likelihood Ratio zien van 1.22, een klein maar significant effect. Emotioneel welbevinden leidt tot een langere levensduur en beter herstel.	Er was sprake van matige tot grote heterogeniteit in de studies. Positief affect werd vaak gemeten met subschalen van depressievragenlijsten.
(Morris et al., 2009)	Zijn positieve emoties voorspellers van het verloop van een depressieve stoornissen?	Systematische review van prospectieve studies	28	Minderheid van studies en hypothese-onderzoek laten zien dat lagere niveaus van positieve emoties een slechter verloop van depressieve stoornis voorspellen.	Positieve emoties zowel gemeten als eigenschap (trait) als staat (state) van individu. Het betrof zowel naturalistische studies als therapiestudies.

¹Ook inclusie bij component optimisme.

2.3.2 Compassie

De afgelopen jaren zijn in totaal 8 reviews uitgevoerd naar de component compassie (tabel 2). 2 meta-analyses (MacBeth & Gumley, 2012; Zessin, Dickhäuser, & Garbade, 2015) onderzochten de samenhang tussen zelfcompassie enerzijds en psychopathologie en welbevinden anderzijds. Deze meta-analyses laten zien dat er een matige tot sterke samenhang is. Een beperking is dat het vooral om cross-sectionele studies ging. Zessin et al. (2015) keken wel specifiek naar een subgroep van 14 studies met een longitudinaal design. Deze studies laten zien dat er ook bewijs is voor een causaal verband tussen zelfcompassie en welbevinden. In een vergelijkbare meta-analyse vonden Sirois, Kitner en Hirsch (2015) een samenhang tussen zelfcompassie en gezondheidsgedrag. Het ging om een klein effect.

3 reviews includeerden interventiestudies die onderzoek deden naar de effecten van meditaties gericht op liefdevolle vriendelijkheid (Galante, Galante, Bekkers, & Gallacher, 2014; Shonin, Van Gordon, Compare, Zangeneh, & Griffiths, 2015; Zeng, Chiu, Wang, Oei, & Leung, 2015). Deze reviews laten zien dat deze interventies een positief effect hebben op diverse uitkomsten zoals depressieve klachten en andere psychische klachten, op positieve emoties, interpersoonlijke relaties en positief denken. Het gaat vooral om matige effecten. De kwaliteit van de studies wisselt wel sterk. De effecten zijn vooral zichtbaar in studies met passieve controlecondities. Het aantal studies naar de effecten van specifieke compassie-interventies zoals Compassion Focused Therapy (CFT) is nog gering. Deze studies laten significante effecten zien op psychische klachten (Khoury et al., 2013; Leaviss & Uttley, 2015).

In het algemeen kunnen we concluderen dat er redelijk veel bewijs is voor de relatie tussen zelfcompassie en psychische klachten en welbevinden en dat interventies die zich richten op het versterken van liefdevolle vriendelijkheid voor zichzelf en de ander tot meer welbevinden en minder psychische klachten leiden. Het onderzoek naar specifieke compassiebehandelingen zoals CFT staat nog in de kinderschoenen.

Tabel 2 *Compassie*

Studie	Onderzoeksvraag	Design	N studies inclusie	Belangrijkste resultaten	Methodologie
(MacBeth & Gumley, 2012)	Wat is er tot op heden bekend over de relatie tussen zelfcompassie en psychopathologie?	Meta-analyse	14	Er werd een sterk verband gevonden tussen zelfcompassie en psychopathologie ($r=-0.54$).	Er is een significante heterogeniteit in de studies. Geen bewijs voor publicatiebias. Overwegend cross-sectionele studies met studenten.
(Khouri et al., 2013)	Wat is het effect van compassie-interventies voor mensen met psychotische stoornissen? De review includeerde ook andere mindfulness-interventies.	Meta-analyse	2	Een klein effect (Hedges' $g = 0.36$) van compassie-interventies werd gevonden op diverse uitkomsten als positieve en negatieve symptomen, stemmingsklachten, cognitief functioneren en kwaliteit van leven.	Het betrof alleen pilotstudies met voor- en nameting.
(Sirois et al., 2015)	Wat is er bekend over de relaties tussen zelfcompassie en gezondheidsbevorderend gedrag? Vormen hoog positief affect of laag negatief affect een verklarend mechanisme daarbij?	Meta-analyse	15	Een klein, maar significante relatie ($r=0.25$) werd gevonden tussen zelfcompassie en gezondheid bevorderend gedrag. Positief en negatief affect medieerden gedeeltelijk de relaties tussen beiden.	Overwegend cross-sectionele studies. Er waren grote verschillen in de kwaliteit van de instrument om gezond gedrag te meten.
(Galante et al., 2014)	Wat is het effect van vriendelijkheidsmeditaties op welzijn en gezondheid?	Meta-analyse	22	Een matig effect op depressieve klachten (Hedges' $g = 0.61$) en op compassie (Hedges' $g = 0.63$) en zelfcompassie (Hedges' $g = 0.45$) in	Alleen RCT's werden geïnccludeerd. Studies waren alle van lage of matige kwaliteit.

				vergelijking met passieve controlegroepen. In vergelijking met actieve controlegroepen inconsistente resultaten.	
(Shonin et al., 2015)	Wat is het effect van vriendelijkheids- en compassiemeditatie op uitkomsten die relevant zijn voor psychopathologie?	Systematische review	20	In de meeste studies werden significante effecten gevonden op positief en negatief affect, psychische klachten, positief denken, interpersoonlijke relaties en empathie.	14 studies betroffen een RCT. 7 studies van hoge kwaliteit en 13 studies van matige of lage kwaliteit. Zowel klinische als gezonde samples. In het algemeen kleinere samples: gemiddeld 66.
(Zeng et al., 2015)	Wat is het effect van vriendelijkheidsmeditatie op positieve emoties?	Meta-analyse	24	De geïnccludeerde RCT's laten kleine tot matige effecten op positieve emoties (Hedges' $g = 0.39$). De effecten van de interventies gericht op vriendelijkheidsmeditatie dan de interventies gericht op compassie.	16 RCT's met overwegend passieve controlegroepen. Geen aanwijzing voor publicatiebias.
(Leaviss & Uttley, 2015)	Wat is het effect van Compassion Focused Therapy (CFT)?	Systematische review	14	Er is beginnend bewijs voor de effecten van CFT voor stemmingsstoornissen en vooral voor mensen met een hoge mate van zelfkritiek. Het is echter nog veel te vroeg om robuuste conclusies te trekken.	De review omvat 3 RCT's, 2 quasi-experimentele studies en 7 observatiestudies.
(Zessin et al., 2015)	Wat is er bekend over de samenhang tussen zelfcompassie en welbevinden?	Meta-analyse	79	Een matig tot sterke relatie tussen zelfcompassie en welbevinden ($r = 0.47$). De relatie met cognitief en psychologisch welbevinden was significant sterker dan met emotioneel welbevinden. 14 studies met een longitudinaal design laten een causaal effect zien op welbevinden.	Overwegende cross-sectionele studies. De meerderheid van de studies richtten zich op gezonde populaties.

2.3.3 Psychologische flexibiliteit

Het vergroten van psychologische flexibiliteit staat centraal in *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). In totaal vonden we 10 reviews (zie tabel 3) van studies die de effecten van ACT-interventies onderzochten. 1 review keek specifiek naar laboratoriumstudies waarin onder zeer gecontroleerde omstandigheden (vaak beperkte) interventies werden uitgevoerd gericht op een component van psychologische flexibiliteit (Levin, Hildebrandt, Lillis, & Hayes, 2012). Deze review laat zien dat het goed mogelijk is om de componenten van psychologische flexibiliteit te versterken. Het ging om matige tot grote effecten. De overige reviews richten zich op meer pragmatische studies rond de effecten van ACT in klinische populaties. Er lijkt voldoende bewijs dat ACT een effectieve interventie is als behandeling van depressie en chronische pijn. Bij mensen met chronische pijn lijkt ACT effectiever in het reduceren van psychische klachten dan mindfulness-interventies. Bij depressie is ACT niet significant effectiever of minder effectief dan andere behandelingen zoals cognitieve gedragstherapie (CGT). De studies naar de effecten van ACT bij angststoornissen wijzen erop dat ACT effectief is, maar het aantal studies met een goed design is te gering voor een definitieve uitspraak. Ook onderzoek onder mensen met verslavingsproblematiek en psychotische stoornissen laat significante effecten zien, maar ook hier zijn te weinig studies van goede kwaliteit gedaan om een definitieve uitspraak over de effectiviteit te doen. De review van A-Tjak et al. (2015) laat zien dat ACT effectief is bij mensen met diverse fysieke aandoeningen (en niet alleen chronische pijn). Op basis van meer rigoureuze criteria trekt Ost (2014) de conclusie dat ACT waarschijnlijk effectief is voor chronische pijn en tinnitus en mogelijk effectief voor diverse psychische stoornissen. Ost wijst er ook op dat in veel studies naar ACT de inclusiecriteria niet betrouwbaar zijn vastgesteld en dat het meestal ontbreekt aan echte equivalentie-analyses wanneer ACT wordt vergeleken met andere actieve interventies.

Geconcludeerd kan worden dat psychologische flexibiliteit de component is waar het meeste onderzoek naar is verricht. Het vergroten van psychologische flexibiliteit via ACT is voor verschillende doelgroepen effectief, waaronder patiënten met chronische pijn. Meer vergelijking met andere behandelingen kan interessant zijn in toekomstig onderzoek.

Tabel 3 Psychologische flexibiliteit

Studie	Onderzoeksvraag	Design	N studies inclusie	Belangrijkste resultaten	Methodologie
(Montgomery, Kim, & Franklin, 2011)	Wat is de effectiviteit van ACT-interventies bij mensen met verschillende ziektebeelden?	Systematische review	18	De resultaten laten een gemengd beeld zien met grotere effecten voor bijvoorbeeld angststoornissen en kleine effecten voor stemmingsstoornissen en verschillende chronische ziekten.	De kwaliteit van de geïnccludeerde studies wisselt sterk. Sinds 2011 zijn veel nieuwe studies uitgevoerd en voor verschillende doelgroepen specifieke reviews uitgevoerd.
(Levin et al., 2012)	Wat is de effectiviteit van interventies uitgevoerd in laboratoria op de componenten van psychologische flexibiliteit?	Meta-analyse	66	Interventies gericht op specifieke componenten van psychologische flexibiliteit leiden tot vooral kleine tot matige effecten op algemene uitkomstmaten en tot matige tot grote effecten op specifieke uitkomsten (die de component meten).	De kwaliteit van de studies werd niet beoordeeld. Het aantal studies bij sommige componenten was klein.
(Khoury, Lecomte, Gaudiano, & Paquin, 2013)	Wat is het effect van ACT-interventies voor mensen met psychotische stoornissen? De review includeerde ook andere mindfulness interventies.	Meta-analyse	5	Een klein effect (Hedges' $g = 0.35$) van ACT-interventies werd gevonden op diverse uitkomsten als positieve en negatieve symptomen, stemmingsklachten, cognitief functioneren en kwaliteit van leven in vergelijking met diverse controlegroepen.	Het aantal gecontroleerde ACT studies was gering. De kwaliteit van de studies wisselde sterk.
(Swain, Hancock, Hainsworth, & Bowman, 2013)	Wat is het effect van ACT-interventies toegepast bij mensen met angststoornissen?	Systematische review	38	Een significant, vooral matig, effect werd gevonden voor diverse typen angststoornissen zoals gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, posttraumatische stressstoornis en sociale angststoornis.	In veel studies werd geen controlegroep gebruikt. In enkele studies werd ACT vergeleken met CGT. In deze studies waren de interventies vergelijkbaar effectief.

(Hann & McCracken, 2014)	Wat is het effect van ACT-interventies toegepast bij mensen met chronische pijn?	Systematische review	10	De meeste studies laten significante effecten zien op algemeen fysiek functioneren en psychische klachten. De grootte van de effecten wisselde sterk.	Alle geïnccludeerde studies waren RCT's. Een meerdere uitgebreide meta-analyse is in 2016 uitgevoerd door Veehof et al.
(Ost, 2014)	Wat is het effect van ACT-interventies op basis van randomized controlled trials (RCT's)?	Meta-analyse	60	Gemiddeld werd een klein tot matig effect (0.42, Hedges' g) gevonden voor alle studies.	De kwaliteit van studies is een belangrijk aandachtspunt: suboptimale controlegroepen, het toepassen van gecombineerde interventies, tekort aan statistische power.
(A-Tjak et al., 2015)	Wat is het effect van ACT-interventies in klinische populaties?	Meta-analyse	39	Gemiddeld werd een significant, matig effect (Hedges' g = 0.57) gevonden voor alle uitkomstmaten. Er werden geen significante verschillen tussen ACT en CGT gevonden. Het effect van toepassingen van ACT bij mensen met fysieke klachten was 0.58.	De auteurs observeren dat de kwaliteit van studies toeneemt. Voor sommige stoornissen zoals angst is het aantal RCT's nog zeer gering.
(Lee, An, Levin, & Twohig, 2015)	Wat is het effect van ACT-interventies voor mensen met verslavingsproblematiek in vergelijking met andere actieve behandelingen?	Meta-analyse	10	Een klein tot matige effect ten gunste van ACT werd gevonden. De effecten van de studies met mensen met nicotineverslaving waren gelijkwaardig aan de studies met mensen met andere verslavingen.	Weinig studies maakten gebruik van procesmaten. Een groot aantal studies waren pilotstudies met kleine samples.
(Hacker, Stone, & Macbeth, 2016)	Is er voldoende bewijs om met vertrouwen te concluderen dat ACT effectief is voor depressie en angst in vergelijking met actieve controlegroepen?	Meta-analyse	42	Er is voldoende bewijs om te concluderen dat ACT tot substantiële reductie van angst- en depressieve klachten leidt. Er is onvoldoende bewijs om te concluderen dat ACT tot ten minste matige effecten leidt in vergelijking met actieve controlegroepen zoals CGT.	Er werd gebruik gemaakt van sequentiële meta-analytische technieken. Ook in de grijze literatuur werd gezocht naar relevante studies om de kans op publicatiebias te minimaliseren.

(Veehof, Trompetter, Bohlmeijer, & Schreurs, 2016)	Wat is het effect van ACT- interventies voor mensen met chronische pijn?	Meta-analyse	9 (de studies waarin ACT centraal stond)	Matige tot grote effecten werden gevonden voor depressie, angst, pijninterferentie en kwaliteit van leven. Een klein tot matig effect op ervaren pijn.	Alleen RCT's werden geïnccludeerd. Het aantal studies van hoge kwaliteit is toegenomen, maar er zijn ook nog studies van lage kwaliteit.
---	--	--------------	---	--	--

2.3.4 Zelfdeterminatie

In totaal werden 5 reviews geïncludeerd. In tabel 4 worden deze reviews beschreven. De tabel laat zien dat er inmiddels een groot aantal studies naar zelfdeterminatie is verricht. Verschillende reviews (Hagger & Chatzisarantis, 2009; Ng et al., 2012; Teixeira, Carraca, Markland, Silva, & Ryan, 2012) laten zien dat er bewijs is voor de relaties tussen componenten van zelfdeterminatie (bijvoorbeeld intrinsieke motivatie, ervaren autonomie, verbondenheid en competentie) enerzijds en lichaamsbeweging, mentale en fysieke gezondheid in de context van zorginstellingen en voorspellers van gezond gedrag anderzijds. Er kunnen geen conclusies worden getrokken over de causaliteit, maar het grotere aantal studies maakt de resultaten robuust. Twee andere reviews (Algozzine, Browder, Karvonen, Test, & Wood, 2001; Su & Reeve, 2011) laten zien dat het mogelijk is om professionals te leren om intrinsieke motivatie, autonomie, competentie en verbondenheid bij hun doelgroepen te bevorderen met gerichte interventies gebaseerd op de zelfdeterminatietheorie. Het gaat daarbij om diverse groepen als leerkrachten, zorgverleners, therapeuten, artsen, mensen met verstandelijke beperkingen enzovoort. De effecten waren het grootst voor leerkrachten en minder ervaren professionals of studenten. maar ook voor de andere doelgroepen waren de interventies effectief.

Al met al is er redelijk veel bewijs voor de gunstige effecten van zelfdeterminatie op gezondheid en gezond gedrag en lijken professionals goed in staat vaardigheden te leren die zelfdeterminatie bij leerlingen en patiënten bevorderen.

Tabel 4 Zelfdeterminatie

Studie	Onderzoeksvraag	Design	N studies inclusie	Belangrijkste resultaten	Methodologie
(Teixeira et al., 2012)	Wat is er bekend over de relatie tussen zelfdeterminatieconstructen en -interventies en bewegings-uitkomsten?	Systematische review	66	Studies laten consistent zien dat autonome motivatie (bijvoorbeeld intrinsieke motivatie) tot blijvende oefening leidt. Ervaren competentie en intrinsieke motivatie voorspellen deelname aan oefeningen in verschillende steekproeven en settingen.	De review omvat experimentele (9), cross-sectionele (45) en prospectieve studies (9). Het type studie leek niet de resultaten te beïnvloeden.
(Su & Reeve, 2011)	Zijn interventies gericht op het ontwikkelen van autonomie-ondersteunende vaardigheden effectief? Welke variabelen modereren de effecten?	Meta-analyse	19	Een gemiddelde effectgrootte van 0.63 (Cohen's d) werd gevonden voor alle studies. De effecten bleken groter voor onder andere interventies die meerdere autonomievaardigheden trainden, voor mensen die al meer gericht zijn op autonomie in plaats van controle en op onervaren professionals in vergelijking met ervaren professionals.	Relatief veel studies van mindere kwaliteit. Echter, de subgroep van studies met goede kwaliteit leverde een groter effect op.
(Ng et al., 2012)	Wat is in de context van de gezondheidszorg de relatie tussen autonomie ondersteuning van patiënten en ervaren behoeftebevrediging van patiënten en diverse gezondheidsuitkomsten?	Meta-analyse	157	Een klimaat in organisaties gericht op ondersteuning van autonomie leidt tot meer ervaren competentie, autonomie en verbondenheid. Dit leidt tot meer autonome zelfregulatie en minder regulatie via controle. Dit alles leidt tot een betere mentale en fysieke gezondheid. Effecten zijn in het algemeen klein tot matig.	Meta-analytische technieken en pad-analyses werden gecombineerd voor toetsing binnen een overkoepelend model. De geïncludeerde studies waren vooral cross-sectioneel. Er kunnen geen conclusies worden getrokken over causaliteit.

(Hagger & Chatzisarantis, 2009)	Is een motivatie gebaseerd op zelfdeterminatie gerelateerd aan relevante constructen vanuit de <i>theory of planned behaviour</i> zoals attitude, subjectieve normen en intentie?	Meta-analyse	36	Er is een significante relatie tussen zelfdeterminatie variabelen zoals intrinsieke motivatie en ervaren steun voor autonomie en variabelen die gezond gedrag voorspellen zoals intenties en attitude.	Meta-analytische technieken en pad-analyses werden gecombineerd voor toetsing binnen een overkoepelend model. De geïnccludeerde studies waren vooral cross-sectioneel. Er kunnen geen conclusies worden getrokken over causaliteit.
(Algozzine et al., 2001)	Wat zijn de effecten van interventies gericht op het bevorderen van meer zelfdeterminatie van mensen met verstandelijke beperkingen of leerproblemen?	Meta-analyse	22	Gemiddeld leiden de interventies gericht op het bevorderen van assertiviteit en besluitvaardigheid tot een significante toename van uitkomsten als intrinsieke motivatie, competentie, autonomie en verbondenheid. Het gaat om een matig effect.	In veel studies ging het om kleinere samples.

2.3.5 Sterke kanten

Zoals beschreven in tabel 5 werd 1 review gevonden (Ibrahim, Michail, & Callaghan, 2014) die 5 studies includeerde waarin werd gekeken naar een sterke kantenbehandeling van specifiek mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Deze studies lieten overwegend geen significante effecten zien op kwaliteit van leven en het algemene functioneren. De conclusie luidt dus dat er geen bewijs is voor de toepassing van sterke kanten in de behandeling van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Voor andere toepassingen zijn geen reviews bekend.

Tabel 5 Sterke kanten

Studie	Onderzoeksvraag	Design	N studies inclusie	Belangrijkste resultaten	Methodologie
(Ibrahim et al., 2014)	Wat is het effect van sterke kantenbehandelingen op het functioneren en kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische stoornissen?	Meta-analyse	5	De 5 studies laten geen significante effecten zien op het functioneren en kwaliteit van leven van mensen met een ernstige psychische stoornis.	4 studies hadden een RCT-design. De meeste studies waren van lage kwaliteit.

2.3.6 Persoonlijke doelen

Er werden 2 reviews geïnccludeerd, beschreven in tabel 6. De eerste (Klug & Maier, 2014) laat zien dat het succesvol nastreven van persoonlijke doelen gerelateerd is aan hoger subjectief welbevinden, onder andere in patiëntenpopulaties. Interessant is dat het succesvol nastreven van persoonlijke doelen grotere effecten heeft op subjectief welbevinden wanneer de doelen door mensen zelf worden opgesteld (versus gekozen uit een vooraf vastgestelde lijst) en wanneer ze geformuleerd worden in termen van vooruitgang, niet als te behalen of behaalde doelen. Vooral het idiografisch opstellen van doelen wordt gelinkt aan een grotere relevantie van de doelen voor de eigen persoon en daardoor hogere intrinsieke motivatie.

In een tweede meta-analyse (McEwan et al., 2015) over de effecten van *goal setting* interventies op fysieke activiteit laten auteurs zien dat effecten groter zijn wanneer personen zelf doelen stellen dan wanneer de doelen door een therapeut of gezamenlijk worden opgesteld. Hoewel de auteurs wilden onderzoeken of ook het persoonlijke belang en valentie van de doelen de effecten modereerden, kaartte geen enkele studie in de meta-analyse deze persoonsvariabelen aan. Hoewel er meer reviews bestaan die de relatie tussen doelen en verschillende uitkomsten gerelateerd aan gezondheid en welbevinden onderzoeken, zijn geen van deze in lijn met de specifieke focus van dit rapport op *persoonlijke* doelen.

Hoewel het slechts twee meta-analyses betreft, kan gezien de overtuigend positieve resultaten voorzichtig geconcludeerd worden dat het behalen of stellen van persoonlijke doelen, vooral zelfrelevante en zelfopgestelde doelen, bij kunnen dragen aan verbeterde fysieke activiteit en subjectief welbevinden.

Tabel 6 *Persoonlijke doelen*

Studie	Onderzoeksvraag	Design	N studies inclusie	Belangrijkste resultaten	Methodologie
(Klug & Maier, 2014)	Wat is de relatie tussen het succesvol nastreven van persoonlijke doelen en subjectief welbevinden? Wordt deze relatie gemodereerd door het al dan niet idiografisch opstellen van doelen, en het feit dat doelen worden bekeken in termen van vooruitgang?	Meta-analyse	85	Het succesvol nastreven van persoonlijke doelen is gerelateerd aan een hoger subjectief welbevinden. De gevonden effecten zijn gemiddeld tot groot. Effecten zijn sterker wanneer nagestreefde doelen idiografisch opgesteld zijn - en dus meer relevant voor het zelf en intrinsiek gemotiveerd - dan wanneer ze uit opgegeven lijsten worden gekozen, en ook wanneer ze geformuleerd worden in termen van vooruitgang in plaats van het al dan niet behalen van doelen. Het verschil in effecten is echter klein.	Er wordt in deze review expliciet gezocht naar studies gericht op <i>persoonlijke</i> doelen. In de meeste studies ging het om studenten of werknemers, maar ook om patiënten. Er is geen sprake van publicatiebias.
(McEwan et al., 2015)	Wat zijn de effecten van multicomponent <i>goal setting</i> interventies op fysieke activiteit? Worden deze effecten gemodereerd, onder andere door de persoon die de doelen stelt, het belang en de valentie van de doelen voor de persoon?	Systematische review en meta-analyse	45	Gemiddeld genomen hebben interventies die helpen bij het stellen van doelen een significant, positief effect op fysieke activiteit. Effecten waren gemiddeld. Hoewel zowel het opstellen van doelen door therapeut, persoon zelf en gezamenlijk opstellen effectief was, waren de effecten het grootst wanneer een persoon zijn/haar doelen zelf opstelde. Het was niet mogelijk onderzoek te doen naar de moderatoren valentie en belang van de doelen omdat geen enkele studie deze potentiële moderator includeerde.	Alle studies hadden een primaire focus op <i>goal setting</i> . Het betrof alleen experimentele design waarin een controlegroep werd opgenomen die geen doelen stelde. Het aantal studies waarin de persoon zelf doelen opstelde was het kleinst (9). In de meeste gevallen stelde een therapeut de doelen op (23).

2.3.7 Zingeving

3 systematische reviews werden geïncludeerd (zie tabel 7). Quinn, Clare & Woods (2010) laten voor een specifieke doelgroep, mantelzorgers van dementiepatiënten, zien dat meer ervaren zingeving in de mantelzorgrol samenhangt met beter mentaal welbevinden van de mantelzorgers. Ook bij kankerpatiënten worden vergelijkbare uitkomsten gevonden (Winger, Adams, & Mosher, 2016). In een bredere systematische review, zonder aggregatie van effecten, laten Roepke, Jayawickreme & Riffle (2013) zien dat ervaren zingeving ook gerelateerd is aan zeer uiteenlopende vormen van fysieke gezondheid, waaronder een betere subjectieve fysieke gezondheid, betere functionele mogelijkheden, sneller herstel van operaties en een lagere bloeddruk. Ook voeren mensen die meer zingeving ervaren meer gezondheidsgerelateerd gedrag uit (niet roken, bewegen). De auteurs van de verschillende reviews merken op dat conceptualiseringen en operationaliseringen van zingeving uiteenlopen, wat een samenvatting van resultaten in verschillende studies bemoeilijkt. Daarnaast zijn de meeste studies tot nog toe vooral cross-sectioneel, waardoor causaliteit in de relatie tussen zingeving en gezondheid nog niet vastgesteld is. Vooral naar dit laatste, en de mechanismen van zingeving, is meer onderzoek nog.

Er kan geconcludeerd worden dat een relatief groot aantal studies laat zien dat zingeving positief en significant samenhangt met zowel fysiek als mentaal welbevinden van mensen. Longitudinale studies zijn nodig om de causaliteit en mechanismen van relaties tussen zingeving en gezondheid te onderzoeken.

Tabel 7 Zingeving

Studie	Onderzoeksvraag	Design	N studies inclusie	Belangrijkste resultaten	Methodologie
(Quinn et al., 2010)	Is de betekenis die mantelzorgers voor mensen met dementie toekennen aan de zorg gerelateerd aan het welbevinden van deze mantelzorgers?	Systematische review	6	Het vinden van betekenis in de rol van mantelzorg is positief gerelateerd aan het welbevinden (onder andere depressiesymptomen, last van de mantelzorgrol), van de mantelzorger.	Er worden niet veel studies gevonden. Kwantitatieve uitkomsten waren een strikt inclusie criterium. Vergelijking van studies is lastig door uiteenlopende meetinstrumenten. In de meeste studies werd zingeving in het onderliggend framework gezien als een copingstijl.
(Roepke et al., 2013)	Is er een (causale) relatie tussen (objectieve en subjectieve) fysieke gezondheid en zingeving?	Systematische review	56	Ervaren of gevonden zingeving is gerelateerd op aan verschillende vormen van fysieke gezondheid.	Geen conclusies over causaliteit kunnen worden getrokken. Vooral longitudinale design en uitzoeken van de mechanismen van de relatie is nodig. Geen meta-analyse van resultaten.
(Winger et al., 2016)	In welke mate is zingeving gerelateerd aan distress in kankerpatiënten?	Meta-analyse	62	Zingeving is significant gerelateerd aan distress in kankerpatiënten. De effecten zijn gemiddeld. De effecten zijn iets lager dan de gevonden effecten voor <i>sense of coherence</i> in relatie tot distress. De effecten voor deze voorspeller waren groot.	Er waren geen significante moderatoren van de relatie. Alle geïnccludeerde studies includeerden een hele homogene doelgroep. Het betrof nagenoeg alleen cross-sectionele studies.

2.3.8 Optimisme

We includeerden 9 systematische reviews en meta-analyses. Een overzicht is te vinden in tabel 8. In relatief veel reviews was optimisme slechts een van meerdere psychologische bronnen waarvan de relatie tot uitkomsten werd onderzocht. 4 meta-analyses (Alarcon et al., 2013; Prati & Pietrantonio, 2009; Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009; Solberg Nes & Segerstrom, 2006) behandelen de relatie tussen optimisme en verschillende uitkomstmaten zonder daarbij op een specifieke onderzoeksgroep te focussen. Samengevat laten deze reviews zien dat optimisme positief gerelateerd is aan verschillende gezondheidsuitkomsten, waaronder subjectief en objectief fysiek welbevinden, levenstevredenheid, posttraumatische groei, en *approach* copingstrategieën. Negatieve relaties worden gerapporteerd tussen optimisme en depressie- en angstklachten, en vermijdende copingstrategieën. De effectgroottes variëren van klein tot groot voor de verschillende uitkomsten. 5 reviews behandelen de relatie tussen optimisme en uitkomsten voor specifieke doelgroepen. Drie van deze richten zich op chronische lichamelijke aandoeningen. Deze laten onder andere zien dat optimisme een significante voorspeller is van verminderde heropnames en kwaliteit van leven voor hartpatiënten (DuBois et al., 2015). Ondanks het feit dat Bostock, Sheikh & Barton (2009) concluderen in een beschrijvende systematische review dat optimisme zeer ambivalent gerelateerd is aan posttraumatische groei in de context van een levensbedreigende ziekte, suggereert de significante samengevatte effectgrootte in Shand, Cowlshaw, Brooker, Burney, & Ricciardelli (2015: $r = .27$) dat deze relatie bestaat en van matige grootte is. Hoewel enkele reviews specifiek prospectieve relaties bekijken (DuBois et al., 2015) of ook een groot aantal longitudinale en prospectieve studies includeren (Rasmussen et al., 2009), benoemen verschillende andere reviews dat de kwaliteit van onderzoeksdesign verbeterd kan worden. Vooral het uitvoeren van meer longitudinale studies wordt aangeraden. Nagenoeg altijd wordt optimisme gemeten met een en hetzelfde meetinstrument.

Met inachtneming van deze methodologische overwegingen kan echter geconcludeerd worden dat er overtuigend empirisch bewijs is voor een significante relatie tussen optimisme en verschillende vormen van fysieke en mentale gezondheid.

Tabel 8 Optimisme

Studie	Onderzoeksvraag	Design	N studies inclusie	Belangrijkste resultaten	Methodologie
(Alarcon et al., 2013) ¹	Is optimisme positief gerelateerd aan psychologisch en fysiek welbevinden?	Meta-analyse	98 (25-129 samples optimisme)	Optimisme hangt samen met verschillende welbevindenuitkomsten, waaronder leventevredenheid (mean-sample –weighted corrected correlation $r = .55$), geluk ($r = .36$) algemeen psychologisch welbevinden ($r = .51$), algemene fysieke gezondheid ($r = .35$), angst ($r = -.58$) en depressie ($p = -.54$).	Alle studies gebruiken dezelfde zelf-rapportage meting van optimisme (LOT, Scheier & Carver). Vooral cross-sectionele data.
(Alarcon et al., 2009) ²	Is optimisme gerelateerd aan burn-out?	Meta-analyse	121 (5-8 samples optimisme)	Optimisme hangt samen met verschillende subdomeinen burn-out (mean-sample –weighted corrected correlation r varieert van .23 tot -.31)	Vooral cross-sectionele studies, weinig kennis van theoretische mechanismen.
(Bostock et al., 2009)	Wat is de relatie tussen optimisme en posttraumatische groei in een context van levensbedreigende ziekte?	Systematische review	12	Er zijn gemengde uitkomsten. 4 studies rapporteren een directe significante relatie tussen optimisme en posttraumatische groei (variërend van klein tot groot). 8 andere studies vonden geen of ambivalentie relaties.	De meeste studies waren niet voldoende gepowerd.
(DuBois et al., 2015) ²	Is optimisme prospectief gerelateerd aan gezondheidsgerelateerde uitkomsten in patiënten met hartaandoeningen?	Systematische review	30 (16 studies optimisme)	Optimisme is in het merendeel van de analyses (62%) significant voorspellend voor verschillende gezondheidsuitkomsten, waaronder verminderde heropname, <i>cardiac events</i> en ervaren kwaliteit van leven.	Hoop en optimisme worden samen genomen in 1 construct.

(Evans & Bullock, 2012)	Is optimisme negatief gerelateerd aan depressieklachten rondom zwangerschap?	Systematische review	6	Optimisme is in enkele studies significant negatief gecorreleerd met verschillende uitkomsten, waaronder depressie-symptomen gedurende zwangerschap en de kans op postnatale depressie.	Resultaten zijn gebaseerd op een zeer klein aantal studies en beschrijvend samengevat. Conclusies moeten met voorzichtigheid worden bekeken.
(Prati & Pietrantonio, 2009)	Wat is de relatie tussen optimisme en post-traumatische groei?	Meta-analyse	103 (27 samples optimisme)	Optimisme is significant gecorreleerd met posttraumatische groei. Gewogen gemiddelde effectgroottes zijn matig (.23).	Gebruik van de LOT-R voor meten optimisme was geen moderator van effecten. Ook geen andere moderatoren.
(Rasmussen et al., 2009)	Is er een significante associatie tussen optimisme en fysieke gezondheid?	Meta-analyse	83	Optimisme is significant geassocieerd met fysieke gezondheid, waaronder ervaren fysieke symptomen, pijn en fysiologische ziektemarkers. Gewogen gemiddelde effectgroottes zijn klein tot matig (.17). Associaties zijn sterker wanneer fysieke gezondheid subjectief versus objectief wordt gemeten.	Zowel cross-sectionele, longitudinale als prospectieve studies zijn geïnccludeerd.
(Shand et al., 2015)	Is optimisme geassocieerd met post-traumatische stress en groei in kankerpatiënten?	Systematische review	116 (7 samples optimisme)	Optimisme is significant geassocieerd met posttraumatische groei bij kankerpatiënten. Gewogen gemiddelde effecten zijn matig (.27). Niet voldoende studies onderzoeken de associatie tussen optimisme en posttraumatische stress.	Er is veel heterogeniteit tussen studies waargenomen. De timing ten opzichte van het krijgen van de diagnose in relatie tot afname van metingen voor post-traumatische groei loopt sterk uiteen tussen studies. Meer longitudinale studies zijn nodig.
(Solberg Nes & Segerstrom, 2006)	Wat is de invloed van optimisme op coping?	Meta-analyse	48	Optimisme is positief geassocieerd met <i>approach</i> copingstrategieën. Effecten zijn klein ($r = -.17$). Optimisme is negatief geassocieerd met vermijdende copingstrategieën ($r = -.21$).	Beide constructen werden alleen met zelfrapportage-instrumenten gemeten. Kwaliteit van geïnccludeerde studies loopt sterk uiteen.

¹Ook inclusie bij component hoop; ² Ook inclusie bij component positieve emoties.

2.3.9 Hoop

2 meta-analyses (zie tabel 9) onderzochten de relatie tussen hoop en verschillende uitkomsten gerelateerd aan gezondheid. Alarcon, Bowling & Khazon (2013) laten in een meta-analyse van 98 studies zien dat hogere niveaus van hoop samenhangen met meer ervaren geluk, en minder depressie- en stress-symptomen. Dezelfde uitkomsten worden ook gerapporteerd voor specifieke werkcontexten in een review van 36 studies (Reichard, Avey, Lopez, & Dollwet, 2013). De gewogen correlaties tussen hoop en gezondheidsuitkomsten variëren van $-.35$ voor burn-out en stressklachten tot $.59$ voor geluk. Methodologische overwegingen zijn dat hoop voornamelijk gemeten wordt met een en hetzelfde zelfrapportage-instrument en causaliteit moeilijk vast te stellen is door gekozen onderzoekdesigns (voornamelijk cross-sectioneel).

Evenals voor de component zingeving kan geconcludeerd worden dat een relatief groot aantal studies laat zien dat hoop positief samenhangt met verschillende positieve en negatieve gezondheidsuitkomsten. Studies met longitudinale designs zijn echter nodig om causaliteit en mechanismen van de relaties tussen hoop en uitkomsten te onderzoeken.

Tabel 9 *Hoop*

Studie	Onderzoeksvraag	Design	N studies inclusie	Belangrijkste resultaten	Methodologie
(Alarcon, Bowling, & Khazon, 2013) ¹	Is hoop positief gerelateerd aan psychologisch en fysiek welbevinden?	Meta-analyse	98	Hoop hangt samen met verschillende welbevindenuitkomsten, waaronder geluk (mean-sample –weighted corrected correlation $\rho = .59$), depressie ($\rho = -.48$) en stress ($\rho = -.52$).	Alle studies gebruiken dezelfde zelf-rapportage meting van hoop (Hope Scale, Snyder). Vooral cross-sectionele data. Voor specifieke hypothesen werden 10 tot 26 samples samengevat.
(Reichard et al., 2013)	Is hoop positief gerelateerd aan werkgerelateerde uitkomsten, waaronder gezondheid en welbevinden, en burn-out en stress?	Meta-analyse	36	Hoop hangt samen met betere gezondheid en welbevinden (mean-sample –weighted corrected correlation $\rho = .44$), en burn-out en stress ($\rho = -.35$)	De vraag is hoe generaliseerbaar de data zijn, gezien het feit dat vooral blanke participanten in de USA deelnamen aan de studies.

¹Ook inclusie bij component optimisme.

2.3.10 Positieve relaties

3 systematische reviews richtten zich gedeeltelijk op positieve relaties zoals gedefinieerd in dit rapport (zie hoofdstuk 1) door een focus op emotionele steun, ervaren kwaliteit van de relatie en/of gevoelens van sociale verbondenheid. Relevante uitkomsten uit deze 3 reviews staan in tabel 10.

Er wordt vrij consistent een relatie gevonden tussen gerapporteerde ontvangen/ervaren emotionele steun en minder depressieklachten (Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason, & Haro, 2015; Schwarzbach, Luppá, Forstmeier, Koenig, & Riedel-Heller, 2014). Specifiek voor patiënten met CVA is er weinig bewijs voor een positieve relatie tussen ervaren emotionele steun en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (Kruithof, Van Mierlo, Visser-Meily, Van Heugten, & Post, 2013). Belangrijke methodologische kanttekeningen zijn het feit dat de laatste review zich baseerde op weinig studies (n=6) die voornamelijk cross-sectioneel waren en zeer heterogeen in studiedesign, timing van metingen ten opzichte van het ziekteverloop en het meten van emotionele steun.

Geconcludeerd kan worden dat er wisselend bewijs is voor de associatie tussen positieve relaties, voornamelijk emotionele steun, en gezondheidsuitkomsten. Vooral voor de relatie met depressieklachten lijkt bestaand bewijs robuuster. Meer onderzoek kan gedaan worden naar positieve relaties in bredere zin.

Tabel 10 *Positieve relaties*

Studie	Onderzoeksvraag	Design	N studies inclusie	Belangrijkste resultaten	Methodologie
(Kruithof et al., 2013)	Is er een relatie tussen (emotionele) sociale steun en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij patiënten met CVA?	Systematische review	11 (6 voor emotionele steun)	Emotionele steun had geen significante relatie met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in 5 van de 6 gerapporteerde studies.	Aantal geïncludeerde studies was klein. Grotere heterogeniteit in metingen van verschillende soorten sociale steun en studiedesigns. Nagenoeg alle studies cross-sectioneel.
(Santini et al., 2015)	Is er een relatie tussen (ervaren/ontvangen emotionele) sociale steun en depressie?	Systematische review	51 (12 tot 25 samples voor emotionele steun)	Ervaren emotionele steun is significant gerelateerd aan depressie in 32 van de 35 geïncludeerde samples (91.4%). Ontvangen emotionele steun was ook significant gerelateerd aan de depressie in de meeste samples (8 van 12; 66.7%).	Ongeveer de helft van de studies was cross-sectioneel en de helft prospectief. Kwaliteit van studies vaak gemiddeld tot goed. Grote heterogeniteit in metingen van verschillende soorten sociale relaties.
(Schwarzbach et al., 2014)	Wat is de associatie tussen sociale relaties (emotionele steun; kwaliteit van relaties) en depressie op latere leeftijd?	Systematische review	37 (15 samples voor emotionele steun/kwaliteit van relaties)	6 van de 10 geïncludeerde studies voor emotionele steun vonden een significante associatie tussen emotionele steun en depressie. Alle 5 geïncludeerde studies over kwaliteit van sociale relaties vonden een significante relatie tussen ervaren kwaliteit van relaties en depressie op latere leeftijd.	Het uitvoeren van meer longitudinale studies wordt aangeraden.

2.4 Conclusie

Het overzicht van reviews maakt 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 komen we tot een in het algemeen positieve conclusie. Voor alle componenten, uitgezonderd positieve relaties en sterke kanten, bestaat een wisselende *hoeveelheid*, maar in het algemeen significant en positief bewijs voor hun samenhang met verschillende vormen van gezondheid en welbevinden, 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 geïnccludeerde studies gaat om cross-sectionele studies, vooral voor de componenten compassie, optimisme, zingeving, en hoop.

3 Bewijskracht PPI's voor chronisch zieken

Vraag 2: Wat is er bekend over de bewijskracht van positief-psychologische interventies voor chronisch zieken?

3.1 Inleiding

Voor het beantwoorden van bovenstaande vraag zijn 10 systematische reviews uitgevoerd, één voor ieder van de positief-psychologische componenten die centraal staan in dit rapport en zoals besproken in hoofdstuk 1.

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

3.2 Methode

Procedure

Waar mogelijk zijn bij de praktische uitvoering van de systematische reviews PRISMA-richtlijnen aangehouden (Moher, Liberati, Tezlaff, Altman, & Group, 2009).

Zoekstrings en zoeksystemen

Voor het beantwoorden van deze vraag zijn 10 verschillende systematische reviews uitgevoerd, één voor ieder van de positief-psychologische componenten die centraal staan in dit rapport. Voor iedere component is een afzonderlijke *zoekstring* samengesteld, welke gebruikt is om te screenen op mogelijke relevante artikelen in de zoeksystemen Scopus, PsycInfo en PubMed. Deze zoekstrings bestonden uit verschillende componenten.

1 Aandoeningsspecifieke termen.

Deze combinatie van termen is gebaseerd op de meest voorkomende chronisch lichamelijke aandoeningen in Nederland, gecombineerd met enkele meer algemene termen gericht op chronische ziekte of pijn. Deze component van de zoekstring was in ieder van de 10 uitgevoerde systematische reviews gelijk. De gebruikte termen zijn: "chronic illness" OR "chronic diseases" OR osteoarthritis OR

osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases*" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids.

- 2 Termen die betrekking hebben op de positief-psychologische component. Dit gedeelte varieerde afhankelijk van de specifieke component waar een systematische review zich op richtte. Dit is het voorbeeld voor positieve emoties: "positive emotions" OR "positive affect".
- 3 Zoektermen met betrekking tot het type onderzoeksdesign. Primair doel van de systematische reviews voor deze vraag was het verkrijgen van een overzicht van alle bestaande effectstudies die een interventie onderzochten in lijn met, of in de geest van, de positieve psychologie bij doelgroepen met een chronisch lichamelijke aandoening. Bij iedere component is één van de twee volgende strategieën gebruikt. De eerste, *strikte* strategie richtte zich enkel op studies met een RCT als onderzoeksdesign. De tweede, *bredere* strategie richtte zich op een gevarieerder scala aan onderzoekdesigns, waaronder experimentele studies waarin de positief-psychologische component van interesse werd gemanipuleerd, of interventiestudies met een minder sterk design. Voor iedere component werd aanvankelijk de striktere strategie toegepast. Wanneer na titelselectie voor een positief-psychologische component slechts zeer weinig relevante artikelen overbleven ($n < 20$), is opnieuw de titelselectie in de gebruikte zoeksystemen uitgevoerd met de bredere strategie. Hieronder een overzicht van de zoektermen gebruikt bij de bredere strategie. In geval van de strikte strategie werden enkel de eerste drie zoektermen uit onderstaande zoekstring gebruikt. In de resultaten wordt bij bespreking van ieder van de componenten aangegeven of de strikte of bredere strategie is toegepast. Zoektermen zijn: "randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*" OR "controlled" OR "quasi-experimental" OR "proof-of-concept" OR "feasibility" OR "pilot".

Het samenvoegen van deze verschillende componenten gebeurde door toevoeging van de term 'AND'. Om het grote aantal vals-positieven te verkleinen is waar mogelijk als aanvullend criterium toegevoegd dat zoektermen moesten voorkomen in de titel, keywords of abstract van het artikel. Tot slot is bij iedere zoektocht als restrictie opgegeven dat alle artikelen in of na het jaar 2000 gepubliceerd moesten zijn. Hiervoor is gekozen omdat het jaar 2000 gezien wordt als het aanvangs- of geboortjaar van de positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Dit is een voorbeeld van een volledige zoekterm voor de positief-psychologische component compassie in stap 1 van de restrictie op onderzoeksdesigns:

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases*" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND*

("compassion" OR "self-compassion" OR "compassionate") AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random")) AND PUBYEAR > 1999*

Een overzicht van alle zoekstrings is te vinden in bijlage 7.2.

Studieselectie

Na extractie van artikelen uit de drie verschillende zoeksystemen op basis van de beschreven zoekstrings werden allereerst duplicaten verwijderd. Hierna is steeds door twee leden van de projectgroep - eerst onafhankelijk, gevolgd door discussie - achtereenvolgens een titel-, abstract- en fulltekstselectie uitgevoerd. Dit werd gedaan op basis van de volgende inclusiecriteria: gepubliceerd in het jaar 2000 of later; studies met volwassen mensen; kwantitatieve insteek; Engels- of Nederlandstalig; geïncludeerde sample bestaat enkel uit mensen met een chronische lichamelijke aandoening; focust primair op het onderzoeken van het effect van een interventie (of directe manipulatie in geval van labexperimenteel onderzoek) die positief-psychologisch is of voldoet aan criteria die bepalen welke studies in lijn zijn met positieve psychologie (zie kader 1); focust primair op 1 van de 10 positief-psychologische componenten van interesse; includeert minimaal één uitkomstmaat in lijn met de positieve psychologie (zie kader 2). In een algemene beslisboom werd steeds eerst bekeken of een interventie voldeed aan non-ambigue criteria (jaartal publiceren, volwassen doelgroep, taal van publiceren, empirisch kwantitatief paper, diagnosegroep), waarna achtereenvolgens de inhoud van de interventie werd bekeken aan de hand van de vastgestelde criteria beschreven in kader 1 en kader 2.

Wanneer een strikte selectie op basis van onderzoeksdesign plaatsvond, was een belangrijk inclusie criterium de uitvoering van een RCT. Wanneer een brede selectie op basis van onderzoeksdesign plaatsvond, waren inclusiecriteria de inzet van ieder mogelijk design om de effectiviteit van een interventie te toetsen, of de inzet van een labexperimenteel onderzoek met directe manipulatie van de positief-psychologische component. Het was niet nodig dat de auteurs van een artikel zich expliciet positioneerden binnen het framework van de positieve psychologie.

Kader 1 Verdere uitleg inclusie criterium 'de gegeven interventie is in lijn met de positieve psychologie'

Interventies in lijn met de positieve psychologie richten zich op het vergroten van het emotioneel, psychologisch en/of sociaal welbevinden en mogelijkheden voor persoonlijke groei van een individu, en de (psychologische) vaardigheden die hiervoor noodzakelijk zijn. Gebaseerd op deze uitgangspunten voldeden daarom interventies in lijn met de positieve psychologie aan de volgende foci:

- Richt zich op een component of mechanisme dat (ook) de potentie heeft welbevinden van de algehele mens - zowel binnen als buiten de context van de ziekte - en mogelijkheden tot verdere persoonlijke groei te vergroten (holistisch perspectief). (Dit in tegenstelling tot studies met een duidelijk

oogmerk tot enkel reductie van ziekte gerelateerde uitkomsten of enkel het bevorderen van taakgerichte zelfmanagement van de aandoening).

- Aanleren van *nieuwe, psychologische, positieve vaardigheden* die kunnen functioneren als psychologische bronnen voor adaptatie en veerkrachtig functioneren (Dit in tegenstelling tot het primair wegnemen van psychologische risicofactoren).

Bij het grootste deel van de componenten (zoals positieve emoties, optimisme, zelfdeterminatie, sterke kanten, compassie) lagen deze twee foci inherent besloten in de keuze voor de component (aangevuld met het inclusie criterium dat 'minimaal één uitkomstmaat in lijn is met de positieve psychologie, zie kader 2).

Bij de componenten 'doelen' en 'psychologische flexibiliteit' was naast bovenstaande ook de volgende, derde focus van belang:

- Focust primair op het *persoonlijk zingevingskader van de individuele patiënt* en/of geeft voorrang aan eigen regie en wensen, waarbij dit zingevingskader ook leidend is voor het beoordelen en veranderen van eventuele copingstrategieën, cognities of gedrag van mensen (in tegenstelling tot het volledig opleggen van ideeën over wat gezonde doelen, copingstrategieën, cognities, gedragingen enzovoort zijn).

Voor de component 'positieve relaties' was ook de volgende, vierde focus van belang.

- Een tweetal staat centraal (vaak de zieke persoon en de partner of een naaste), dat toewerkt naar het creëren van een omgang met de ziekte waarbij groei (in de vorm van bijvoorbeeld het opbouwen van een nieuwe gedeelde identiteit, vergroten van onderlinge verbondenheid, het aanleren van nieuwe vaardigheden als actief luisteren of verbeteren van de onderlinge interactie) een primaire rol inneemt in de aangeboden interventie (Dit in tegenstelling tot een focus op bijvoorbeeld enkel het leren verlenen van sociale of taakgerichte steun aan de zieke persoon).

Gedurende de titelselectie werden artikelen geïnccludeerd voor verdere abstractselectie wanneer minstens één van beide leden van de projectgroep dit artikel positief beoordeelde. Bij verder abstract- en fulltekstselectie werden beslissingen over in- of exclusie gebaseerd op een consensusprincipe, waar nodig in overleg met een derde lid van de projectgroep. De meest voorkomende redenen voor exclusie gedurende fulltekstselectie was dat de aangeboden interventie inhoudelijk niet in de geest was van de positieve psychologie, dus niet voldeed aan de criteria beschreven in kader 1.

Kader 2 Verdere uitleg inclusiecriteria 'minimaal één uitkomstmaat is in lijn met de positieve psychologie'

Een uitkomstmaat in lijn met de positieve psychologie past bij de vastgelegde positief-psychologische foci in kader 1. De uitkomstmaat meet een positieve (psychologische) vaardigheid of gezondheidsvariabele, wat concreet betekent dat binnen de schaal hogere scores, meer positieve vaardigheid of gezondheid betekenen. Dit zijn vaak uitkomstmaten die (een onderdeel van) positieve geestelijke gezondheid meten (bijvoorbeeld emotioneel welbevinden als de aanwezigheid van positieve emoties, geluksgevoelens en levenstevredenheid), of uitkomstmaten die passen bij de positief-psychologische component van interesse (bijvoorbeeld compassie, hoop, *self-efficacy* (bij component 'doelen'), positieve emoties, verbondenheid, autonomie).

Uitkomstmaten die niet als 'in lijn met de positieve psychologie' werden beschouwd meten vaak een afname van ziektegerelateerde problematiek of een toename aan taakgericht management van de ziekte (bijvoorbeeld gedragsmatige uitkomsten over fysieke beweging, medicatie-adherentie of uitkomsten als angst en depressie), of richten zich op meer neutrale of gemengde constructen als kwaliteit van leven.

Data-extractie en analyse

Alle geïnccludeerde artikelen zijn per component gegroepeerd in de resultatensectie. Voor ieder artikel werden zowel kenmerken van de interventie als kenmerken van de deelnemers, studie, en uitkomsten geëxtraheerd en gerapporteerd in tabellen en tekst. Wat betreft de kenmerken van de interventie werd een korte inhoudelijke beschrijving van de interventie en controleconditie (wanneer aanwezig) gegeven, en noteerden we kenmerken van aanbieden van de interventie zoals frequentie, algehele duur, duur sessies, en modaliteit van aanbieden. Met betrekking tot de kenmerken van de deelnemers werd geëxtraheerd welke diagnosegroep was geïnccludeerd en ook de gemiddelde leeftijd van de deelnemers. Gerapporteerde kenmerken van de studie omvatten studiedesign, hypothese, manier van werven, en aantal geïnccludeerde proefpersonen. Tot slot werden alle geïnccludeerde uitkomstmaten per studie geëxtraheerd. In een tabel zijn deze uitkomstmaten gegroepeerd in zes clusters van uitkomstmaten, te weten 1) positief-psychologische component van onderzoek, 2) andere uitkomsten in lijn met positieve psychologie (zie kader 2), 3) emotionele/psychologische uitkomstmaten, 4) fysieke/medische uitkomstmaten, 5) uitkomstmaten gerelateerd aan leefstijl en 6) overige uitkomstmaten. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn in de tabellen dikgedrukt aangegeven. In voetnoten is een overzicht gegeven van de gebruikte meetinstrumenten. In de tekst werden - wanneer gerapporteerd - effecten op de langere termijn en effectgroottes besproken. Voor iedere component is in tekst een algemene samenvatting gegeven van de belangrijkste conclusies over de effectiviteit van aangeboden interventies per component.

Na volledige data-extractie is tot slot een onderscheid gemaakt in positief-psychologische interventies (PPI's) en interventies in de geest van de positieve psychologie (IGPP's). De IGPP's zijn niet expliciet binnen het framework van de positieve psychologie te plaatsen, maar voldoen wel aan de door de onderzoeksgroep opgestelde criteria zoals verwoord in kader 1 en 2. PPI's plaatsen zichzelf vaak expliciet binnen het framework van de positieve psychologie en bevatten primair een specifieke set aan oefeningen en interventie-elementen die centraal staan in het positief-psychologisch framework. De PPI's worden eerst weergegeven in de resultaten om een algemeen beeld te geven van PPI's en hun effecten. Daarnaast worden deze studies ook besproken in de context van de component van onderzoek waar ze bij horen in het vervolg van de resultaten.

3.3 Resultaten

3.3.1 Positief-psychologische interventies

Inhoud en modus van de interventies

De 5 geïnccludeerde interventies variëren in duur voornamelijk tussen 5 en 14 weken, waarbij één interventie gedurende 1 jaar wordt aangeboden met intervallen van 2 maanden. De interventies verschillen van elkaar in de manier van aanbieden; zo worden sommige interventies aangeboden als wekelijkse face-to-face-groepssessies, waar andere online worden aangeboden of juist gebruikmaken van een of meerdere face-to-face-sessies aangevuld met telefonische follow-upgesprekken.

Inhoudelijk geven deze interventies wisselende, maar bekende en veelgebruikte sets aan positief-psychologische oefeningen, zoals het herinneren van goede of positieve dingen die recent zijn gebeurd, het uitvoeren van persoonlijk gekozen plezierige activiteiten, of het uiten van dankbaarheid of gebaren naar (belangrijke) anderen. Soms worden deze technieken gecombineerd met andere technieken zoals mindfulness, psycho-educatie of positieve copingstrategieën zoals positieve herinterpretatie. De interventies zijn kort beschreven zijn in tabel 1a.

Tabel 1a Positief-psychologische interventies: kenmerken van de interventie

	Korte beschrijving interventie	Korte beschrijving controle	Setting, duur en frequentie
(Cerezo, Ortiz-Tallo, Cardenal, & de la Torre-Luque, 2014)	<i>Brede Positieve Psychologische interventie</i> , gebaseerd op Positieve Psychologie. Algemeen doen was positieve copingstrategieën en sterke kanten of krachten (strenghts) te verhogen om aanpassing aan de ziektecontext voor de zieke persoon te vergroten. De 1 ^e 3 sessies richtten zich op 1) vergroten zelfkennis en –bewustzijn, introspectie (mindfulness, psychoeducatie, meetings voor sociale steun). Sessie 4-9 richtte zich op vergroten van copingstijlen en gedrag gerelateerd aan Positieve Psychologie (communicatietraining, cognitieve herstructurering, uitvoeren persoonlijk plezierige activiteiten). Sessies 10-14 richtte zich expliciet op het verhogen van enkele krachten (strenghts), waaronder optimisme, veerkracht, dankbaarheid en humor.	<i>WachtlIJst</i> , ontving expliciet geen psychologische behandeling.	14 wekelijkse groepssessies (10-15 mensen) van 2 uur
(Charlson et al., 2014)	<i>Positive affect/self-affirmation interventie</i> , welke evenals de controlegroep een werkboek, contract, pedometer en telefonische follow-ups ontvingen. De interventie richtte zich op de inzet van positieve emotions en zelfbevestiging, via identificatie van ‘kleine dingen die je helpen je goed te voelen’, en geregeld gedurende een dag te denken aan deze dingen (bv zonsopgang). Ook ontvingen patiënten een klein cadeautje vlak voor iedere telefonische follow-up (bv een fleecedeken, koffiemok). Tot slot werd deelnemers gevraagd aan trots momenten in hun leven te denken, en deze in gedachten te houden bij het uitvoeren van het nieuwe gezondheidsgedrag.	<i>Actieve educatiecontrole</i> , waarbij patiënten een werkboek ontvangen met uitleg over 1) belang specifieke gedrag (fysiek actief zijn, medicatieadherentie) en 2) verhalen van succesvolle patiënten. Patiënten werd gevraagd een ziekte-specifieke gedraging te kiezen waarvoor ze hoge self-efficacy ervoeren. Via een contract werd concreet vastgelegd welke gedraging dit was en voorgenomen frequentie, inhoud, moment en duur van uitvoeren gedrag.	Eenmalige instructie, gevolgd door telefonische follow-up om de 2 maanden gedurende een jaar.
(Cohn, Pietrucha, Saslow, Hult, &	<i>Developing Affective HeaLth to Improve Adherence (DAHLIA)</i> , een online interventie die 8 vaardigheden traint waarvan empirisch is aangetoond dat ze positieve emoties verhogen. Dit zijn 1) opmerken en herinneren van positieve gebeurtenissen, 2)	<i>Controlegroep die op een wachtlIJst staat</i> , en gedurende de interventie dagelijkse metingen invult voor positief en negatief affect.	Online interventie van 5 weken. In de 1 ^e 2 dagen van de week werd informatie van die week gelezen, gevolgd door

Moskowitz, 2014)	genieten van en kapitaliseren op positieve gebeurtenissen, 3) dankbaarheid, 4) mindfulness, 5) positieve herinterpretatie, 6) zelfbevestiging en herkennen van sterke kanten, 7) stellen van haalbare doelen en 8) uitoefenen van vriendelijke gebaren. Deelnemers oefenen 1 of meer van deze vaardigheden per dag.		verschillende dagelijkse oefeningen.
(Huffman, DuBois, Millstein, Celano, & Wexler, 2015)	<i>Brede positief-psychologische interventie</i> , gebaseerd op Positieve Psychologie. Na een eerste face-to-face-sessie met educatie over Positieve Psychologie (aangevuld met een boek over PosPsy als cadeau) kregen deelnemers iedere week een specifieke oefening toegewezen. De oefeningen zijn gebaseerd op 1) optimisme (Best Possible Self in relaties en gezondheid), 2) dankbaarheid ('3 goede dingen'; 'dankbaarheidsbrief' aan naaste) en 3) vriendelijkheid (vriendelijke gebaren naar anderen).	<i>Controlegroep 1: Actieve controle, relaxatietraining</i> gebaseerd op een eerder bewezen effectieve meditatie training voor hartpatiënten. Na face-to-face-sessie met uitleg kregen deelnemers de instructie dagelijks 20 minuten met een CD te oefenen. Ook wekelijkse check-up per telefoon. <i>Controlegroep 2: Aandachtscontrole, The Recollection.</i> Deelnemers moeten zich wekelijks gebeurtenissen van de afgelopen week herinneren en emoties toeschrijven aan de gebeurtenissen. Ook hier een structuur (frequentie van oefenen, ontvangst handleiding) hetzelfde als de positief-psychologische Interventie	Interventie van 8 weken, start met face-to-face-sessie van 45 minuten. Wekelijks een dag intensief oefenen, wekelijkse follow-up telefoongesprekken.
(Sanjuán et al., 2016)	<i>Programme to Improve Well-being (PIW)</i> , in aanvulling op hartrevalidatieprogramma. Gedurende de interventie ontvangen deelnemers 1) psychoeducatie over de positieve invloed van positieve emoties op cardiovasculaire gezondheid, 2) uitleg over drie oefeningen en activiteiten om positieve emoties te vergroten: 'uiten van dankbaarheid', '3 goede dingen die gebeurd zijn gedurende de dag' en 'vriendelijke gebaren uitoefenen'. Iedere week werd deelnemers gevraagd een van deze oefeningen dagelijks uit te voeren en zelfrapportages in te vullen.	<i>Wachlijstgroep die hartrevalidatieprogramma volgt</i> , bestaande uit relaxatie, fysieke oefening en het verkrijgen van informatie over gezonde leefstijl. 4 sessies van 1 uur in een groepsformat.	Interventie van 6 weken parallel aan hart-revalidatieprogramma. Wekelijkse groepsessies van 1 uur.

Effecten van de interventies

De geïncludeerde PPI's werden aangeboden aan patiënten met uiteenlopende diagnoses, en met verschillende primaire doelen. Sommige interventies hebben tot voornaamste doel patiënten algemene positieve vaardigheden (zoals optimisme) aan te leren die behulpzaam kunnen zijn bij het veerkrachtig leven met de chronisch lichamelijke aandoening (Cerezo et al., 2014). Andere interventies willen het (emotioneel) welbevinden van de deelnemers vergroten (Cohn et al., 2014; Huffman et al., 2015; Sanjuán et al., 2016), en/of gebruiken positief-psychologische routes om specifiek gezondheidsgedrag te verbeteren (Charlson et al., 2014). De effecten van de interventies zijn over het algemeen positief (zie Tabel 1b). In 4 van de 5 interventies gaan deelnemers statistisch significant vooruit op een of meerdere uitkomsten, waaronder zowel positieve uitkomsten (bijvoorbeeld positief affect, optimisme, leventevredenheid, self-efficacy), als negatieve uitkomstmaten (bijvoorbeeld depressie- en angstsymptomen, en ervaren stress). Waar gerapporteerd waren effectgroottes klein tot groot (Sanjuan et al., 2016: Cohen's $d = .35$ (positief affect) - $.54$ (negatief affect); Huffmann et al., 2011: Cohen's $d = .19$ (negatief affect) - $.68$ (geluk)). Opgemerkt moet worden dat de niet-effectieve interventie voornamelijk bedoeld was als haalbaarheidsstudie. Ook eerste gerapporteerde effecten van deze interventie waren positief. Waar gerapporteerd waren ook effecten op de langere termijn positief (Cerezo et al., 2014; 14 weken follow-up).

Vooraf de studie van Charlson et al. (2014) is een interessant voorbeeld van de inzet van PPI's voor het verbeteren van specifiek gezondheidsgedrag. In deze studie worden 3 RCT's samengevoegd waarin precies dezelfde interventie bij drie groepen is getoetst (hypertensie, astma en hartproblematiek). In gecombineerde analyses over alle proefpersonen uit de drie RCT's zijn er positieve effecten op alle uitkomsten. Zo gaat in de positieve emotie-interventie over de periode van een jaar 53% van de deelnemers vooruit in ziektespecifiek gedrag in de vorm van betere medicatieadherentie, frequentie van controle van bloeddruk, of meer fysieke activiteit - afhankelijk van diagnosegroep - in vergelijking met 41% in de controlegroep. Een padmodel laat zien dat de toename in positieve emoties bijdraagt aan succesvolle gedragsverandering via verlaagde stress en verhoogde self-efficacy. De effecten van verhoogde positief affect op deze gezondheidsgedragingen bleven bestaan in perioden van verhoogde stress en verminderde sociale steun, factoren die een risico vormen voor het stoppen met het gezondheidsgedrag. De uitkomsten van deze studie indiceren dat positief psychologische componenten zoals positieve emoties een interessante manier kunnen zijn om via meer intrinsieke motivaties tot blijvende gedragsverandering te komen.

Tabel 1b *Positief-psychologische interventies: kenmerken van de deelnemers, studies en effecten*

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie		Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a				
				PosPsy component	Anders in lijn met PosPsy	Emotioneel/ Psychologisch	Fysiek/medisch	Leefstijl
(Cerezo et al., 2014)	Leeftijd 50.1 Diagnose Borstkanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan wachtlijst	N 207 Werving Via patiëntenorganisatie borstkanker	Optimisme	Levenstevredenheid Geluk Positief affect Veerkracht Self-esteem Emotionele intelligentie Self-efficacy	Negatief affect		
(Charlson et al., 2014)	Leeftijd 54.3 Diagnose Chronische hart- en vaatziekten	Design RCT (3 samengevoegd) Hypothese IV is effectiever dan educatie-controle	N 756 (totaal in 3 RCT's) Werving Kliniek cardiologie en eerstelijnskliniek	Positief affect				Succesvol ziekte specifiek gedrag
(Cohn et al., 2014)	Leeftijd Diagnose Type-II diabetes	Design RCT (2 armen) Hypothese IV is effectiever dan wachtlijstcontrole	N 49 Werving Via educatieve cursussen diabetes en webadvertenties	Positief affect	Self-efficacy	Depressiesymptomen Ervaren stress Negatief affect Diabetes-gerelateerde distress		Medicatie-adherentie Testen bloedsuiker
(Huffmann et al., 2011)	Leeftijd Onbekend Diagnose Hart-problematiek	Design Feasibility RCT (3 armen) Hypothese IV effectiever dan actieve controle en aandachtscontrole	N 30 Werving Drie hartklinieken	Optimisme	Geluk Positief affect	Depressiesymptomen Angstsymptomen Mentaal welbevinden (QoL)		
(Sanjuan et al., 2016)	Leeftijd 54.4 Diagnose Coronaire hartziekten	Design RCT (2 armen) Hypothese IV is effectiever dan wachtlijst	N 108 Werving Bij start hartrevalidatie-programma revalidatiekliniek	Positief affect		Vijandigheid Negatief affect Depressiesymptomen	Functional Capacity	

a. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn dikgedrukt aangegeven.

3.3.2 Interventies in de geest van de positieve psychologie (IGPP's)

3.3.2.1 *Positieve emoties*

Inhoud en modus van de interventies

3 van de hier geïnccludeerde interventies zijn aan het begin van deze resultatensectie opgenomen als PPI's. Zoals te zien is in tabel 2a worden de interventies net als bij andere componenten op verschillende manieren aangeboden, variërend van online tot face-to-face, van zelfstudie tot begeleiding door een professional. De duur van de hier geïnccludeerde interventies voor het vergroten van positieve emoties is echter over het algemeen niet heel lang, en varieert van 2 tot 6 weken. Behalve in de studie van Sanjuan et al. (2016), is het contact met een therapeut of professional vaak erg minimaal. De inhoud van de interventies bestaat voornamelijk uit korte, gemakkelijk uit te voeren technieken voor het vergroten van positieve emoties, zoals oefeningen in positieve verbeelding, het benoemen van goede dingen die in het dagelijks leven gebeuren, dankbaarheid, en uitvoeren van vriendelijke gebaren voor anderen.

Tabel 2a *Positieve emoties: kenmerken van de interventies*

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Anderson et al., 2006)	<i>Positive mood interventie</i> , bestaande uit een audiotape van 20 minuten met 1) uitspraken over positieve stemming en 2) suggesties voor positieve verbeelding. Verpleegkundigen gaven uitleg over de rationale van de interventie en moedigden oefenen gedurende de interventieperiode telefonisch aan.	<i>WachtlIJst</i> . In deze interventie zijn nog 2 andere, actieve armen, bestaande uit audiotapes voor <i>relaxatie en afleiding</i> . Algemene hypothese is dat de 3 actieve armen effectiever zijn dan de wachtlijstcontrolegroep. In tabel 2b focus op effecten actieve arm positieve stemming die in lijn is met PP i.v.m. de andere armen.	Kortdurende intensieve interventie van 2 weken. 20 minuten oefenen gedurende 5 dagen per week.
(Charlson et al., 2014)	<i>Positive affect/self-affirmation interventie</i> . Interventiegroep ontving evenals de controlegroep een werkboek, contract, pedometer en telefonische follow-ups ontvingen. De interventie richtte zich op de inzet van positieve emoties en zelfbevestiging, via identificatie van 'kleine dingen die je helpen je goed te voelen', en geregeld gedurende een dag te denken aan deze dingen (bijvoorbeeld zonsopgang). Ook ontvingen patiënten een klein cadeautje vlak voor iedere telefonische follow-up (bijvoorbeeld een fleecedeken, koffiemok). Tot slot werd deelnemers gevraagd aan trots momenten in hun leven te denken, en deze in gedachten te houden bij het uitvoeren van het nieuwe gezondheidsgedrag.	<i>Actieve educatiecontrole</i> , waarbij patiënten een werkboek ontvangen met uitleg over 1) belang specifieke gedrag (fysiek actief zijn, medicatieadherentie) en 2) verhalen van succesvolle patiënten. Patiënten werd gevraagd een ziektespecifieke gedraging te kiezen waarvoor ze hoge <i>self-efficacy</i> ervoeren. Via een contract werd concreet vastgelegd welke gedraging dit was en voorgenomen frequentie, inhoud, moment en duur van uitvoeren gedrag.	Eenmalige instructie, gevolgd door telefonische follow-up om de 2 maanden gedurende een jaar.
(Cohn et al., 2014)	<i>Developing Affective Health to Improve Adherence (DAHLIA)</i> , een online interventie die 8 vaardigheden traint waarvan empirisch is aangetoond dat ze positieve emoties verhogen. Dit zijn 1) opmerken en herinneren van positieve gebeurtenissen, 2) genieten van en kapitaliseren op positieve gebeurtenissen, 3) dankbaarheid, 4) mindfulness, 5) positieve herinterpretatie, 6) zelfbevestiging en herkennen van sterke kanten, 7) stellen van haalbare doelen en 8)	<i>Controlegroep die op een wachtlijst staat</i> , en gedurende de interventie dagelijkse metingen invult voor positief en negatief affect.	Online interventie van 5 weken. In de eerste 2 dagen van de week werd informatie van die week gelezen, gevolgd door verschillende dagelijkse oefeningen.

	uitoefenen van vriendelijke gebaren. Deelnemers oefenen 1 of meer van deze vaardigheden per dag.		
(Sanjuán et al., 2016)	<i>Programme to Improve Well-being (PIW)</i> , in aanvulling op hartrevalidatieprogramma. Gedurende de interventie ontvangen deelnemers 1) psychoeducatie over de positieve invloed van positieve emoties op cardiovasculaire gezondheid, 2) uitleg over drie oefeningen en activiteiten om positieve emoties te vergroten: 'uiten van dankbaarheid', '3 goede dingen die gebeurd zijn gedurende de dag' en 'vriendelijke gebaren uitoefenen'. Iedere week werd deelnemers gevraagd een van deze oefeningen dagelijks uit te voeren en zelfrapportages in te vullen.	<i>Wachlijstgroep die hartrevalidatieprogramma volgt</i> , bestaande uit relaxatie, fysieke oefening en het verkrijgen van informatie over gezonde leefstijl. 4 sessies van 1 uur in een groepsformat.	Interventie van 6 weken parallel aan hartrevalidatie-programma. Wekelijkse groepssessies van 1 uur.

Effecten van de interventies

In vergelijking met gezonde doelgroepen, zijn er nog niet veel interventies die zich expliciet richten op het vergroten van positieve emoties in populaties met chronische lichamelijke aandoeningen (tabel 2b). Wel zijn de doelgroepen van de hier 4 besproken studies divers: het betreft zowel diabetes-, hart- als kankerpatiënten. Op de interventie van Anderson et al. (2006) na waren de interventies effectief in het verhogen van de primaire uitkomsten, vooral gerelateerd aan emotioneel welzijn (Cohn et al., 2014, Sanjuan et al., 2016: Cohen's d in de laatste studie varieert van .35 voor positief affect tot .54 voor negatief affect) of het succesvol uitvoeren van ziektespecifiek gezondheidsgedrag (Charlson et al., 2014). Dat de studie van Anderson et al. (2006) niet effectief was, is waarschijnlijk (deels) te verklaren door de zeer lage hoeveelheid training van positieve emoties die werd aangeboden in de interventie. De latere, effectievere interventies waren allen gebaseerd op een hoger aantal en frequenter aangeboden oefeningen. Voor veel van de ingezette oefeningen is inmiddels veel empirisch bewijs opgebouwd bij verschillende andere doelgroepen. Hoewel deze effecten in het algemeen veelbelovend zijn, wordt er in geen van de trials lange termijn follow-upmetingen gedaan, en Charlson et al. (2014) is de enige van de effectieve interventies die een actieve controlegroep opneemt in het design.

Vooraf deze laatste studie is dan ook een mooi voorbeeld van een PPI die in staat is om via een focus op positieve emoties, niet alleen emotioneel welbevinden, maar ook ervaren stress, *self-efficacy* en gezondheidsgedrag op de langere termijn te beïnvloeden.

Tabel 2b *Positieve emoties: Kenmerken van de deelnemers, studies en effecten*

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie	Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a					
			PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy ²	Emotioneel/ Psychologisch ³	Fysiek/ medisch ⁴	Leefstijl ⁵	Anders ⁶
(Anderson et al., 2006)	Leeftijd 52 Diagnose Kankerpatiënten met pijn	Design RCT (4 armen) Hypothese Drie actieve armen effectiever dan wachtlijst. Werving Groot kankercentrum	N 59 in totaal, 16 in arm positieve stemming	Self-efficacy omgang pijn	Pijninterferentie Verstoring van stemming	Pijnintensiteit Symptomen		Kwaliteit van leven
(Charlson et al., 2014)	Leeftijd 54.3 Diagnose Chronische hart- en vaatziekten	Design RCT (3 samengevoegd) Hypothese IV is effectiever dan educatie-controle	N 756 (totaal in 3 RCT's)	Positief affect Self-efficacy	Ervaren stress		Succesvol ziekte specifiek gedrag	
(Cohn et al., 2014)	Leeftijd Diagnose Type-II diabetes	Design RCT (2 armen) Hypothese IV is effectiever dan wachtlijstcontrole	N 49	Positief affect Self-efficacy	Depressiesymptomen Ervaren stress Negatief affect Diabetes-gerelateerde distress		Medicatie-adherentie Testen bloedsuiker	
(Sanjuán et al., 2016)	Leeftijd 54.4 Diagnose Coronaire hartziekten	Design RCT (2 armen) Hypothese IV is effectiever dan wachtlijst	N 108	Positief affect	Vijandigheid Negatief affect Depressiesymptomen	Functional Capacity		

a. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn dikgedrukt aangegeven.

1. o.a. PANAS; Differential Emotions Scale

2. o.a. Confidence in Diabetes Self-care Scale

3. o.a. Profile of Mood States; CES-D; MOS social support scale; Perceived Stress Scale; Diabetes Distress Scale; Depressive symptoms subscale van Symptom Check List Revised; Cynicism subscale of Cook-Medley Hostility Scale

4. o.a. Brief Pain Inventory; VAS schaal pijnintensiteit; M.D.Anderson cancer-related Symptom Inventory (MDASI); Charlson Comorbidity Index; Cardiac stress test on treadmill

5. o.a. Morisky's adherence scale; Paffenbarger Activity and Exercise Index; open questions on 'tested blood sugar?', 'taken medication as directed?';

6. FACT-G

3.3.2.2 *Compassie*

Inhoud en modus van de interventies

4 studies zijn geïnccludeerd voor deze component. Het betreft in 3 van de 4 studies een haalbaarheids- of pilotstudie, in twee gevallen is er geen controlegroep. Compassie-training en -therapie richt zich op verschillende technieken om compassievaardigheden en gerelateerde concepten als zelfacceptatie, zelfvergeving, en mindfulness te vergroten. Centrale technieken in alle geïnccludeerde interventies zijn verschillende vormen van compassiemeditatie, waarbij men zich onder andere richt op het oefenen van een kalmerende ademhaling, het voorstellen van een veilige plek, het kalmeren van het zelf, het uiten van vriendelijkheid en positieve wensen richting het zelf en anderen, en/of dankbaarheid. Aanvullend wordt vaak enige vorm van psychoeducatie ingezet. De frequentie en duur van de interventie varieert van een eenmalige groepsessie van enkele uren tot een intensieve 18-weekse interventie ingebed in een neuropsychologisch revalidatieprogramma waarin groepsessies en individuele face-to-face-sessies met een therapeut worden gecombineerd.

Tabel 3a. *Compassie*: Kenmerken van de interventies

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Ashworth, Clarke, Jones, Jennings, & Longworth, 2015)	<i>Compassion Focused Therapy (CFT)</i> , ingebed in een algemeen neuropsychologisch revalidatieprogramma van 18 weken (psycho-educatie en hulp bij management van onder andere executief functioneren, communicatie en geheugen- en aandachtsproblematiek). In CFT werd psycho-educatie gegeven vanuit CFT-perspectief over compassie. Strategieën werden besproken om leed te aanvaarden en op te lossen, en barrières voor compassie te overkomen. Compassie-oefeningen werden geïncorporeerd om compassievaardigheden en algemene compassievolle oriëntatie te vergroten, waaronder ‘kalmeren van het zelf’, ‘kalmerende ademhaling’ en ‘voorstellen van een veilige plek’.	Geen controle – haalbaarheidstrial met 1 arm.	Groepsessies (4 dagen in totaal), aangevuld met een gemiddelde van 16 individuele sessies met een therapeut.
(Dodds et al., 2015)	<i>Cognitively-Based Compassion Training</i> . Deelnemers leren in 8 sessies onder andere mindfulness, het richten van de aandacht op een niet-oordelende manier. Daarnaast leert men ‘foute’ cognities herkennen die bijdragen aan stress en leed, en beoefent men zelfcompassie om hiermee om te gaan. Andere onderwerpen omvatten het leren waarderen van sociale connectiviteit en afhankelijkheid van anderen, empathie, en begrijpen van universeel menselijk lijden. Mindfulness- en compassieoefeningen (beoefenen liefdevolle vriendelijkheid, dankbaarheid) ondersteunen deze vaardigheden.	<i>Wachtlijst</i>	Wekelijkse groepsessies van 2 uur gedurende 8 weken, aangevuld met een ‘booster’ sessie 4 weken na afloop. Patiënten trainen minstens 3 keer per week compassie thuis.
(Kemper, Carmin, Mehta, & Binkley, 2015)	<i>The Compassionate Approach to Lifestyle and Mind-Body Skills</i> , een integratieve groepstraining bestaande uit psycho-educatie over verschillende leefstijldomeinen, aangevuld met een mindfulness/compassie-interventie gebaseerd op Mindfulness-Based Stress Reduction en Compassietraining. Iedere bijeenkomst behandelt 1 specifiek leefstijlonderwerp, en 1 specifiek mindfulness/compassie-onderwerp. Het mindfulness- en compassiegedeelte van de training bestaat vooral uit het proberen van nieuwe oefeningen en bespreken van voorgaande oefeningen, waaronder de ‘bodyscan’, ‘mindful ademhaling’ en ‘liefdevolle vriendelijkheid voor zelf en anderen’.	Geen controle-haalbaarheidstrial met 1 arm.	Wekelijkse groepsessies van 2 uur gedurende 8 weken, gegeven door verschillende professionals. Patiënten wordt gevraagd dagelijks 20 minuten mindfulness- of compassieoefeningen uit te voeren.
(Toussaint, Barry, Bornfriend, & Markman, 2014)	<i>Restore: The Journey towards Forgiveness</i> , een korte interventie gericht op het vergroten van zelfacceptatie en persoonlijke groei. Gedurende 1 sessies ontvangen deelnemers psycho-educatie en oefeningen om inzicht te krijgen in het concept zelfacceptatie en manieren waarop ze dit vorm kunnen geven in hun eigen situatie. Er wordt onder andere gebruik gemaakt van meditatie, bidden en expressief schrijven ter ondersteuning van het therapeutisch proces.	<i>Wachtlijst</i>	Eenmalige groepsessie

Effecten van de interventies

Compassie is een relatief nieuwe component van onderzoek in het psychologisch domein. Bij patiënten met chronische lichamelijke aandoeningen zijn er dan ook slechts enkele studies uitgevoerd, waarvan het merendeel een kleine haalbaarheidsstudie of pilotstudie betrof (Ashworth et al., 2015; Dodds et al., 2015; Kemper et al., 2015). 3 van de 4 interventies zijn echter effectief (behalve Kemper et al., 2015) voor verschillende diagnosegroepen, waaronder kanker-, en hartpatiënten. Ook Kemper et al. (2015) rapporteert veelbelovende vooruitgang, hoewel deze vooruitgang niet significant was in de context van een kleine en niet-gepowerde pilotstudie. In de interventies leiden zeer uiteenlopende compassietrainingen tot significante vooruitgang in compassiegerelateerde uitkomsten als zelfvergeving, zelfacceptatie (Toussaint et al., 2014) en mindfulness, en ook in enkele andere uitkomsten zoals depressie- en stressklachten (Ashworth et al., 2015; Dodds et al., 2015). Ashworth et al. (2015) en Dodds et al. (2015) doen ook metingen op de langere termijn, en laten zien dat verschillende effecten op post-interventie behouden blijven bij een nameting 4 weken (Dodds et al., 2015) en drie maanden na afloop van de respectievelijke interventies (Ashworth et al., 2015). Ashworth en collega's rapporteren ook grote effecten (Cohen's d varieert van 1.3 tot 1.8).

Hoewel meer onderzoek met onderzoeksdesigns van betere methodologische kwaliteit nodig zijn, lijkt compassie een component die kan bijdragen aan succesvolle emotieregulatie en verwerking van de aandoening bij patiënten met een chronische lichamelijke aandoening.

Tabel 3b Compassie: kenmerken van de deelnemers, studies en effecten

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie		Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a				
				PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy ²	Emotioneel/ Psychologisch ³	Fysiek/ medisch ⁴	Leefstijl Anders
(Ashworth et al., 2015)	Leeftijd 39.2 Diagnose Niet aangeboren hersenletsel	Design Haarbaarheids-trial (geen controle) Hypothese Geen specifieke hypothese	N 12 Werving Patiënten in neuro-psychologische revalidatie	Geruststellen zelf		Angst Depressie Zelfkritiek		
(Dodds et al., 2015)	Leeftijd 55.1 Diagnose Borstkanker	Design Haalbaarheids-trial (RCT) Hypothese Geen specifieke hypothese	N 33 Werving Kankercentrum universiteit en media advertenties.		Mindfulness Dankbaarheid	Depressie Angst terugkeren kanker Stress laatste 7 dagen Stress Eenzaamheid Mentaal welbevinden Depressie* Angst Stress	Vitaliteit Pijn Cortisol Fysiek welbevinden	
(Kemper et al., 2015)	Leeftijd 57.0 Diagnose Hartfalen	Design Pilotstudie voor haalbaarheid (geen controle) Hypothese Geen specifieke hypothese	N 11 Werving Academisch hartcentrum		Mindfulness* Veerkracht* Levenstevredenheid*		Vermoeidheid* Slaap	
(Toussaint et al., 2014)	Leeftijd 53.5 Diagnose Kanker	Design RCT Hypothese IV effectiever dan wachtlijst	N 83 Werving Ziekenhuiskliniek	Zelfvergeving Zelfacceptatie	Posttraumatische groei	Pessimisme		

a. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn dikgedrukt aangegeven.

* Vanwege het kleine aantal deelnemers werden geen statistische analyses uitgevoerd. Op deze uitkomstmaten werd echter veelbelovende vooruitgang gerapporteerd.

1. o.a. Forms of Self-Criticism/Self-Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS); State Self-Forgiveness Scale (SSFS); Post-Traumatic Cognitions Inventory (PTCI)

2. o.a. Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS-R-10); Gratitude Questionnaire (GQ-6); Freiburg Mindfulness Inventory (FMI); Brief Resilience Scale (BSI); Satisfaction with Life Scale (SWLS); Benefit Finding Scale

3. o.a Forms of Self-Criticism/Self-Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS); Hospital Anxiety Depression Scale (HADS); Perceived Stress Scale (PSS); Brief Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D-10); Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI); Impact of Events Scale (IES-R); UCLA Loneliness Scale (R-UCLA); Patient-Reported Outcome Measurement Information System (PROMIS); Life Orientation Test-Revised (LOT-R)

4. o.a. Medical Outcomes Survey (MOS-12); Patient-Reported Outcome Measurement Information System (PROMIS)

3.3.2.3 Psychologische flexibiliteit

Inhoud en modus van de interventies

Naar de component psychologische flexibiliteit is relatief veel onderzoek gedaan. Hieronder worden 10 verschillende studies samengevat die allemaal het effect van Acceptance & Commitment Therapie (ACT) evalueerden. De meest interventies werden aangeboden als groepsinterventie met 9-12-wekelijkse sessies. Ook werden interventies aangeboden als zelfhulpinterventie, al dan niet online, en ook werden telefonische interventies of sessies volgend op enkele groepssessies aangeboden. Veelal waren de interventies dus relatief intensief; slechts in een geval betrof het een eenmalige workshop. In meer dan de helft van de trials werd ACT vergeleken met een actieve controleconditie zoals yoga of relaxatie.

Inhoudelijk richt ACT zich op het aanleren van emotieregulatiestrategieën, voornamelijk via acceptatie- en mindfulnesstechnieken, om het leven naar persoonlijke waarden en doelen in de context van een chronische lichamelijke aandoening te bevorderen. Het persoonlijk zingevingskader van patiënten is leidend in interventies gebaseerd op psychologische flexibiliteit.

Tabel 4a. Flexibiliteit: kenmerken van de interventies

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Alonso-Fernández, López-López, Losada, González, & Wetherell, 2015)	<i>Acceptance & Commitment Therapie, gecombineerd met het Selective Optimization with Compensation model.</i> Richt zich op het in kaart brengen van de persoonlijke waarden van de persoon en bijbehorende activiteiten. Emotieregulatie wordt aangeleerd om zo goed mogelijk deze waarden en activiteiten te kunnen blijven volgen. Denk aan mindfulness, acceptatie van gedachten en emoties, selectie- en optimalisatie-technieken, compensatietechnieken, alternatieve routes naar persoonlijke doelen exploreren.	<i>Minimale Steun</i> , een educatieve interventie bestaande uit groepsessies waarin factoren worden besproken die pijncondities en pijnperceptie kunnen beïnvloeden.	9 wekelijkse groepsessies van 2 uur.
(Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007)	<i>Acceptance & Commitment Therapie</i> , plus educatie. Deelnemers volgen een workshop volgens een ACT handleiding. In de ochtend een ongekorte versie van de educatie zoals hiernaast beschreven. In de middag training in mindfulness, acceptatie en exploreren van persoonlijke waarden en uitzoeken hoe bijbehorende activiteiten uitgevoerd kunnen worden in aanwezigheid van negatieve ervaringen en gevoelens.	<i>Educatie</i> , waarbij deelnemers een workshop ontvingen gestructureerd volgens een patiëntenhandleiding voor diabeteseducatie. In 7 uur werd informatie gegeven over 1) diabetes en het ziekteproces, 2) voeding, 3) belang van fysieke activiteit, 4) medicatie, 5) monitoren van bloedsuiker, 6) gebruik van de resultaten bloedsuiker, 7) preventie en detectie van complicaties.	Eenmalige workshop van 7 uur.
(Hawkes, Pakenham, Chambers, Patrao, & Courneya, 2014)	<i>CanChange. Een telefonische interventie gebaseerd op Acceptance & Commitment Therapie</i> voor het coachen van meerdere vormen van gezond gedrag in kankerpatiënten. Maakt gebruik van strategieën uit ACT (in kaart brengen persoonlijke waarden en opstellen bijbehorende individuele doelen en probleemoplossende strategieën, managen van emoties via mindfulness, afstand nemen van gedachten en acceptatie) die focussen op fysieke activiteit, management van gewicht, dieet, alcohol en roken. Deelnemers ontvangen ook een handboek met uitleg ACT-processen en -strategieën en educatie kanker.	<i>Gebruikelijke zorg</i> , bestaande uit 4 educatiebrochures en nieuwsbrieven over darmkanker en informatie over voeding en fysieke activiteit.	11 telefonische sessies gedurende 6 maanden.
(Johnston, Foster, Shennan, Starkey, & Johnson, 2010)	<i>Zelfhulpboek gebaseerd op Acceptance & Commitment Therapie.</i> In 6 weken worden 8 boekhoofdstukken doorlopen die focussen op 1) introductie pijn & ACT, 2) exploreren persoonlijke waarden en zingevingskader, 3) afstand nemen tot je gedachten (cognitieve defusie), 4) mindfulness, 5) geëngageerde actie vaststellen op basis van waarden in aanwezigheid van pijn.	<i>Wachtlijst</i> , ontvangen dezelfde wekelijkse telefonische gesprekken als de experimentele groep.	6 weken werken aan een zelfhulpboek, aangevuld met wekelijkse telefonische ondersteuning.

(Kemani et al., 2015)	<i>Acceptance & Commitment Therapie</i> , verdeeld in 4 fasen waarbij patiënten werden begeleid om hun perspectief te wijzigen van een focus op pijn- en symptoomreductie naar een focus op waardegericht leven in aanwezigheid van pijn. Persoonlijke waarden en zingevingskader werd geëxploreerd, en emotieregulatiestrategieën om betere omgang met pijn om beter naar waarden te kunnen leven aangeboden (mindfulness, acceptatie, afstand nemen van gedachten rondom pijn). De interventie sloot af met het formuleren van concrete activiteiten op basis van waarden voor de korte en lange termijn.	<i>Applied Relaxation als actieve controle</i> , waarbij eerst de rationale van relaxatie in de context van pijn werd besproken. AR werd geïntroduceerd als alternatieve emotieregulatiestrategie voor management van pijn. Relaxatie werd binnen sessies uitgebreid geoefend in verschillende vormen. <i>Hypothese is dat beide interventies effectief kunnen zijn, alleen ACT meer effectief op pijnacceptatie.</i>	12 wekelijkse groepssessies van 90 minuten voor beide condities.
(Lundgren, Dahl, Yardi, & Melin, 2008)	<i>Acceptance & Commitment Therapie</i> , met als algemeen doel patiënten te stimuleren psychologische flexibiliteit te ontwikkelen rondom ervaren barrières waaronder (angst voor) epileptische aanvallen, en het uitvoeren van persoonlijke waardevolle activiteiten te stimuleren. Gebruikgemaakt werd van standaardtechnieken als aanleren van acceptatie, exploreren van waarden, leren afstand nemen van gedachten, mindfulness.	<i>Yoga</i> , met als algemeen doel patiënten te leren bewust een aandachtig te reageren op interne stimuli. Patiënten leren via oefeningen als ‘gecontroleerde diepe ademhaling’, ‘meditatie’ en het aannemen van specifieke, fysieke yoga-houdingen geest, lichaam en ziel te verenigen. Focust onder andere op het reduceren van gedragingen die voortkomen uit een wil tot controle over angst en gedachten rondom epilepsie. Ook stimulatie tot uitvoeren van betekenisvolle activiteiten. <i>Hypothese is dat zowel ACT als yoga effectief zijn.</i>	4 sessies, waarvan 2 in groepen (3 uur) en 2 individueel (90 minuten). Booster sessie (90 minuten) op 6 en 12 maanden.
(Trompetter, Bohlmeijer, Veehof, & Schreurs, 2015)	<i>Online zelfhulp cursus Acceptance & Commitment Therapie</i> , bestaande uit 9 lessen. In de lessen werd gebruik gemaakt van tekst, oefeningen, metaforen en dagelijkse mindfulnessoefeningen om de standaard ACT-principes en -technieken doorlopen. Na een eerste les met psycho-educatie rondom pijn, werden achtereenvolgens persoonlijke waarden en concrete activiteiten gebaseerd op de waarden geëxploreerd. Psychologische flexibiliteit werd verder bevorderd door het bevorderen van emotieregulatiestrategieën zoals mindfulness, acceptatie en leren afstand nemen van gedachten.	<i>Controlegroep 1: Actieve controle gebaseerd op Expressief Schrijven</i> , bestaande uit 9 lessen. Deelnemers schreven aan de hand van meer of minder specifieke richtlijnen ongeveer 3x per week gedurende 15 minuten over dagelijkse ervaringen, gevoelens en gedachten rondom de pijn. Ieder van de 9 lessen startte met psychoeducatie over (regulatie van) emoties in de context van pijn. <i>Controlegroep 2: Wachttijl</i>	Online zelfhulp cursus van 9 lessen, die in 9 tot 12 weken konden worden doorlopen. Wekelijkse e-mail-begeleiding en gevraagde investering van ongeveer 3 uur per week.
(Julie Loebach Wetherell et al., 2011)	<i>Acceptance & Commitment Therapie</i> . 8 sessies waarin de algemene therapeutische processen van ACT aan bod komen, waaronder het exploreren van persoonlijke waarden en zingevingskader en vaststellen van concrete activiteiten op basis	<i>Cognitieve Gedragstherapie</i> , op basis van een bestaand protocol. Trainen van deelnemers in het verbeteren van hun pijnmanagement, onder andere door het aanleren van monitoren van pijn, pacing,	8 wekelijkse groepssessies van 90 minuten.

	hiervan, en ondersteunende emotieregulatiestrategieën (mindfulness, afstand leren nemen van gedachten, acceptatie van pijn en bijbehorende ervaringen en gedachten).	vergroten van plezierige activiteiten, relaxatie, uitdagen van gedachten, en verbeteren van communicatievaardigheden met professionals en probleemoplossende vaardigheden.	
(Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin, & Olsson, 2008)	<i>Acceptance & Commitment Therapie</i> . Na psycho-educatie over pijn en het ontstaan van chronische pijn ontvingen deelnemers ondersteuning volgens de standaard ACT-therapeutische processen. Deelnemers worden aangemoedigd hun focus te verleggen van reductie en controle van pijn naar het uitvoeren van waardegerichte activiteiten ondanks pijn. Persoonlijke waarden en zingevingskader wordt geëxploreerd, en patiënten worden gaandeweg uitgedaagd zich bloot te stellen aan pijn en waardegerichte activiteiten uit te voeren. Dit proces wordt ondersteund door strategieën als het stimuleren van acceptatie van pijn, en cognitieve defusie (afstand leren nemen van belemmerende gedachten rondom pijn).	<i>Wachtlijst</i>	10 groepssessies van 60 minuten verspreid over 8 weken.
(Wicksell et al., 2013)	<i>Acceptance & Commitment Therapie</i> . Gelijk aan uitleg van eerdere studies, werden deelnemers in de behandeling 1) uitgedaagd hun focus te verleggen van pijn- en symptoomreductie naar een waardegericht leven in aanwezigheid van pijn, 2) exploreren van persoonlijke waarden en zingevingskader, 3) formuleren van concrete activiteiten en doelen op basis van waarden en 4) aanleren van meer flexibele regulatiestrategieën van pijn om leven naar waarden te ondersteunen (pijnacceptatie, cognitieve defusie).	<i>Wachtlijst</i>	12 wekelijkse groepssessies van 90 minuten met 6 deelnemers per groep.

Effecten van de interventies

Hoewel ACT niet binnen het positief-psychologisch framework is ontwikkeld, is deze component in lijn met de positieve psychologie vanwege zijn primaire focus op geëngageerd leven in de aanwezigheid van chronisch lichamelijke aandoeningen. Het leven van een waardegericht, betekenisvol leven is het uitgangspunt van de inzet van de andere strategieën, waaronder het aanleren van verschillende vormen van emotieregulatie. Dit algehele proces wordt samengevat als psychologische flexibiliteit. ACT sluit naadloos aan op de uitdagingen waar chronisch pijnpatiënten voor staan, wat verklaart waarom 7 van de 10 geïnccludeerde studies zich richten op deze diagnosegroep (tabel 4b). De helft of meer van de studies laten zien dat ACT-interventies (onderdelen van) psychologische flexibiliteit, als ook problematische cognities (zoals catastroferen) en emotionele uitkomstmaten significant en positief kunnen beïnvloeden in vergelijking met controlegroepen. Hoewel effecten op fysieke uitkomstmaten vaak worden gemeten, zijn relatief weinig ACT-interventie effectief in het beïnvloeden van deze uitkomsten. Ook includeert een relatief groot aantal studies binnen deze component aanvullende uitkomstmaten in lijn met de positieve psychologie. De helft van deze 6 studies laten zien dat ACT dergelijke uitkomsten significant positief kan beïnvloeden (Hawkes et al., 2014; Wicksell et al., 2008, 2013). Ook zijn er voor deze component enkele studies die ACT vergelijken met een meer actieve controlegroep, waaronder cognitieve gedragstherapie, yoga en relaxatie (Lundgren et al., 2008; Kemani et al., 2015; Wetherell et al., 2011). ACT is over het algemeen - zoals vaak ook verwacht door de auteurs - even effectief als deze interventies, en scoort sporadisch beter op enkele uitkomsten (onder andere betere tevredenheid behandeling dan CGT in Wetherell et al., 2011; grotere toename acceptatie van pijn in vergelijking met relaxatie in Kemani et al., 2015; minder epileptische aanvallen in vergelijking met yoga in Lundgren et al., 2008). Bij het grootste deel van de studies worden verschillende follow-upmetingen uitgevoerd op drie tot twaalf maanden na afloop van de interventie. In alle gevallen (onder andere Gregg et al., 2007; Hawkes et al., 2014; Trompetter et al., 2015; Wicksell et al., 2008 en 2013; Lundgren et al., 2008) worden effecten post-interventie op de nametingen behouden en soms worden effecten groter op de lange termijn (bijvoorbeeld Trompetter et al., 2015). Gerapporteerde effectgroottes variëren van klein (Trompetter et al., 2015) tot groot (Wicksell et al., 2015; Lundgren et al., 2008).

Geconcludeerd kan worden dat psychologische flexibiliteit een veel onderzochte component is, die succesvol kan bijdragen aan zelfmanagement van chronische aandoeningen. Meer studies met andere diagnosegroepen dan chronische pijn zijn aan te raden voor toekomstig onderzoek.

Tabel 4b Flexibiliteit: kenmerken van de deelnemers, studies en effecten

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie		Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a					
				PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy ²	Emotioneel/Psychologisch ³	Fysiek/medisch ⁴	Leefstijl ⁵	Anders ⁶
(Alonso-Fernández et al., 2015)	Leeftijd 82.3 Diagnose Ouderen met chronische pijn	Design RCT (2 armen) Hypothese IV is effectiever dan minimale interventie	N 101 Werving Via 5 verpleeghuizen	Acceptatie (van pijn)		Angst (voor pijn) Compensatie Pijninterferentie lopen Catastroferen (pijn) Depressiesymptomen Pijninterferentie stemming, sociale relaties, slaap Selectie Optimalisatie	Ernst van de pijn		
(Gregg et al., 2007)	Leeftijd 50.9 Diagnose Type-II diabetes	Design RCT (2 armen) Hypothese ACT + educatie effectiever dan alleen educatie.	N 81 Werving Via gezondheidscentrum voor lage inkomens	Psychologische flexibiliteit (acceptatie en verlaagde interferentie waardegericht leven)			<i>HbA_{1c}</i>	Diabetes onder controle Zelfmanagement diabetes Begrip van diabetes	Tevredenheid behandeling diabetes
(Hawkes et al., 2014)	Leeftijd 66.3 Diagnose Darmkanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan gebruikelijke zorg.	N 410 Werving Via regionaal register kankerpatiënten	Acceptatie Mindfulness	Post-traumatische groei Spiritualiteit	Psychologische symptomen	Fysieke activiteit		Kwaliteit van leven
(Johnston et al., 2010)	Leeftijd Diagnose Chronische pijn	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan een wachtlijst.	N 24 (14 completers) Werving Pijnkliniek voor psychologische ondersteuning bij ziekenhuis	Acceptatie (pijn) Leven naar waarden	Levenstevredenheid	Angstsymptomen Depressiesymptomen	Pijn		Kwaliteit van leven
(Kemani et al., 2015)	Leeftijd Diagnose Chronische pijn	Design RCT (2 armen) Hypothese IV even effectief op uitkomsten als actieve controle, maar meer effect pijnacceptatie	N 60 Werving Via pijnkliniek met patiënten verwezen uit 1 ^e en 3 ^e lijn.	Acceptatie (pijn)		Angstsymptomen Depressiesymptomen	Pijnintensiteit Fysieke kwaliteit van leven		

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie	Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a					
			PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy ²	Emotioneel/Psychologisch ³	Fysiek/medisch ⁴	Leefstijl ⁵	Anders ⁶
(Lundgren et al., 2008)	Leeftijd 23.9	Design RCT (2 armen)	N 18	Levenstevredenheid	Positieve geestelijke gezondheid	Catastroferen (pijn) Pijninterferentie dagelijks leven Depressiesymptomen Angstsymptomen	Epileptische aanvallen	Kwaliteit van leven
	Diagnose Epilepsie	Hypothese Beide IV's zijn effectief	Werving Polikliniek					
(Wetherell et al., 2011)	Leeftijd 52.8	Design RCT (3 armen)	N 238	Vermijding (pijn) Cognitieve fusie	Levenstevredenheid	Pijnbelemmering Bewegingsangst Depressiesymptomen Pijninterferentie dagelijks leven Angstsymptomen Symptomen post-traumatische stress	Pijnintensiteit Pijnbelemmering	Tevredenheid behandeling Algemene activiteit
	Diagnose Chronische pijn	Hypothese IV effectiever dan actieve controle en wachtlijst	Werving Landelijk via advertenties in kranten, tijdschriften en websites					
(Wicksell et al., 2008)	Leeftijd 54.9	Design RCT (2 armen)	N 114	Psychologische inflexibiliteit	Self-efficacy	Pijnbelemmering Mentaal welbevinden Angst (eigenschap) Depressiesymptomen Angst (staat)	Fysiek welbevinden Pijnintensiteit	Impact fibromyalgie
	Diagnose Chronische pijn	Hypothese IV is effectiever dan actieve vergelijking (CGT)	Werving Verschillende poliklinieken, advertenties en via bestaande ondersteunings-groepen voor pijn.					
(Wicksell et al., 2013)	Leeftijd 51.7	Design RCT (2 armen)	N 21	Psychologische inflexibiliteit	Self-efficacy	Pijnbelemmering Mentaal welbevinden Angst (eigenschap) Depressiesymptomen Angst (staat)	Fysiek welbevinden Pijnintensiteit	Impact fibromyalgie
	Diagnose Whiplash associated disorder	Hypothese IV is effectiever dan wachtlijst	Werving Ondersteunende organisatie voor overlevenden van verkeersongevallen					
(Wicksell et al., 2013)	Leeftijd 45.1	Design RCT (2 armen)	N 40	Psychologische inflexibiliteit	Self-efficacy	Pijnbelemmering Mentaal welbevinden Angst (eigenschap) Depressiesymptomen Angst (staat)	Fysiek welbevinden Pijnintensiteit	Impact fibromyalgie
	Diagnose Fibromyalgia	Hypothese IV is effectiever dan wachtlijst	Werving Fysiotherapeuten in de eerste lijn					

a. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn dikgedrukt aangegeven.

1. o.a. Chronic Pain Acceptance Questionnaire; Acceptance & Action Diabetes Scale; Acceptance and Action Questionnaire-II; Mindful Attention Awareness Scale; Chronic Pain Values Inventory; Psychological Inflexibility in Pain Scale; Five Facet Mindfulness Questionnaire; Engaged Living Scale

2. o.a. Post-traumatic Growth Inventory; Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being; Satisfaction with Life Scale; Mental Health Continuum-Short Form; Self-Efficacy Scale

3. o.a. Geriatric Depression Scale; Brief Pain Inventory; Pain Anxiety Symptoms Scale-Short Form; Pain Catastrophizing Scale; Selection, Optimization and Compensation Short form questionnaire; Brief Symptom Inventory; Chicago Multi-scale Depression Inventory; Beck Anxiety Inventory; Multidimensional Pain Inventory; Hospital Anxiety Depression Scale; SF-12; Beck Depression Inventory; Pain Anxiety Symptoms Scale-Short Form; Tampa Scale of Kinesiophobia; Spielberger Trait-State Anxiety Inventory; SF-36
4. o.a. Brief Pain Inventory; lab assay of blood glucose levels; Short-Form McGill Pain Questionnaire; index epileptische aanvallen (frequentie x duur); WHOQOL; Pain Disability Index; SF-12 en 36
5. Diabetes Care Profile
6. o.a. Functional Assessment of Cancer-related Therapy-Colorectal; Quality of Life Inventory; West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (General Activity subschaal); Treatment Satisfaction Questionnaire; Fibromyalgia Impact Questionnaire

3.3.2.4 Zelfdeterminatie

Inhoud en modus van de interventies

5 interventies werden geïncorporeerd voor deze component, alleen gebaseerd op Zelfdeterminatietheorie (SDT) (tabel 5a). Waar 3 van de 5 interventies zich expliciet richtten op de patiënt, richtten de 2 andere interventies zich aanvullend op de primaire zorgverlener (partner of verpleegkundige). Doel van de meeste van deze interventies is voornamelijk de omgang met ziektespecifieke problemen en fysieke en/of gezondheidsuitkomsten als fysieke activiteit en glucoseniveaus in het bloed te verbeteren. Vanuit het SDT-kader leren patiënten onder andere meer autonoom te zijn en eigen regie te nemen, aan de hand van technieken als het in kaart brengen van werkende probleemoplossende strategieën, het aanleren van strategieën voor tijdmanagement en zelfmonitoring, of het opstellen van concrete doelen en bijbehorende actieplannen. De manier van aanbieden varieert flink tussen de verschillende interventies: er wordt gebruikgemaakt van face-to-face individuele en/of groepssessies, al dan niet aangevuld met telefonisch contact van variërende tijdsintervallen en frequentie.

Tabel 5a *Zelfdeterminatie: kenmerken van de interventie*

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Badr, Smith, Goldstein, Gomez, & Redd, 2015)	<i>SDT interventie gericht op patiënten en directe zorgverlener</i> , over onderwerpen als zelfzorg, (omgaan met) stress, effectieve communicatie, oplossen van problemen, behouden en verbeteren van (goede) onderlinge relatie. Partner en mantelzorger ontvangen samen de interventie, maar ook aparte handleidingen (ongeveer 50% informatie overlappend). SDT-focus komt naar voren door nadruk op 1) aanleren vaardigheden tot eigen regie en competentie in zelfzorg, 2) ondersteunen van autonomie door geven van een heldere rationale voor aanbevelingen en ruimte laten voor eigen keuzes, behoeften en wensen en 3) nadruk leggen op verbeteren van onderlinge verbondenheid en aanleren gezamenlijke probleem-oplossende vaardigheden, effectief communiceren en geven van wederzijdse steun.	<i>Gebruikelijke zorg</i>	Patiënt en mantelzorger ontvangen eigen handleiding met informatie en doen huiswerk, aangevuld met 6 wekelijkse telefonische sessies van 60 minuten met getrainde hulpverlener.
(Juul, Maindal, Zoffmann, Frydenberg, & Sandbaek, 2014)	<i>Interactieve training voor verpleegkundigen</i> om consultaties voor type 2-diabetes in huisartsenpraktijken te verbeteren. Geheel opgezet vanuit het kader van SDT, met een focus op 1) leren over onderlinge relatie tussen verpleegkundige en patiënt vanuit SDT-perspectief, 2) leren van communicatievaardigheden zoals spiegelen, actief luisteren en bevragen persoonlijke waarden patiënt, 3) werken met een systematisch werksheet om autonomie en eigen regie van patiënten m.b.t. gezondheidsgedrag in consultatie te verhogen, 4) bespreking van huidige behandelrichtlijnen voor type 2-diabetes en 5) implementatie van inhoud in de dagelijkse praktijk. In de gehele training voor verpleegkundigen was wederom veel nadruk vanuit SDT op eigen ideeën, regie en actieplannen van de verpleegkundige in aanbieden en implementeren van interventie-inhoud.	<i>Gebruikelijke zorg</i>	16 uur interactieve training verdeeld over 4 middagen, waarvan 2 voor de interventie en 2 in de 3 ^e en 5 ^e maand, aangevuld met 1 face-to-face-sessie over implementatie op 10 maanden.
(Shah et al., 2016)	<i>SDT-interventie voor fysieke activiteit</i> , gebaseerd op het SDT-model voor gedragsverandering. Interventie vanuit het persoonlijk zingevingskader en behoeften van de patiënt. Bevat onder andere 1) discussie van barrières tot fysieke activiteit en hoe deze te verkleinen, 2) aanleren van helpende strategieën zoals tijdmanagement en monitoren van zelf, 3) opstellen van eigen doelen en bijbehorend persoonlijk actieplan op basis van een aangeboden individueel plan door een fysiotherapeut. In telefonische vervolgssessies werden deelnemers aangemoedigd en werd hulp geboden bij aanpassen van actieplan waar nodig, waarbij continu autonomie en eigen zingevingskader centraal bleef staan.	<i>Gebruikelijke zorg</i> . In dit geval voortzetten van huidige dagelijkse activiteiten.	Een eerste face-to-face-groepssessie met een getrainde hulpverlener of masterstudent, gevolgd door 2-wekelijkse telefonische sessies van 15-30 minuten.

(Zoffmann & Lauritzen, 2006)	<i>Begeleide SDT-groepstraining</i> , ook gebaseerd op SDT-model voor gedragsverandering. Voornamelijk ondersteuning van autonomie en probleemoplossende vaardigheden van de diabetespatiënt rondom controle van bloedglucose. Dit onder andere door 1) concrete, huidige problemen te kiezen, 2) huidige strategieën en 3) alternatieve werkende strategieën in kaart te brengen. Daarnaast onder ander focus op maken eigen doelen voor A1c en glucoselevels en algemene toekomst, en het concreet bepalen van een eigen weg in het opvolgen van 15 belangrijke aanbevelingen voor zelfmanagement. Voor professionals veel nadruk op actief luisteren, nagaan persoonlijk zingevingskader en behoeften van de patiënt. Ondersteund door psychoeducatie over diabetes en zelfzorg.	<i>Gebruikelijke zorg</i>	Groepsinterventie van 8 weken met wekelijkse sessies van 2 uur.
(Zoffmann, Vistisen, & Due-Christensen, 2015)	<i>Begeleide SDT- groepstraining</i> , zie Zoffmann 2006.	<i>Gebruikelijke zorg</i>	Flexibele interventie voor jonge patiënten. Keuze tussen 7 individuele sessies van 1 uur of 7 groepsessie van 2,5 uur. Mix van beide in enkele gevallen.

Effecten van de interventies

Voor deze component wordt een samenvatting gegeven van 5 verschillende trials, waarvan er 3 werden uitgevoerd met diabetespatiënten. In alle gevallen ging het om een aanvulling op, en vergelijking met gebruikelijke zorg. 4 studies hebben een specifieke gezondheidsuitkomstmaat zoals glucoseniveaus in het bloed van diabetespatiënten (Juul et al., 2014; Zoffmann & Lauritzen, 2006; Zoffmann et al., 2015), of fysiek functioneren van oudere HIV-patiënten (Shah et al., 2016). De interventie van Badr et al. (2015) is de enige die primair inzet op het verbeteren van emotionele en psychologische uitkomstvariabelen. Het is dan ook de enige interventie die zich richt op het vergroten van alle drie de kerncomponenten van SDT (autonomie, competentie en verbondenheid), waar de andere interventies zich voornamelijk richten op het vergroten van autonomie en competentie.

In 4 van de 5 studies worden expliciet significante effecten gevonden op uitkomsten als glucoseniveaus in het bloed, fysieke activiteit, ervaren diabetesgerelateerde problemen in het dagelijks leven en depressiesymptomen, gepaard met significante veranderingen in verschillende SDT-componenten (zoals autonomie) die ook in alle studies expliciet worden gemeten. De enige ineffectieve interventie (Juul et al., 2014) betrof een pragmatische trial met een problematisch design, wat de non-effecten (mede) kan verklaren. Vooral de interventies van Zoffmann et al. (zowel 2006 als 2015) zijn mooie voorbeelden van de inzet van SDT voor het positief beïnvloeden van verschillende leefstijl- en fysieke uitkomstmaten op de langere termijn (metingen vonden plaats op 12 en 18 maanden na baseline). Badr et al. (2015) is daarentegen een mooi voorbeeld van een breed ingezette en effectieve SDT-interventie die zich op zowel autonomie, competentie als verbondenheid richt bij een totaal andere doelgroep (kankerpatiënten) voor het verbeteren van het emotioneel welbevinden van zowel patiënt als partner. Er werd in geen van de interventies een follow-upmeting uitgevoerd, en ook werden er nauwelijks effectgroottes gerapporteerd, wat een nadeel is aan uitgevoerde studies. Dit geldt niet voor de haalbaarheidstrial van Badr et al., 2015, variërend van 1.2 tot 2.5 voor verschillende uitkomsten. Gezien het feit dat dit een haalbaarheidsstudie betreft, moeten uitkomsten met voorzichtigheid bekeken worden.

In het algemeen lijken interventies gebaseerd op het framework van SDT echter veelbelovende interventies, die bij kunnen dragen aan verschillende adaptieve taken zoals management van fysieke symptomen en gezondheidsgedrag, maar ook emotieregulatie en verwerking van het moeten leven met een chronische lichamelijke aandoening.

Tabel 5b Zelfdeterminatie: kenmerken van de deelnemers, studies en effecten

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie		Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a					
				PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy	Emotioneel/ Psychologisch ²	Fysiek/medisch ³	Leefstijl ⁴	Anders ⁵
(Badr et al., 2015)	Leeftijd 68.2 Diagnose Gevorderde longkanker	Design Feasibility RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan gebruikelijke zorg	N 39 koppels Werving Oncologie-kliniek	Autonome motivatie tot zorg vanuit partner Self-efficacy zelfmanagement (partner) Self-efficacy zelfmanagement (patiënt) Verbondenheid Verbondenheid (partner) Autonome motivatie zelfzorg Ervaren ondersteuning autonomie Externe motivatie Autonome motivatie Competentie zelfmanagement diabetes		Depressie-symptomen Depressie partner Angstsymptomen Angst partner Ervaren zorglast door partner			
(Juul et al., 2014)	Leeftijd 60.5 (patiënten) Diagnose Type-II diabetes	Design Cluster-randomized pragmatic trial (2 armen) Hypothese IV effectiever dan gebruikelijke zorg	N 3635 patiënten van 40 huisartsenpraktijken Werving Alle huisartsenpraktijken in regio van de universiteit			Ervaren belasting van leven met diabetes Mentaal welbevinden	HbA _{1c} Cholesterol		
(Shah et al., 2016)	Leeftijd 55.4 Diagnose HIV	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan gebruikelijke zorg	N 67 patiënten Werving Via grote HIV-kliniek	Autonome motivatie fysieke activiteit Geïdentificeerde regulatie (waarderen positieve uitkomsten fysieke activiteit) Competentie fysieke activiteit Intrinsieke motivatie		Depressiesymptomen Emotioneel WB Rol-imitaties Sociaal functioneren	Fysiek functioneren Fysieke activiteit Loopsnelheid 6-minuten looptest Opstaan stoel Knie extensie Energieverbranding door fysieke activiteit Knie flexie Obstakelkoers		Algemene gezondheid
(Zoffmann & Lauritzen, 2006)	Leeftijd 36.3 Diagnose Type-I diabetes	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan gebruikelijke zorg	N 61 Werving Via 2 diabetesklinieken in universitair ziekenhuizen	Ervaren competentie zelfmanagement diabetes Ervaren ondersteuning autonomie Motivatie		Diabetes-gerelateerde sociale steun Diabetes-gerelateerde emotionele problemen	HbA_{1c}	Monitoring bloedglucose Diabetes-gerelateerde eetproblemen	Ervaren diabetes-gerelateerde problemen (algemeen)

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie		Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a					
				PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy	Emotioneel/ Psychologisch ²	Fysiek/medisch ³	Leefstijl ⁴	Anders ⁵
(Zoffmann et al., 2015)	Leeftijd 25.7 Diagnose Type-I diabetes	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan gebruike-lijke zorg	N 200 Werving Drie diabetesklinieken	Ervaren ondersteuning Autonomie Motivatie Ervaren competentie		Self-esteem	HbA _{1c}		Ervaren diabetes-gerelateerde problemen (algemeen)

a. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn dikgedrukt aangegeven.

1. o.a. Health Care Climate Questionnaire (HCCQ); 5 vaak gebruikte items 'autonomous motivation caregiver to provide care', Treatment Self-Regulation Questionnaire; zelfontwikkelde self-efficacy schaal; zelfontwikkelde schaal (4 items) verbondenheid; Perceived Competence for Diabetes Scale; Locus of Causality for physical activity; Behavioural Regulation in Exercise Questionnaire; Perceived Competence Scale
2. o.a. PROMIS short form depression and anxiety scales; Zarit Burden Interview; SF-12; Problem Areas in Diabetes (PAID) scale; BDI-II; SF-36; Rosenberg's Self-esteem Scale
3. o.a. lab HbAc1 en cholesterol; Physical Performance Test (PPT); Physical Activities Scale of the Elderly (PASE); SF-36; verschillende fysieke testen waaronder 'zes minuten looptest', 'tijd nodig om 50 meter te lopen'; Pfaffenbruger Physical Activity Index
4. o.a. aantal bloedglucose-checks per week uitgevoerd; PAID
5. o.a. SF-36; PAID

3.3.2.5 *Sterke kanten*

De search voor de component ‘sterke kanten’ heeft geen studies opgeleverd die voldeden aan de gestelde in- en exclusiecriteria in dit onderzoek. Er is daarom geen samenvatting van bestaande interventies in de context van deze component.

3.3.2.6 Persoonlijke doelen

Inhoud en modus van de interventies

Geïnccludeerde interventies voor deze component zijn inhoudelijk gebaseerd op verschillende theoretische kaders. Alle interventies stellen de patiënt en zijn persoonlijke zingevingskader, doelen en activiteiten centraal (tabel 6a). De opbouw van de interventies is compleet verschillend, maar allen worden individueel aangeboden en gepersonaliseerd. Waar sommige ingebed zijn in een langdurig revalidatieprogramma, bestaan andere uit een combinatie van face-to-face-sessies en telefonische ondersteuning. Ook wordt een 8-weekse face-to-face-ondersteuning aangeboden. In drie van de gevallen is de controleconditie eenzelfde soort interventie, maar dan zonder focus op persoonlijke zingevingskaders, doelen en activiteiten.

Tabel 6a Doelen: Kenmerken van de interventies

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Bertilsson et al., 2015)	<i>Client-centered Activities of Daily Living Interventie</i> , gebaseerd op principes van <i>client-centered practice</i> en de individuele levenservaringen van patiënten. Vanuit deze levenservaringen en behoeften evalueerden therapeut en deelnemer het uitvoeren van concrete activiteiten, waarna de percepties op eigen mogelijkheden en drempels in het uitvoeren van deze activiteiten werden verhelderd. De deelnemer identificeerde drie doelen, en leerde ter ondersteuning een algemene probleemoplossende strategie. Geprobeerde en passende strategieën voor het zelfstandig bereiken van de gestelde doelen in de toekomst werden uiteindelijk geëvalueerd door deelnemer en therapeut.	<i>Gebruikelijke Activities of Daily Living Interventie</i> , waarbij deelnemers informatie ontvingen over standaard ingezette strategieën en manieren om concrete dagelijkse activiteiten goed uit te voeren.	Niet van tevoren vastgelegd. Sessies zijn ingebed in een breder revalidatieprogramma.
(Chen, Wang, Lin, Hsu, & Chen, 2015)	<i>Empowerment programma</i> , met focus op het ondersteunen van het nemen van controle over, en het maken van eigen beslissingen over diabetes. Het programma bestond uit verschillende fasen, waaronder 1) creëren van zelfbewustzijn, 2) een actiefase gericht op het causaal onderkennen van problemen, het stellen van doelen en ontwikkelen van een persoonlijk plan voor zelfmanagement, 3) reflectie. Deelnemers doorlopen deze stappen zelfstandig, ondersteund door een therapeut. Deze cyclus wordt gedurende de interventie meerdere malen herhaald.	<i>Gebruikelijke zorg</i> , bestaande uit maandelijkse bezoeken aan diabeteskliniek waar men onder andere diabeteseducatie ontvangt en richtlijnen voor zelfzorg.	3 face-to-face individuele sessies van 60 minuten en 9 telefonische sessies van 30 minuten in een periode van 3 maanden.
(Coppack, Kristensen, & Karageorghis, 2012)	<i>Goal setting interventie in aanvulling op de hiernaast beschreven exercise group therapy</i> . Uitgaande van Personal Construct Theory ligt de nadruk op eigen prioriteiten en doelen met betrekking tot revalidatie. Kernvraag is dan ook naar deze prioriteiten en doelen in een eerste sessie. Op basis hiervan werd een persoonlijk trainingsprogramma opgesteld en geëvalueerd gedurende 2 sessies op dag 6 en 11 van het revalidatieprogramma.	<i>Controlegroep 1: Therapist-led exercise group therapy only</i> , bestaande uit submaximale, incrementele oefeningen. Doelen van het revalidatieprogramma waren het verbeteren van mobiliteit van de wervelkolom, rompstabiliteit, rekken van de spieren, bewegingscoördinatie en cardiovasculaire conditie. Oefeningen werden aangepast per individu, een therapeut superviseerde en controleerde veiligheid en	Intensieve revalidatie van 15 dagen. Exercise therapie bestaat uit dagelijks 10 oefeningen van 30 minuten per keer. Goal setting bestond uit 3 aanvullende face-to-face sessies verspreid over de 15 dagen.

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
		correcte uitvoering van oefeningen, gaf feedback en mentale ondersteuning. <i>Controlegroep 2: Non-therapist-led exercise group therapy only, dezelfde interventie als hierboven. De therapeut superviseert echter enkel het veilig en correct uitvoeren van de oefeningen.</i>	
(Duncan & Pozehl, 2002)	<i>Adherence facilitation in aanvulling op de hiernaast beschreven exercise only</i> , gebaseerd op sociale leertheorie die uitgaat van het idee dat een deelnemer voor het aanleren van nieuw gedrag moet leren zelfstandig doelen te stellen, gedrag moeten leren monitoren en een goede sociale relatie met een professional moeten opbouwen. Aanvullend op de basis exercise therapie kregen deelnemers hulp bij gezamenlijk stellen van doelen, feedback via grafische terugkoppeling ter ondersteuning van monitoringsskills, en hulp bij vergroten van probleemoplossend vermogen.	<i>Exercise only</i> , bestaande uit 24 weken exercise therapie waarvan 12 weken gesuperviseerd en 12 weken ongesuperviseerd. Na 12 weken onder supervisie ontvingen deelnemers een (op basis van fysieke capaciteiten) gepersonaliseerd trainingsprogramma voor 12 weken zelfstandig oefenen. Specifieke oefeningen werden aangeraden, als mede precieze frequentie, duur en intensiteit van oefenen.	24 weken exercise, waarvan 12 gesuperviseerd (3x per week 40 minuten begeleid + 2-3x zelfstandig) gevolgd door 12 weken ongesuperviseerd. Experimentele interventie had aanvullend 8 korte face-to-face of telefonische contactmomenten.
(Kline, Scott, & Britton, 2007; Scott, Setter-Kline, & Britton, 2004)*	<i>Mutual goal setting interventie</i> , gebaseerd op King's conceptualisatie van wederkerigheid en behalen van doelen. Wederkerig stellen van doelen is een proces waarin verpleegkundige en patiënt samen doelen en strategieën voor bereiken van deze doelen in kaart brengen. Nadruk in dit proces ligt op doelen geïdentificeerd door de patiënt, en hoeven niet per se gericht te zijn op hartfalen. Doelen werden gewogen naar belang dat ze hadden voor de patiënt en ook geëvalueerd door uitkomsten relevant voor en vastgesteld door de patiënt.	<i>Placebogroep</i> , ontvangt algemene instructies voor bevorderen van de eigen gezondheid zoals huidverzorging, voorkomen van letsel en slapeloosheid, en gebitsverzorging. <i>Een 2^e actieve interventie niet in lijn met PosPsy wordt getoetst ten opzichte van de placebogroep. Deze groep wordt niet meegenomen hier.</i>	Wekelijkse ondersteuning thuis gedurende 8 weken in sessies van ongeveer 60 minuten.

* Kline et al. (2007) en Scott et al. (2004) behandelen in aparte publicaties verschillende uitkomsten van precies dezelfde studie. Beide worden samen besproken in tabel 6a en 6b.

Effecten van de interventies

5 inhoudelijk verschillende interventies richten zich expliciet vanuit het (zingeving)s kader van de patiënt op het vergroten van vaardigheden voor het verbeteren van zelfmanagement. In nagenoeg alle studies (behalve Bertilsson et al., 2015) werd er gericht op het vergroten van *self-efficacy* of gerelateerde concepten als vertrouwen in het eigen kunnen. De doelen waar de interventies zich op richtten, liepen uiteen. Waar het bij de meeste interventies ging om leefstijlgerelateerde uitkomsten als fysieke activiteit, beweging en glucoseniveaus in het bloed (Chen et al., 2015; Duncan & Pohzehl, 2012, Copparck et al., 2012), ging het ook (Kline et al., 2007; Scott et al., 2004) om zelfgekozen doelen die niet gerelateerd hoefden te zijn aan de aandoening. De interventies werden gegeven aan zeer uiteenlopende diagnosegroepen, waaronder pijnpatiënten, hartpatiënten en patiënten met een hersenbloeding (tabel 6b). Alle geïnccludeerde interventies lieten een of meerdere significante effecten zien ten opzichte van gebruikelijke zorg, placebo of actieve ondersteuning die niet persoonsgericht was, vaak via een significante toename in *self-efficacy* (Chen et al., 2015; Duncan & Pohzehl, 2012, Copparck et al., 2012). Vooral de studies van Chen (2012) en Copparck (2012) zijn interessant gezien hun effecten in vergelijking met actieve controlegroepen die geen persoonsgerichte benadering aanhielden. De studies van Kline (2007) en Scott (2004) zijn interessant vanwege het feit dat de interventie zich inhoudelijk niet richtte op standaarduitkomsten, maar het patiëntgerichte perspectief zo ver doortrok dat alle mogelijke doelen - al dan niet in lijn met de ziekte - onderwerp van interventie mochten zijn. Nametingen in de studies van Chen et al. (2015) en Kline et al. (2007) en Scott et al. (2004) lieten zien dat bereikte effecten direct na afloop van de interventie behouden werden op de langere termijn.

Samengevat kan gesteld worden dat interventies gericht op het vergroten van *self-efficacy* en zelfmanagement via persoonlijke doelen effectief lijken te kunnen bijdragen aan succesvolle adaptatie aan chronische lichamelijke aandoeningen.

Tabel 6b Persoonlijke doelen: Kenmerken van de deelnemers, studies en effecten

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie	Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a					
			PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy ²	Emotioneel/ Psychologisch ³	Fysiek/medisch ⁴	Leefstijl ⁵	Anders ⁶
(Bertilsson et al., 2015)	Leeftijd 72.5 Diagnose Hersensbloeding	Design RCT (2 armen) Hypothese IV is effectiever dan actieve controle/gebruikelijke zorg	N 280 Werving 16 revalidatieafdelingen in verschillende ziekenhuizen	Levenstevredenheid Levenstevredenheid voor mantelzorger	Emotionele impact hersensbloeding Last voor mantelzorger			Onafhankelijkheid in ADL Gebruik thuishulp Informele zorg doormantelzorger Participatie dagelijks leven Impact hersensbloeding Tevredenheid
(Chen et al., 2015)	Leeftijd 61.9 Diagnose Type-II diabetes	Design RCT (2 armen) Hypothese IV is effectiever dan gebruikelijke zorg	N 55 Werving 2 klinieken voor diabetes	Self-efficacy		HbA _{1c}	Zelfzorg	Kwaliteit van leven
(Coppack et al., 2012)	Leeftijd 32.9 Diagnose Chronisch lage rugpijn	Design RCT (3 armen) Hypothese Additionele IV is effectiever dan alleen exercise therapie	N 48 Werving Revalidatiecentrum militair personeel	Self-efficacy		Functioneren lage rug	Adherentie aan exercise	Ervaren <i>efficacy</i> behandeling
(Duncan & Pozehl, 2002)	Leeftijd 66.0 Diagnose Hartfalen	Design RCT (2 armen) Hypothese Additionele IV is effectiever dan alleen exercise therapie	N 13 Werving Kliniek voor behandeling hartfalen	Vertrouwen zelfstandig trainen	Eigen inschatting adherentie Tevredenheid vooruitgang		Adherentie aan exercise	
(Kline et al., 2007; Scott et al., 2004)*	Leeftijd 75.0 Diagnose Hartfalen	Design RCT (3 armen) Hypothese Beide IV's zijn effectiever dan placebo	N 88 Werving Via 2 thuiszorgorganisaties	Vertrouwen in begrip van zelfmanagement hartfalen Self-efficacy managen hartfalen	Mentaal welbevinden			Kwaliteit van leven

a. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn dikgedrukt aangegeven.

* Kline et al. (2007) en Scott et al. (2004) behandelen in aparte publicaties verschillende uitkomsten van precies dezelfde studie. Beide worden samen besproken in Tabel 6a and 6b.

1. o.a. Diabetes Empowerment Scale (Chinese versie); General Counseling; Self-Efficacy to Manage Disease in General (Lorig)

2. Life Satisfaction Scale

3. o.a. Caregiver Burden Scale; Sport Injury Rehabilitation Belief Survey; Mental health Inventory-5

4. o.a. Labanalys bloedsuiker; Biering-Sorensen test

5. o.a. Diabetes Self-Care Scale (dieet, exercise, medicatie); Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale; rapportage frequentie en duur van oefenen alsmede % doelen nageleefd

6. o.a. Barthel Index; zelfgerapporteerd gebruik thuiszorg (ja/nee); Stroke Impact Scale; 1 vraag over tevredenheid training; Diabetes QoL Scale; Sport Injury Rehabilitation Belief Survey; Quality of Life Index-cardiac version

3.3.2.7 Zingeving

Inhoud en modus van de interventies

6 van de 8 geïnccludeerde studies richten zich op kankerpatiënten en ondersteunen voornamelijk het verwerken van existentiële vraagstukken, emotieregulatie, het vinden van mogelijkheden tot persoonlijke groei door de ziekte-ervaring, en het effectief inbedden van de ziekte-ervaring in het eigen levensverhaal.

De inhoud van de verschillende interventies is op uiteenlopende theoretische kaders gebaseerd, en ook aangeboden technieken zijn zeer verschillend. Allen zijn kort beschreven in tabel 7a. De meeste studies gebruiken een niet-actieve controleconditie. Duur en frequentie van de aangeboden interventies is evenals bij de andere componenten zeer gevarieerd. Waar enkele interventie een- of tweemaalig contact met een therapeut aanbieden, bestaan andere interventies uit 6-8-wekelijkse groepssessies.

Tabel 7a Zingeving: kenmerken van de interventies

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Ando, Morita, Akechi, & Okamoto, 2010)	<i>Short-Term Life Review Therapy</i> , bestaande uit 2 sessies. In de eerste sessie reviewt de patiënt samen met een interviewer zijn of haar leven. Dit gebeurt aan de hand van begeleidende vragen (belangrijkste levensmomenten, meest levendige herinneringen, personen met de meest invloed, meest trotse moment, advies voor jongere generatie enzovoort). Deze narratieven werden uitgeschreven en samen met collage en foto's in een levensalbum samengevoegd. In een 2 ^e sessies namen therapeut en patiënt samen nogmaals het album door om een gevoel van continuïteit, acceptatie en levenstevredenheid te bevorderen. Patiënten ontvangen daarnaast algemene ondersteuning die ook de controlegroep ontvangt.	<i>Controlegroep</i> . Deze groep ontvangt ook 2 interviewsessies, bestaande uit algemene ondersteuning door een gesprek te hebben over algemene fysieke en mentale klachten.	2 sessies binnen 2 weken van 30-60 minuten.
(Breitbart et al., 2015)	<i>Meaning Centered Group Psychotherapy</i> , gebaseerd op het werk van Viktor Frankl. Doel van de interventie is het vinden van zingeving en leren omgaan met existentiële vraagstukken die patiënten met gevorderde kanker vaker rapporteren.	<i>Supportive Group Psychotherapy</i> , een meer algemene coping-interventie gericht op het delen van ervaringen en zorgen, en het beschrijven van emoties rondom de ziekte.	8 wekelijkse groepssessie onder leiding van een ervaren professional.
(F. H. Hsiao et al., 2012)	<i>Body-mind-spirit groepstherapie</i> , een brede en holistische therapie gericht op het leren ervaren van de ziekte als een mogelijkheid tot persoonlijke transformatie, groei en hernieuwde zingeving. De interventie integreert onderdelen van positieve psychologie, vergevingstherapie, Chinese geneeskunde en gezondheidsbevordering (zie controlegroep voor laatste). Vaardigheden voor <i>empowerment</i> waar interventie op wordt gericht, omvatten onder andere zelf-acceptatie, autonomie, persoonlijke groei, omgang met zelfkritiek, de toepassing van mindfulness om emotie- en zelfregulatie te vergroten en de toepassing van <i>qi-gong</i> om lichaam en geest te integreren en de fysieke gezondheid te verbeteren.	<i>Educatieve controle-interventie</i> , bestaande uit 1 persoonlijke sessies met een therapeut waarin men educatie ontving over gezondheidsgedrag (eten, beweging, slaap). Ook werden tapes met relaxatie en <i>qi-gong</i> ter beschikking gesteld.	8 wekelijkse groepssessies van 2 uur per keer.

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Jafari et al., 2013)	<i>Spiritueel georiënteerde therapie</i> , voor het vergroten van zingeving en algemene kwaliteit van leven met een centrale religieuze inslag. In ieder van de 6 sessies stonden educatie, oefeningen en 20-30 minuten relaxatie en meditatie centraal. De sessies behandelden naast het leren beoefenen van relaxatie, meditatie en bidden, het uiten/verwerken van rouw over het ziek zijn, het exploreren van de (veranderde) persoonlijke identiteit, het onderzoeken van levenselementen die binnen de eigen of Gods controle liggen, en het krijgen/ herstellen van een goede relatie met het zelf, anderen en God.	<i>Gebruikelijke zorg</i>	6 wekelijkse groepsessies van 2-3 uur, steeds afgesloten met 20-30 minuten relaxatie en meditatie.
(Lane & Viney, 2005)	<i>Personal Construct Group Therapy</i> , een groepsinterventie waarin betekenisverlening en zingeving centraal staat. In de eerste sessies leren cliënten dat ieder mens unieke maar ook gedeelde betekenissen kan verlenen aan de werkelijkheid (en ziekte), en dat een ontelbaar aantal interpretaties van deze werkelijkheid mogelijk is. Gedurende de therapie is er veel sociale uitwisseling van betekenissen om ieder de kans te geven te leren van anderen om alternatieven te vinden voor problematische betekenisverlening in het eigen verhaal. De therapie eindigt met het opnieuw vertellen van het eigen verhaal en het opstellen van nieuwe betekenissen, toekomstperspectieven en persoonlijke doelen.	<i>Wachlijstcontrole</i>	8 wekelijkse groepsessies van 2 uur
(Lee, Cohen, Edgar, Laizner, & Gagnon, 2006)	<i>Meaning Making Intervention</i> , een geïndividualiseerde interventie waarin het vinden van een nieuw levensverhaal waarin de kankerervaring succesvol is geïntegreerd centraal staat. Doelen van de interventie zijn 1) de huidige ervaringen onder ogen zien (verhaal over de ziekte vertellen, onder ogen zien wat dat betekent voor het zelf, rouwen om verlies van mogelijkheden door de ziekte), 2) het inbedden van de huidige ziekte-ervaringen in het levensverhaal (bekijken hoe eerdere tegenslag is ervaren en gemanaged, bekijken welke niet-helpende copingstrategieën worden ingezet om niet te hoeven veranderen), 3) commiteren aan het nu om toe te werken naar een goede toekomst (aanvaarden van de eigen sterfelijkheid om zo nieuwe doelen en prioriteiten te kunnen stellen).	<i>Gebruikelijke zorg</i>	Maximaal 4 face-to-face sessies met een therapeut, thuis of in het ziekenhuis, van maximaal 2 uur.
(Ng et al., 2006)	<i>Strength-Focused and Meaning-Oriented Approach for Resilience and Transformation (SMART)</i> , een 1-daagse workshop met holistische insteek om patiënten met chronisch lichamelijke aandoeningen betere omgang te geven met de angst ziek te worden en sociaal stigma (als potentiële	<i>Controlegroep die geen enkele interventie ontvangt.</i>	Groepsessie van 1 volledige dag.

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
	virusdragers) rondom de SARS-uitbraak in 2003. De interventie richt zich op lichaam, geest en ziel en probeert 1) bewustzijn te creëren (van fysieke symptomen en (existentiële) angst), 2) positieve vaardigheden voor veerkracht te vergroten (via onder andere ademhalingstechnieken en <i>tai-chi</i> , meditatie, aanleren van positieve copingvaardigheden, en door te werken aan zingeving en persoonlijke doelen) en 3) vinden van betekenis (herkennen van eigen positieve en negatieve emoties, leren dat tegenslag een mogelijkheid voor groei is, aanvaarden van oncontroleerbaarheid van het leven, genieten van het huidige moment).		
(Nowlan, Wuthrich, Rapee, Kinsella, & Barker, 2015)	<i>Positive reappraisal intervention</i> , een eenmalige interventiesessies van 50 minuten. De sessie behandelde de volgende 5 stappen: 1) bespreking klachten ter validering van distress, 2) psycho-educatie over de copingstrategie, 3) samen bekijken van een voorbeeld van de inzet van de copingstrategie, 4) oefenen van de copingstrategie, en 5) personaliseren van de copingstrategie. Patiënten werden uitgedaagd deze stappen thuis nogmaals te doorlopen	2 actieve controlecondities <i>Cognitive reappraisal intervention</i> , met dezelfde opzet als de experimentele groep (zie hiernaast), maar dan gericht op cognitieve herstructurering in plaats van positieve herstructurering <i>Supportive counseling</i> , waarin patiënten in gesprek gingen over hun diabetesklachten met een actief luisterende therapeut.	Eenmalige face-to-face sessies met een therapeut, 50 minuten.

Effecten van de interventies

Nagenoeg alle studies (behalve Hsiao et al., 2012) rapporteren significante positieve effecten op verschillende uitkomstmaten, waaronder zingeving (Ando et al., 2010; Jafari et al., 2013) en gerelateerde concepten als spiritueel welbevinden (Breitbart et al., 2015), hoop (Ando et al., 2010; Lane et al., 2005) en positieve herstructurering (Nowlan et al., 2015). Andere uitkomsten die veelal positief worden beïnvloed zijn psychologische uitkomsten waaronder depressie- en angstsymptomen (Ando et al., 2010; Breitbart et al., 2015; Jafari et al., 2013, Lane et al., 2005 en Ng et al., 2006). Twee studies beïnvloeden ook positief fysieke uitkomsten (Ando et al., 2010 en Breitbart et al., 2015), hoewel ook de helft van de studies niet effectief is in het beïnvloeden van deze categorie van uitkomsten. Waar gerapporteerd, blijven positieve effecten behouden op de langere termijn (Breitbart et al., 2015; Lee et al., 2006; Lane et al., 2005). Effectgroottes (Cohen's d) op verschillende uitkomstmaten en op verschillende meetmomenten worden gerapporteerd in drie studies en variëren van klein (.22 in Lee et al., 2006) tot groot (.74 in Jafari et al., 2013).

Samengevat lijkt een uiteenlopend scala aan interventies en technieken gericht op het vergroten van zingeving in staat om verschillende vormen van welbevinden bij patiënten met chronische lichamelijke aandoeningen, voornamelijk getoetst bij kankerpatiënten, te verbeteren.

Tabel 7b Zingeving: kenmerken van de deelnemers, studies en effecten

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie	Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a					
			PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy ²	Emotioneel/ Psychologisch ³	Fysiek/ medisch ⁴	Leefstijl	Anders ⁵
(Ando et al., 2010)	Leeftijd 64.5 Diagnose Terminaal zieke kanker-patiënten	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan wachtlijstcon-trole	N 68 Werving Patiënten 2 palliatieve zorgafdelingen van ziekenhuizen	Zingeving	Hoop	Angst Depressie Levensvoltooiing Belasting voor anderen Klaar voor overlijden	Pijn Fysieke symptomen	
(Breitbart et al., 2015)	Leeftijd 58.2 Diagnose Gevorderde kanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan actieve controle op zingeving	N 253 Werving Kliniek voor kanker-patiënten	Spiritueel welbevinden		Depressie Hopeloosheid Wanhooop Angst	Fysieke gezondheid	Kwaliteit van leven
(Hsiao et al., 2012)	Leeftijd 46.2 Diagnose Borstkanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan controle	N 48 Werving Algemeen ziekenhuis	Ervaren zingeving Zoeken naar zingeving		Depressie	Cortisol	
(Jafari et al., 2013)	Leeftijd 48.0 Diagnose Borstkanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan alleen standaard-zorg	N 65 Werving Kliniek voor behandeling van kanker	Zingeving		Emotioneel, cognitief en sociaal functioneren	Fysiek functioneren/ symptomen	Algemene kwaliteit van leven
(Lane & Viney, 2005)	Leeftijd 53.9 Diagnose Borstkanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV is effectiever dan controle	N 42 Werving Lokale nieuwsbrief voor kankerpatiënten		Hoop	(Existentiële) angst Depressie Doodsangst		
(Lee et al., 2006)	Leeftijd 57.0 Diagnose Borst- en darmkanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan alleen standaard-zorg	N 82 Werving 4 plaatselijke ziekenhuizen		Zelfvertrouwen Optimisme Self-efficacy			

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie		Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a					
				PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy ²	Emotioneel/ Psychologisch ³	Fysiek/ medisch ⁴	Leefstijl	Anders ⁵
(Ng et al., 2006)	Leeftijd 55.3 Diagnose Chronische aandoening	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan controle	N 51 Werving Via patiëntenorgani- satie chronische aandoeningen		Persoonlijk positieve evaluatie SARS Sociaal positieve evaluatie SARS	Depressie Sociaal negatieve evaluatie SARS Angst Hostiliteit Somatisatie Persoonlijk negatieve evaluatie SARS			
(Nowlan et al., 2015)	Leeftijd 71.7 Diagnose Diabetes	Design RCT (3 armen) Hypothese IV effectiever dan 2 actieve controles	N 81 Werving Regionale ziekenhuizen en nieuwsbrieven	Positieve herstructurering Diabetes-specifieke positieve herstructurering	Positieve emoties	Depressie Angst Negatieve emoties			

a. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn dikgedrukt aangegeven.

1. o.a. FACIT-Sp, Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-being Scale; Meaning in Life Questionnaire; Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ); Illness Cognitions Questionnaire – Perceived Benefits Scale (ICQ-PB)
2. o.a. Good Death Inventory; Gottschalk-Gleser Content Analysis Scales; Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES); Life Orientation Test-Revised (LOT-R); Generalized Self-Efficacy Scale (GSES); eigen geconstrueerde schaal voor cognitieve evaluatie SARS; International Positive and Negative Affect Schedule Short Form (I-PANAS-SF)
3. o.a. Hospital Anxiety Depression Scale (HADS); Good Death Inventory; Beck Depression Inventory (BDI); Hopelessness Assessment in Illness Questionnaire; Schedule of Attitudes towards Hastened Death; European Organisation for Research and Treatment of Quality of Life (EORTC-QLQ-C30); Gottschalk-Gleser Content Analysis Scales; Brief Symptom Inventory (BSI); eigen geconstrueerde schaal voor cognitieve evaluatie SARS; Geriatric Depression Scale (GDS); Geriatric Anxiety Inventory (GAI)
4. o.a. Memorial Symptom Assessment Scale; Karnofsky Performance Rating Scale; cortisol niveaus in speeksel; European Organisation for Research and Treatment of Quality of Life (EORTC-QLQ-C30)
5. o.a. McGill Quality of Life Questionnaire; European Organisation for Research and Treatment of Quality of Life (EORTC-QLQ-C30)

3.3.2.8 Optimisme

Inhoud en modus van de interventies

Eén van de centrale oefeningen voor het verhogen van optimisme is *Best Possible Self*. Deelnemers stellen zich stapsgewijs hun best mogelijke toekomst voor, bijvoorbeeld over 5 of 10 jaar, en eventueel in relatie tot een specifiek levensdomein zoals sociale relaties of gezondheid, en verbeelden zich hoe ze in concrete stappen tot deze toekomst kunnen komen. Deze oefening wordt in alle geïnccludeerde interventies aangeboden aan deelnemers. In 2 van de 3 interventies betreft het echter een multicomponent-PPI die, naast optimisme, ook andere positieve vaardigheden probeert te vergroten waarvoor een veelheid aan positieve technieken wordt ingezet. De interventies variëren van 4 tot 14 weken, waarbij 2 van de 3 interventies groepsinterventies betreffen met wekelijkse bijeenkomsten (tabel 8a).

Tabel 8a Optimisme: kenmerken van de interventies

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Cerezo et al., 2014)	<i>Brede Positieve Psychologische interventie</i> , gebaseerd op Positieve Psychologie. Algemeen doen was positieve copingstrategieën en sterke kanten of krachten (strenghts) te verhogen om aanpassing aan de ziektecontext voor de zieke persoon te vergroten. De 1 ^e 3 sessies richtten zich op 1) vergroten zelfkennis en -bewustzijn, introspectie (mindfulness, psycho-educatie, meetings voor sociale steun). Sessie 4-9 richtte zich op vergroten van copingstijlen en gedrag gerelateerd aan positieve psychologie (communicatietraining, cognitieve herstructurering, uitvoeren persoonlijk plezierige activiteiten). Sessies 10-14 richtte zich expliciet op het verhogen van enkele krachten (strenghts), waaronder optimisme, veerkracht, dankbaarheid en humor.	<i>WachtlIJst</i> , ontving expliciet geen psychologische behandeling.	14 wekelijkse groepssessies (10-15 mensen) van 2 uur
(Huffman et al., 2011)	<i>Brede positief-psychologische interventie</i> , gebaseerd op Positieve Psychologie. Na een eerste face-to-face-sessie met educatie over positieve psychologie (aangevuld met een boek over PosPsy als cadeau) kregen deelnemers iedere week een specifieke oefening toegewezen. De oefeningen zijn gebaseerd op 1) optimisme (<i>Best Possible Self</i> in relaties en gezondheid), 2) dankbaarheid ('3 goede dingen'; 'dankbaarheidsbrief' aan naaste) en 3) vriendelijkheid (vriendelijke gebaren naar anderen).	<i>Controlegroep 1: Actieve controle, relaxatietraining</i> gebaseerd op een eerder bewezen effectieve meditatie training voor hartpatiënten. Na face-to-face-sessie met uitleg kregen deelnemers de instructie dagelijks 20 minuten met een CD te oefenen. Ook wekelijkse check-up per telefoon. <i>Controlegroep 2: Aandachtscontrole, The Recollection</i> . Deelnemers moeten zich wekelijks gebeurtenissen van de afgelopen week herinneren en emoties toeschrijven aan de gebeurtenissen. Ook hier een structuur (frequentie van oefenen, ontvangst handleiding) hetzelfde als de positief-psychologische interventie	Interventie van 8 weken, start met face-to-face-sessie van 45 minuten. Wekelijks een dag intensief oefenen, wekelijkse follow-up telefoongesprekken.

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Mann, 2001)	<i>Expressief schrijven gericht op een positieve toekomst.</i> Deelnemer schrijven gedurende 4 weken, 2 keer per week gedurende 10 minuten, over een toekomst waarin nog maar 1 pil per dag genomen hoeft te worden voor HIV. Rndom het schrijven krijgen deelnemers specifieke instructie om de verbeelding zo concreet mogelijk te maken. Bijvoorbeeld: 'Hoe zal deze toekomst er concreet uitzien?' En hoe zal deze toekomst precies anders zijn dan nu?'	<i>Controlegroep zonder instructies</i> , maar even frequente aandacht van onderzoekers bij 1 ^e face-to-face-sessie.	Interventie van 4 weken. Deelnemers schrijven na 1 face-to-face-sessie met uitleg zelfstandig. Instructie is te schrijven voor 2x per week, 10 minuten per keer.

Effecten van de interventies

De relatie van optimisme tot verschillende gezondheidsuitkomsten is relatief frequent onderzocht in patiënten met chronische lichamelijke aandoeningen en laat positieve effecten zien. Onze resultaten laten echter zien dat er dan maar weinig *interventies* zijn ontwikkeld om optimisme te beïnvloeden en vergroten bij mensen met een chronische lichamelijke aandoening. Vaak is het vergroten van optimisme dan ook nog onderdeel van een multicomponent-PPI om meer positieve vaardigheden dan alleen optimisme te vergroten (Huffmann et al., 2011; Cerezo et al., 2014). Van deze twee geïncludeerde multicomponent-studies is Huffmann et al. (2011) een haalbaarheidsstudie die, hoewel veelbelovend geen significante effecten had. De PPI van Cerezo et al. (2014) is echter wel in staat verschillende positieve uitkomsten, waaronder optimisme, emotionele intelligentie, veerkracht, positief affect en self-esteem, significant te verbeteren in vergelijking met een controlegroep. De studie van Mann (2001) laat zien dat een interventie die zich puur richt op het vergroten van optimisme via oefeningen in expressief schrijven, positieve effecten kan opleveren. Hoewel de gevonden effecten werden behouden op een nameting 4 weken na het einde van de studie, waren deze effecten wel alleen duidelijk aanwezig voor een specifieke subgroep, te weten vrouwen die bij aanvang laag scoorden op optimisme.

Meer onderzoek naar interventies voor het vergroten van optimisme bij mensen met chronische lichamelijke aandoeningen is vanwege het kleine aantal studies en deze wisselende effecten en gevonden moderatoren aanbevolen.

Tabel 8b Optimisme: kenmerken van de deelnemers, studies en effecten

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie		Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie				
				PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy ²	Emotioneel/ Psychologisch ³	Fysiek/ medisch	Leefstijl ⁴
(Cerezo et al., 2014)	Leeftijd 50.1 Diagnose Borstkanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan wachtlijst	N 207 Werving Via patiëntenorganisatie borstkanker	Optimisme	Levenstevredenheid Geluk Positief affect Veerkracht Self-esteem Emotionele intelligentie	Negatief affect		
(Huffmann et al., 2011)	Leeftijd Onbekend Diagnose Hart-problematiek	Design Feasibility RCT (3 armen) Hypothese IV effectiever dan actieve controle en aandachtscontrole	N 30 Werving Drie hartklinieken	Optimisme	Geluk Positief affect	Depressiesymptomen Angstsymptomen Mentaal welbevinden (QoL)		
(Mann, 2001)	Leeftijd 38.5 Diagnose Vrouwen met HIV	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan controlegroep	N 44 Werving Via HIV0-kliniek	Optimisme		Emotionele distress door bijwerkingen medicatie		Adherentie (medicatie en instructies arts)

a. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn dikgedrukt aangegeven.

1. o.a. Life Orientation Test-Revised (LOT-R); 1 item over toegenomen optimisme

2. o.a. Connor-Davidson Resilience Scale; Rosenberg Self-Esteem Scale; Trait Meta-Mood Scale 24; Satisfaction with Life Scale; 1 vraag over 'geluk'; Affectivity Scale; subjective Happiness Scale; CES-D positive affect subschaal

3. o.a. Affectivity Scale; CES-D; HADS; SF-12 mentaal welbevinden; Cohen-Hoberman Inventory of Physical Symptoms

4. RAND Medical outcomes study – adherentie

3.3.2.9 Hoop

Inhoud en modus van de interventies

2 interventies werden geïncorporeerd voor deze component, beide voor patiënten met kanker. In beide gevallen ontving de controlegroep gebruikelijke zorg of geen enkele interventie. Waar de ene interventie 2 face-to-face-sessies aanbood in de thuisomgeving van individuele patiënten, bestond de andere interventie uit 10 groepssessies.

Inhoudelijk richtten de interventies zich op het vergroten van hoop via verschillende technieken, onder andere verschillende vormen van psycho-educatie, het uitvoeren van oefeningen als het schrijven van een brief aan een naaste en het opschrijven van het eigen levensverhaal, en ook het aanleren van verschillende copingstrategieën, zoals acceptatie, om te leren omgaan met het ervaren leed en existentiële vraagstukken (tabel 9a).

Tabel 9a *Hoop: kenmerken van de interventies*

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Duggleby et al., 2007)	<i>Living with Hope naast gebruikelijke zorg</i> , een programma voor ouderen met terminale kanker. Interventie bestaat uit het bekijken van een film over <i>Leven met Hoop</i> . Deze laat palliatieve patiënten en hun naasten aan het woord over (behouden van) hoop gedurende het ziekteproces. Bekijken van de film werd gevolgd door het kiezen van een hoopgevende activiteit om gedurende een week uit te voeren (1: schrijven van een brief aan een naaste, 2: collectie van dingen aanleggen die hoop geven zoals gedichten en verhalen, 3: je levensverhaal opschrijven en bewaren).	<i>Gebruikelijke zorg</i> , ontvangen dezelfde 2 bezoeken thuis als de experimentele groep. <i>Hier wordt geen specifieke uitleg over gegeven.</i>	2 face-to-face-sessies thuis door een getraind professional. Sessies duren 60-90 minuten
(Ebrahimi, Bahari, & Zare-Bahramabadi, 2014)	<i>Logotherapie</i> , gericht op het verminderen van wanhoop en vergroten van hoop bij leukemiepatiënten. In verschillende sessies leren deelnemers omgaan met hun lijden door na te denken over de basiswaarden van menselijke existentie en zingeving en leren hun ziekte en lijden hierin een plaats te geven. Onderwerpen die aan bod komen zijn: acceptatie van het zelf in alle facetten, feit dat intellectuele vrijheid en verantwoordelijkheid in alle contexten blijft bestaan, blijven behouden van goede omgang en liefde voor naasten, en het aanleren van copingstrategieën om te leren reageren op stress.	<i>Controlegroep</i> die geen enkele interventie ontvangt.	10 face-to-face groepssessies van 45 minuten. Totaaltijd van interventie wordt niet vermeld.

Effecten van de interventies

Relatief weinig gepubliceerde studies rapporteren over interventies voor het vergroten van hoop bij populaties met chronische lichamelijke aandoeningen. Beide hier beschreven interventies bleken effectief in het vergroten van hoop en ook kwaliteit van leven (Duggleby et al., 2007) wanneer vergeleken met een groep die geen of nauwelijks interventie ontving. Omdat beide interventies zich nagenoeg alleen gericht hebben op het vergroten van de doelcomponent, is niet duidelijk of interventies gericht op hoop ook kunnen bijdragen aan andere aspecten van welbevinden gedurende een chronische ziekte of adaptatie in algemenere zin kunnen vergroten. Wat opvalt is dat de interventiecomponenten in beide studies hier veel overlap vertonen met interventies geïncorporeerd bij de component zingeving. In het algemeen zijn beide geïncorporeerde studies veelbelovend, maar zijn meer studies met steviger onderzoeksdesigns en nametingen op de langere termijn nodig (tabel 9b).

Tabel 9b *Hoop: kenmerken van de deelnemers, studies en effecten*

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie	Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie				
			PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy	Emotioneel/ Psychologisch	Fysiek/ medisch	Leefstijl Anders ²
(Duggleby et al., 2007)	Leeftijd 75.0 Diagnose Terminale kanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan alleen gebruikelijke zorg	N 61 Werving Via instanties voor verlenen palliatieve zorg	Hoop			Kwaliteit van leven
(Ebrahimi et al., 2014)	Leeftijd <i>Niet beschreven</i> Diagnose Leukemie	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan controle	N 20 Werving Via ziekenhuiskliniek	Hoop			

a. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn dikgedrukt aangegeven.

1. Herth Hope Index; Snyder's Hope Scale

2. McGill Quality of Life Questionnaire

3.3.2.10 Positieve relaties

Inhoud en modus van de interventies

In veel gevallen kregen deelnemers de interventie thuis aangeboden waarbij meerdere malen, met tussenliggende pozen van enkele weken, telefonisch contact was met een getraind verpleegkundige of therapeut. In andere gevallen waren er face-to-face-sessies variërend van 1 tot 2 uur gepland, en soms was er een mix van face-to-face- en telefonisch contact. De totale duur van de interventies varieerde van 2 tot 6 maanden, met 4 tot 8 contactmomenten binnen deze periode.

De meeste van de interventies binnen deze component waren gefundeerd op traditionele theorieën en modellen zoals cognitieve gedragstherapie, *Self-Efficacy*-theorie (Bandura) of het *stress-coping*-model (Lazarus en Folkman), zoals ook benoemd in tabel 10a. Dat deze 8 interventies werden beoordeeld als interventies in lijn met de positieve psychologie kwam voornamelijk omdat steeds een tweetal – de chronische zieke patiënt en een naaste, meestal de partner – gezamenlijk toewerkte naar een nieuwe omgang met de ziekte waarin ‘groei’ centraal stond in termen van nieuw verkregen emotionele, communicatieve en/of probleem-oplossende vaardigheden. In de meeste interventies ging het om het gezamenlijk verkrijgen van vaardigheden rondom communicatie over de ziekte, en beter toe kunnen werken naar oplossingen voor bestaande problemen en uitdagingen. In meerdere interventies werd de inhoud van de interventie aangepast aan persoonlijk behoeften en wensen.

Tabel 10a *Positieve relaties: kenmerken van de interventie*

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Badger et al., 2011)	<i>Interpersonal Counseling</i> in combinatie met educatie over kanker (<i>TIP-C</i>). Vergroten wederzijdse sociale steun voor kankerpatiënt en naaste. Aanpassing interventie op basis van specifieke behoeften en interesses van koppel. Focus op 1) emotiemana-gement, 2) emotionele expressie, 3) interpersoonlijke communicatie en relatie, 4) sociale steun en 5) informatie over kanker.	<i>Health Education Attention Condition (HEAC)</i> . Ontvangst van geschreven materialen over prostaatkanker (diagnose en behandeling), en leefstijlfactoren waaronder voeding, beweging (voor verminderen van vermoeidheid) en stoppen met roken. <i>Deze conditie is niet strikt bedoeld als controleconditie, maar als tweede, mogelijk effectieve interventie.</i>	Thuis. Verdeeld over 8 weken, 2-wekelijkse telefonische sessies van ongeveer 30 minuten voor zowel patiënt als naaste (apart).
(Suzanne K Chambers et al., 2015)	<i>Couples-based sexual and psychosocial adjustment intervention</i> . Duidelijke focus op zelfgeselecteerde doelen rondom seksualiteit. Cognitief gedragsmatig framework, met onder andere focus op 1) oefenen van uiten van onderlinge affectie, 2) kiezen van een passende medische behandeling voor erectieproblemen, en 3) integreren medische behandeling in de partner/seksuele relatie, en 4) (psycho)educatie prostaatkanker.	<i>Gebruikelijke zorg</i> . Standaardmedisch management en een set materialen ter psycho-educatie. <i>Een derde conditie is een actieve interventie gebaseerd op uitwisseling met een vrijwilliger/expert hersteld van ziekte. Deze conditie is niet in lijn met PP en wordt buiten beschouwing gelaten.</i>	Thuis, 6-8 telefonische gesprekken binnen een half jaar met verpleegkundige. Beide partners namen gelijktijdig deel.
(Heinrichs et al., 2012)	<i>Side-by-side</i> . Adaptatie van bestaande CGT-interventies met een specifieke focus op het koppel. Aanleren van communicatievaardigheden (bijvoorbeeld actief luisteren, leren praten over lastige onderwerpen), voornamelijk voor het kunnen delen van alle ervaringen rondom de diagnose, om samen op een goede manier om te kunnen gaan met de ziekte.	<i>Couples Control Program</i> . Eenmalige sessie van 2 uur, waarin het koppel (psycho)informatie ontvangt over kanker.	Thuis, 4 2-wekelijkse sessies van 2 uur door een therapeut.

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Karlson et al., 2004)	<i>Psychoeducation intervention</i> , ontwikkeld voor het vergroten van onderlinge communicatievaardigheden, self-efficacy, sociale steun en probleemoplossend vermogen van koppels. Eigen regie van het koppel staat centraal. Gebaseerd op self-efficacy theorie (Bandura), en modellen voor probleemoplossend gedrag en sociale steun. Het koppel werkt samen aan domeinen waar zelfmanagement laag is én discrepantie bestaat tussen ideeën van de patiënt en partner over vaardigheden en mate van succes in zelfmanagement. Onder andere vaardigheden voor communicatie en manieren waarop partner kan monitoren en observeren.	<i>Aandachtscontrole</i> . Video van 45 minuten met informatie over (leven met) lupus, gevolgd door maandelijkse telefonische sessies van 3-5 minuten waarin de mogelijkheid gegeven werd vragen te stellen over aanvankelijke informatiesessie.	Sessie van één uur met een getraind verpleegkundige, waarna maandelijkse telefonische sessies met koppel voor 6 maanden.
(Kuijer, Buunk, De Jong, Ybema, & Sanderman, 2004)	<i>Brief counseling program</i> , met als doel het uitwisselen van sociale steun en hulp tussen partners, als wel het herstellen van de perceptie van onderlinge gelijkheid. Primair CGT-georiënteerd (bv. actieve stimulering van perspectief nemen, cognitieve herstructurering en gedragsoefeningen). De interventie richt zich onder andere op het uiten van wensen en behoeften van beide partners, reflecteren op verhalen van andere koppels over onderlinge steun en hulp, en oefenen van ondersteunende gedragingen naar elkaar.	<i>Wachttijl.</i>	5 face-to-face sessies van 90 minuten met een therapeut.
(McLean, Walton, Rodin, Esplen, & Jones, 2013)	<i>Emotionally Focused Therapy</i> , met als doel het verbeteren van de relatie en onderlinge verbondenheid. Dit door het veranderen van stressvolle interactiepatronen, vergroten van onderling begrip en emotionele geëngageerdheid met de partner. Dit onder andere door het bespreken van effectieve communicatie wanneer er een terminale diagnose is gegeven, bespreken van angsten, hoe de resterende tijd betekenisvol samen door te brengen, omgang met de verandering in onderlinge rollen, belang van 'jezelf blijven'.	<i>Gebruikelijke zorg</i> . Grote variatie tussen koppels, voornamelijk bestaand uit consultatie door maatschappelijk werkers. Geven van psychosociale, praktische en instrumentele ondersteuning waar nodig.	8 face-to-face sessies van 1 uur door een therapeut voor het koppel samen, in de meeste gevallen op een locatie buitenshuis.

	Interventie	Controle	Setting, duur en frequentie
(Northouse et al., 2007)	<i>FOCUS program</i> , een interventie om koppels te helpen effectief en adaptief om te gaan met de ziekte en samen kwaliteit van leven te behouden. Gebaseerd op een stress-coping framework (Lazarus & Folkman), met focus op persoonlijke wensen en behoeften. Richt zich onder andere op 1) betrokkenheid van de partner/familie (werken als team, communicatievaardigheden aanleren), 2) optimistische attitude (samen hoop houden en richten op haalbare doelen), 3) effectief omgaan met de ziekte (actieve copingstrategieën), 4) verkleinen van onzekerheid (informatie, vaardigheden in omgaan met onzekerheid) en 5) managen van symptomen van zowel patiënt als partner (goed zorgen voor jezelf).	<i>Gebruikelijke zorg</i> . In dit geval voornamelijk diagnose en medische zorg. Geen standaard ondersteuningsgroepen of andere vormen van psychosociale zorg.	3 sessies thuis van 90 minuten door een verpleegkundige, aangevuld met 2 telefonische sessies van 30 minuten binnen een periode van 4 maanden.
(Northouse et al., 2013)	<i>FOCUS program</i> . Dezelfde interventie als in Northouse (2007), maar dan ingedeeld in een verkorte en langere versie. <i>Korte versie</i> : 2 sessies thuis van 90 minuten, aangevuld met 1 telefonische sessies van 30 minuten. <i>Lange versie</i> : 4 sessies thuis van 90 minuten, aangevuld met 2 telefonische sessies van 30 minuten	<i>Gebruikelijke zorg</i> . In dit geval voornamelijk diagnose en medische zorg. Geen standaardondersteuningsgroepen of andere vormen van psychosociale zorg.	Zie beschrijving interventie (eerste kolom)

Effecten van de interventies

Verschillende relevante kenmerken van de uitgevoerde studies, interventies en hun effecten zijn samengevat in tabel 10b. Een opvallende uitkomst is dat nagenoeg alle interventies voor deze component werden aangeboden aan kankerpatiënten. Effecten waren over het geheel genomen redelijk positief. Waar sommige studies geen of wisselende resultaten lieten zien (Badger et al., 2011; Chambers et al., 2015; Northouse et al., 2007, 2013), waren er ook enkele interventies met expliciet positieve resultaten op verschillende uitkomsten, waaronder vooral positieve dyadische uitkomsten, zoals kwaliteit van de onderlinge communicatie, relatiekwaliteit, en dyadische coping. Daarnaast gingen ook emotionele of psychologische uitkomsten zoals angst voor ziekteprogressie, copinggedrag, en depressiesymptomen significant vooruit in verschillende interventies. Zowel in de studies van McLean et al. (2013), Karlsson et al. (2004) en Kuijer et al. (2004) bleven positieve effecten op uitkomsten behouden op de lange termijn. Effectgroottes varieerden, waar gerapporteerd, van gemiddeld tot groot (Kuijer et al., 2004; Karlsson et al., 2004). Er waren maar 2 studies die andere uitkomstmaten toevoegden in lijn met de positieve psychologie naast uitkomstmaten gericht op een positieve dyadische relatie, waarvan alleen de studie van Heinrichs en collega's positieve effecten liet zien op posttraumatische groei. Ook richtten 2 studies zich expliciet op de partner in kwestie. Beide rapporteerden positieve effecten.

Geconcludeerd kan worden dat interventies die zich richten op het vergroten van de positieve relatievaardigheden en gezamenlijke groei van koppels waarvan één van beiden lijdt aan een vorm van kanker, tot positieve effecten kunnen leiden, voornamelijk in termen van positief dyadische en/of emotioneel/psychologische uitkomstmaten. Effecten op fysieke en medische of leefstijluitkomsten waren er niet of nauwelijks. Vooral de studies van McLean et al. (2013), Kuijer et al. (2004) en Heinrichs et al. (2012) kunnen uitgelicht worden als effectieve interventies die qua inhoud bij uitstek in lijn zijn met de uitgangspunten van de positieve psychologie

.

Tabel 10b *Positieve Relaties: kenmerken van de deelnemers, studies en effecten*

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie		Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a				
				PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy ²	Emotioneel/ Psychologisch ³	Fysiek /medisch ⁴	Leefstijl ⁵ Anders ⁶
(Badger et al., 2011)	Leeftijd 67.0 Diagnose Prostaatkanker	Design RCT (2 armen) Hypothese Beide IV's effectief	N 71 koppels Werving Kankercentra, ondersteunings-groepen, oncologen, website	Interpers. WB Sociale steun	Spiritueel WB	Depressiesymptomen Positief affect Negatief affect Stress	Vermoeidheid Fysiek functioneren	
(Chambers et al., 2015)	Leeftijd 62.7 Diagnose Prostaatkanker	Design RCT (3 armen) Hypothese: Beide IV's > CAU (2 ^e IV niet meegenomen hier)	N 189 koppels Werving 16 urologen in klinieken; pas geopereerd/gepland	Relatietevredenheid Intimiteit		Seksuele behoeften Zelfvertrouwen Seksueel zelfvertrouwen	Medicatie-gebruik voor erectieproblemen Seksueel functioneren	
(Heinrichs et al., 2012)	Leeftijd 52.2 Diagnose Gynaecologische/borstkanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan actieve controle	N 72 koppels Werving Regionale ziekenhuizen; pas gediagnosticeerd	Dyadische coping Kwaliteit communicatie Relatietevredenheid	Posttraumatische groei	Angst voor progressie Vermijding Distress (cancer-related)		
(Karlson et al., 2004)	Leeftijd 41.8 Diagnose systemische lupus erythematosus	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan aandachtscontrole	N 122 koppels Werving Academische ziekenhuizen	Onderlinge communicatie Positieve sociale steun Negatieve sociale steun		Probleemgerichte coping Self-efficacy patiënt Mentaal functioneren Emotiegerichte coping Self-efficacy dyade Probleemoplossend vermogen	Vermoeidheid Adherentie medicatie Fysiek functioneren	Tevredenheid behandeling
(Kuijer et al., 2004)	Leeftijd 49.5 Diagnose kanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan wachtlijst	N 59 koppels Werving Ziekenhuizen, informatiecentra kanker	Perceptie veel investering/weinig profijt Perceptie weinig investering/veel profijt Kwaliteit relatie		Depressiesymptomen		

Studie	Kenmerken deelnemers	Kenmerken studie	Effecten t.o.v. controlegroep post-interventie ^a					
			PosPsy component ¹	Anders in lijn met PosPsy ²	Emotioneel/ Psychologisch ³	Fysiek /medisch ⁴	Leefstijl ⁵	Anders ⁶
(McLean et al., 2013)	Leeftijd 50.1 Diagnose Uitgezaaide kanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan CAU	N 42 koppels Werving Groot kankercentrum	Functioneren relatie Ervaren empathie van partner	Depressiesymptomen Ervaren zorglast partner			
(Northouse et al., 2007)	Leeftijd 63.0 Diagnose Prostaatkanker	Design RCT (2 armen) Hypothese IV effectiever dan CAU	N 263 koppels Werving Verschillende klinieken, verschillende afdelingen	Communicatie over ziekte	Onzekerheid Mentaal functioneren Inschatting van ziekte Hopeloosheid Self-efficacy Actieve coping Vermijdende coping	Fysiek functioneren Algemene symptomen Symptomen blaas Symptomen maag Seksueel functioneren Hormonaal functioneren		Kwaliteit van leven
(Northouse et al., 2013)	Leeftijd 60.5 Diagnose Stage III of IV borst-, darm-, long- of prostaatkanker	Design RCT (3 armen) Hypothese Zowel korte als lange versie zijn effectiever dan CAU.	N 484 koppels Werving 4 verschillende kankercentra	Communicatie over ziekte Dyadische steun	Vermijdende coping Self-efficacy Sociale kwaliteit van leven Emotionele kwaliteit van leven Inschatting van ziekte Onzekerheid Hopeloosheid Actieve coping	Fysieke kwaliteit van leven Functionele kwaliteit van leven	Gezondheids-gedrag	

a. Significante effecten *direct na afloop van de interventie* zijn dikgedrukt aangegeven.

1. o.a. Perceived Social Support scale; Family Scale; Revised Dyadic Adjustment Scale; Miller Social Intimacy Scale; Quality of Marriage Index; Partnership Questionnaire (communication subscale); Dyadic Coping Inventory; Social support scale (modified arthritis); VAS schaal relatiekwaliteit; nieuw ontwikkelde schaal percepties (on)gelijkheid relatie; Relationship Focused Coping Scale; Lewis Mutuality and Interpersonal Sensitivity Scale
2. o.a. subschaal QoL – Breast Cancer questionnaire, Posttraumatic Growth Inventory
3. o.a. CES-D; PANAS; PSS, Masculine Self-Esteem Scale; Psychological Impact of Erectile Dysfunction – Sexual Experience; Supportive Care Needs Survey; Questionnaire on Stress in Cancer Patients, Fear of Progression Questionnaire; Dealing with Illness Inventory – Avoidance/defense subscale; SF-12 en -36; Self-efficacy-Other (modified lupus); Coping measure (modified rheumatic disease); BDI-II; Caregiver Burden Scale; Appraisal of Illness; Appraisal of Caregiving; Beck Hopelessness Scale; Brief Coping Orientations to Problems Experience Scale; Lewis Cancer Self-efficacy Scale; Mishel Uncertainty in Illness Scale; Brief COPE
4. o.a. MFI; Prostate Cancer Index; utilization of erectile dysfunctions treatment; self-reported systemic lupus activity; SF-12 en -36; compliance with medical treatment; Symptoms Scale of the Omega Screening Questionnaire; 50-item Expanded Prostate Cancer Index Composite
6. o.a. Medical Interview Satisfaction Scale; Functional Assessment of Cancer treatment (general QoL)

3.4 Algemene conclusie

In totaal werden 49 studies geïdentificeerd. Van deze studies waren er 5 te classificeren als specifiek positief-psychologische interventies (PPI's). Deze interventies waren expliciet gebaseerd op positief-psychologische theorieën en bestonden overwegend uit typische positief-psychologische oefeningen. Deze PPI's werden ingezet om patiënten algemene positieve vaardigheden aan te leren die behulpzaam kunnen zijn bij het veerkrachtig leven met de chronische aandoening, wilden het welbevinden van de deelnemers vergroten, en/of gebruikten positief-psychologische routes om gezondheidsgedrag te verbeteren. De 5 studies laten positieve uitkomsten zien op positief functioneren en welbevinden.

De overige 44 interventies kunnen we bestempelen als in de geest van de positieve psychologie (IGPP's). IGPP's richten zich op het vergroten van componenten van welbevinden of andere positieve uitkomsten. De interventies zijn echter niet expliciet gebaseerd op positief-psychologische theorieën. Ook interventies gericht op de componenten compassie en psychologische flexibiliteit vallen hier bijvoorbeeld onder. De meeste interventies richten zich op psychologische flexibiliteit, zingeving, positieve relaties en persoonlijke doelen. Het ontbreekt aan studies die zich richten op sterke kanten. Daarbij worden interventies gericht op zingeving, hoop en positieve relaties vooral ingezet bij kankerpatiënten, en wordt psychologische flexibiliteit (vooral ACT) nagenoeg alleen aangeboden aan chronische pijnpatiënten. De interventies richten zich voornamelijk op het versterken van de positief-psychologische component van onderzoek (n=42) en emotioneel/psychologisch functioneren (n=42). Op deze uitkomsten waren de interventies ook het meest effectief. Per component verbeterde in meer dan de helft van de studies minstens 1 uitkomstmaat in deze categorieën significant, vaak ten opzichte van een (actieve) controlegroep. Ook de 9 studies die zich expliciet richten op leefstijl waren vaak succesvol (78%). In het algemeen kan geconcludeerd worden dat er bewijs is dat interventies gericht op alle componenten van welbevinden, met uitzondering van sterke kanten, kunnen bijdragen aan het emotioneel en psychologisch welbevinden van mensen met chronische, lichamelijke aandoeningen. Er is nog relatief weinig onderzoek gedaan naar specifieke positief-psychologische interventies.

4 Zelfmanagement en elementen positieve psychologie

Vraag 3: In welke mate bevatten huidige zelfmanagement interventies al elementen van positieve psychologie?

Voor de beantwoording van de derde onderzoeksvraag is een literatuurstudie uitgevoerd naar zelfmanagementinterventies voor volwassenen met de meest prevalentie chronisch lichamelijke ziektes (zie onder inclusie) die in Nederland zijn ontwikkeld of die aan de Nederlandse zorgcontext zijn aangepast. Deze programma's zijn ingedeeld op de graad van complexiteit om vervolgens voor de meest complexe interventies de onderzoeksvraag te beantwoorden of zij positief-psychologische elementen bevatten. In het volgende methodegedeelte worden de toegepaste selectie- en beoordelingsstrategieën beschreven en verantwoord. In het resultaatgedeelte wordt de derde onderzoeksvraag van dit rapport beantwoord.

4.1 Methode

4.1.1 Identificeren van huidige zelfmanagementinterventies

Om zelfmanagementinterventies voor mensen met de meest prevalentie chronisch lichamelijke ziektes die in Nederland zijn ontwikkeld of die aan de Nederlandse zorgcontext zijn aangepast te identificeren, is gezocht in de volgende Nederlandse interventiedatabases: RIVM Centrum Gezond Leven, Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, Zelfmanagement.com, MOVISIE, Vilans, Trimbos, Divosa en zelfzorgondersteund.nl.

De interventies uit de databases van Zelfmanagement.com, MOVISIE, Vilans, Trimbos, Divosa en zelfzorgondersteund.nl zijn als volgt beoordeeld: eerst werden de titels van de interventies gelezen. Als hieruit op te maken was dat er sprake was van een zelfmanagementinterventie, werd de beschrijving van de interventie gelezen.

Vervolgens werd de interventie geïncludeerd of geëxcludeerd op basis van de inclusie- en exclusiecriteria. Voor de databases van RIVM Centrum voor Gezond Leven en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen werd in verband met de omvang van de databases gebruikgemaakt van zoektermen (zie bijlage 7.3). Ook de database Scopus voor wetenschappelijke publicaties en de kennissynthese van Heijmans et al. (2015) zijn gebruikt om systematisch zelfmanagementinterventies uit Nederland, dan wel aangepast aan de Nederlandse context, te zoeken (zoekstring zie bijlage 7.3).

Voor de beslissing of zelfmanagement interventies en mogelijke wetenschappelijke studies over deze programma's verder geanalyseerd werden, zijn de volgende inclusie- en exclusiecriteria geformuleerd.

Inclusiecriteria

1. De zelfmanagementinterventie is in Nederland ontwikkeld of is aan de Nederlandse zorgcontext aangepast.
2. De zelfmanagement interventie is gericht op één van de meest prevalentie chronische ziekten (artrose, osteoporose, artritis, reuma, chronische pijn, diabetes, coronaire hartziekten, hartfalen, astma, COPD, beroerte, kanker, epilepsie, HIV en aids).
3. De zelfmanagementinterventie is ontwikkeld voor patiënten van 18 jaar of ouder.
4. Er bestaat enig bewijs of eerste indicaties voor de effectiviteit van de zelfmanagementinterventie.

Exclusiecriteria

1. De zelfmanagementinterventie is niet exclusief voor patiënten met een chronische ziekte ontwikkeld.
2. De zelfmanagementinterventie is gericht op patiënten met een andere chronische ziekte dan de ziekten die bij het tweede inclusie criterium vermeld staan.
3. De zelfmanagementinterventie is ontwikkeld voor patiënten jonger dan 18 jaar.
4. De interventie is op zorgverleners gericht en niet gericht op patiënten.
5. Er bestaat geen bewijs voor de effectiviteit van de zelfmanagementinterventie.
6. De beschrijving van de zelfmanagementinterventie bood niet voldoende informatie om de interventie te kunnen beoordelen.
7. Interventies die herhaaldelijk gevonden zijn, worden één keer geïnccludeerd in de volgende stappen.

Deze zoekstrategie leverde 330 artikelen op. Hiervan zijn eerst de titels gelezen. Als hieruit op te maken was dat er sprake was van een zelfmanagementinterventie, werd het abstract gelezen. De meest frequente redenen voor exclusie waren dat de doelgroep van het programma jonger was dan 18 jaar en dat de interventie al voorkwam in een bron die eerder in de literatuurstudie is doorzocht.

Een minder frequente reden voor exclusie was dat de interventie gericht was op een niet-geïnccludeerde chronische ziekte, zoals obesitas, dementie, ziekte van Parkinson, ziekte van Huntington, chronische darmziekten (Colitis ulcerosa, ziekte van Crohn), RSI/CANS, chronische huidziekten (Psoriasis) en psychische klachten. Dit kwam per ziekte niet vaker dan 5 keer voor.

Uiteindelijk zijn 84 interventies geselecteerd. Deze zijn weergegeven in bijlage 7.4.

4.1.2 Selectie van programma's voor analyse op positief-psychologische elementen

Omdat het gedetailleerd analyseren van dit grote aantal programma's binnen het kader van dit project niet mogelijk is, zijn de geïnccludeerde interventies ingedeeld op complexiteit. Hiervoor hebben we 5 complexiteitscriteria ontwikkeld (zie tabel 1). We gaan ervan uit dat rijkere interventies meer recht doen aan de meerdimensionale, adaptieve taken die met een chronische ziekte verbonden zijn. Omdat complexere

interventies beter passen bij het integrale mensbeeld in de positieve psychologie achten we de kans positief-psychologische elementen te kunnen identificeren, groter bij complexe programma's.

Tabel 1 Overzicht complexiteitscriteria voor indeling zelfmanagementinterventies

Naam criterium	Uitleg criterium	Uitleg scoring
Passief/Actief	Onderneemt de patiënt daadwerkelijk actie of neemt hij alleen informatie op?	Interventies ontvingen de beoordeling 0 als er enkel sprake was van het aanbieden van informatie; interventies waarbij de patiënt ook daadwerkelijk zelf actie moest ondernemen werden beoordeeld met 1.
Tool/Interventie	Wordt er alleen een hulpmiddel voor zelfmanagement aangereikt of wordt er daadwerkelijk gewerkt aan gedragsverandering?	Interventies ontvingen de beoordeling 0 als deze enkel een hulpmiddel voor zelfmanagement bevatten; als er daadwerkelijk gewerkt werd aan gedragsverandering werden de interventies met 1 beoordeeld.
Duur	Is het contact éénmalig of is er sprake van een proces?	Interventies waarbij het contact éénmalig was werden met 0 beoordeeld; als er sprake was van meerdere contacten werd de interventie met 1 beoordeeld. Er is bij de beoordeling van uitgegaan dat contacten met websites slechts éénmalig zijn. Contacten met e-health-applicaties waarbij met regelmaat informatie moet worden ingevoerd door de patiënt zijn wel beoordeeld met 1.
Breedte	Wordt er gewerkt aan meer dan één zelfmanagement taak (Lorig & Holman, 2003)?	Interventies waarbij er niet of slechts aan één van de drie zelfmanagementtaken van Lorig en Holman (2003) gewerkt werd met 0 beoordeeld; interventies die aan meerdere zelfmanagement taken van Lorig en Holman (2003) werkten werden met 1 beoordeeld.
Interactie met het sociale netwerk	Is er sprake van interactie met peers, partner of zorgverleners?	Interventies waarbij er geen sprake was van contact met peers, partner of zorgverleners, of waarbij dit contact optioneel was, werden met 0 beoordeeld. Interventies waarbij er wel sprake was van contact met peers, partner of zorgverleners werden met 1 beoordeeld.

De beoordeling van alle interventies is te vinden in bijlage 7.5. Met het maximum aantal punten (=5) zijn 15 zelfmanagementinterventies beoordeeld. Deze programma's werden erop onderzocht of zij positief-psychologische elementen bevatten (zie tabel 2).

Tabel 2 Interventies met maximum complexiteitsscore

Naam interventie
Artrose in Beweging: Join2Move
DELTA studie/programma: Zelfmanagement ondersteuning bij chronisch zieken met depressie

COACH: Een voorlichtings- en begeleidingsprogramma voor patiënten met chronisch hartfalen
Living well with COPD (Beter Leven met COPD)
Minder Moe bij Kanker (3.0)
Plan Ahead
PRo-actieve Interdisciplinaire Self MAnagement groepseducatie (PRISMA)
Kortdurende interventie voor patiënten met chronische aandoeningen (Schreurs et al., 2003)
VIP: Vaatwijzer in patiëntenzorg (Sol 2010)
Stand still..., and move on
Training Gezond Leven voor hart- en longpatiënten
Voel je beter met diabetes
Zelfmanagementinterventie voor werknemers met een chronische aandoening
Breast Cancer E-Health (BREATH)
De Gezondheidsroute

4.1.3 Detailanalyse op positief-psychologische elementen

We gebruiken de 10 basiscomponenten uit de positieve psychologie die in dit rapport op hun effectiviteit zijn onderzocht.

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

Twee handboeken uit de positieve psychologie werden als basis gebruikt om methoden en oefeningen behorend bij de 10 basiscomponenten te beschrijven:

- Handboek Positieve Psychologie (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013)
- Positive Psychology in Practice (Linley & Joseph, 2004).

Om positief-psychologische elementen in de geselecteerde interventies te herkennen hebben we een compendium van deze oefeningen als werkdocument samengesteld. Dit compendium is te vinden in bijlage 7.6. De beschreven oefeningen verschillen in concreetheid. Dit spiegelt de stand van zaken in de literatuur waarop dit compendium is gebaseerd. Voor de identificatie van oefeningen in de zelfmanagementinterventies was dit verschil in concreetheid niet hinderlijk en diende het compendium als codeerschema om oefeningen in te delen.

4.2 Resultaten

4.2.1 Zelfmanagementinterventies zonder positief-psychologische elementen

In 5 zelfmanagementprogramma's zijn geen positief-psychologische elementen gevonden (tabel 3). De interventies en de resultaten van de analyse worden in de tekst toegelicht.

Tabel 3 Zelfmanagement programma's zonder positief-psychologische elementen

Naam interventie	Positief-psychologische Elementen?
Artrose in beweging: Join2move	geen
COACH: Een voorlichtings- en begeleidingsprogramma voor patiënten met chronisch hartfalen	geen
Training Gezond leven voor hart- en longpatiënten	geen
Voel je beter met Diabetes	geen
Stand still..., and move on	geen

Artrose in beweging: Join2move

Join2move is een internet-beweegprogramma voor mensen met knie- en heupartrose en richt zich op fysiek inactieve patiënten die niet onder behandeling zijn bij een zorgverlener. Het programma wordt aangeboden via de website www.artroseinbeweging.nl.

Deelnemers ontvangen elke week een nieuwe opdracht waarbij een zelfgekozen activiteit, zoals fietsen of lopen, 9 weken lang stapsgewijs wordt opgebouwd. Deze opbouw van activiteiten is gebaseerd op de *graded activity*-behandeling. *Graded activity* is een vorm van oefentherapie waarbij alledaagse activiteiten op geleide van tijd, en niet op geleide van pijn, worden uitgevoerd. Door geleidelijk meer te bewegen, ondanks de aanwezigheid van pijn, gaan patiënten inzien dat het pijnniveau niet per se gekoppeld is aan de mate van fysieke activiteit. Het uiteindelijke doel is dat patiënten oefeningen en fysieke activiteiten integreren in het dagelijks leven, opdat een actievere leefstijl wordt gestimuleerd. Naast het vergroten van het activiteitsniveau behandelt Join2move onderwerpen zoals pijn, medicijnen, artrose en staan er video's op de website met mobiliteit- en spierkrachtoefeningen (Bossen, 2014).

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over het volgende document.

- *Join2move. A web-based physical activity intervention for patients with knee and hip osteoarthritis*. Daniël Bossen, 2014, Universiteit Tilburg (proefschrift).

In de interventie Join2move zijn geen positief-psychologische componenten geïdentificeerd.

COACH: Een voorlichtings- en begeleidingsprogramma voor patiënten met chronisch hartfalen

Doel van dit geprotocolleerde zelfmanagementprogramma is om patiënten met chronisch hartfalen te ondersteunen in het optimaal voor zichzelf kunnen zorgen. In dit programma bespreekt de verpleegkundige met een patiënt aan de hand van het standaardverpleegplan onderwerpen die voor goede zelfzorg nodig zijn. Standardonderwerpen die aan bod komen zijn: medicatie, vochtbeperking, gewicht en angst. Daarnaast kunnen andere onderwerpen aan bod komen zoals slaapproblemen of vereenzaming. Ook wordt ingegaan op de rol en mogelijkheden van de sociale omgeving. Er bestaat materiaal voor een basis variant en een intensievere variant.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over de volgende documenten

- *Heart Failure: Nurses Care*. Tiny Jaarsma Universiteit Maastricht, 1999 (proefschrift).
- Diverse werkmaterialen voor verpleegkundigen (zonder titel).

In het COACH programma zijn geen positief-psychologische componenten geïdentificeerd.

Training Gezond leven voor hart- en longpatiënten

Het hartrevalidatieprogramma is er voor patiënten die een hartoperatie, een hartinfarct of een dotter- of stentbehandeling hebben gehad. Ook patiënten die een interne defibrillator dragen en patiënten met hartfalen komen in aanmerking voor hartrevalidatie. Het hartrevalidatieprogramma is bedoeld voor patiënten die onder behandeling blijven bij een cardioloog en wordt gegeven door de coördinator hartrevalidatie, een maatschappelijk werker en een ervaringsdeskundige van de patiëntenvereniging. Het bestaat uit een intakegesprek met een verpleegkundige, de training *Gezond leven* en een bewegingsprogramma.

Er is ook een versie training *Gezond leven* voor COPD-patiënten. Deze wordt gegeven door een gespecialiseerde verpleegkundige en een ervaringsdeskundige van het Astmafonds. Veranderen van leefgewoontes en omgaan met de longaandoening wordt als doel van de interventie genoemd.

De training gezond leven bestaat uit 5 groepsbijeenkomsten en geeft informatie over gezond leven, werkt met opstellen van persoonlijke doelen en strategieën in voorgeformuleerde domeinen. Bij een bijeenkomst neemt de partner of een andere naaste deel. Thema's die tijdens de bijeenkomsten aan bod komen zijn: voorkomen van problemen, bewegen, ontspanning en omgaan met stress, steun van anderen en gezonde voeding. De interventie richt zich op pregedefinerende domeinen van gezondheidsgedrag en omgaan met gezondheid. Het opstellen van persoonlijke doelen gaat niet uit van het persoonlijk zingevingskader van de patient maar gedefinieerd voor de patient wat nastervenswaardige gezondheidsdoelen zijn.

Deze thema's worden per week op dezelfde gestructureerde manier behandeld: informatie over het thema, opstellen van individuele realistische doelen, uitleg van storende en helende gedachten over het thema, identificeren van faciliterende en belemmerende factoren voor het gezondheidsdoel, plan van aanpak en evaluatie van resultaten.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over volgende documenten.

- Cursusmateriaal, draaiboek, PowerPoint presentaties en patiënten informatie voor beide varianten van het programma training *Gezond leven* (hart- en longvariant).

In de training *Gezond leven voor hart- en longpatiënten* zijn geen positief-psychologische componenten gevonden.

Voel je beter met Diabetes

De training *Voel je beter met diabetes* is een gecombineerd gezondheidsvoorlichtings- en beweegprogramma. De training kent 8 bijeenkomsten van elk 2 uur en wordt gegeven door een preventiedeskundige en een diabetesverpleegkundige. De opbouw van elke trainingssessie bestaat uit 3 delen: voorlichtingspraatje, beweeggedeelte, afsluiting. Doel van de training is om patiënten te leren zowel lichamelijk als psychisch goed voor zichzelf te zorgen en meer controle te krijgen over de aandoening. In de bijeenkomsten worden de volgende thema's behandeld: ziektebeeld en impact op het leven, leren leven met diabetes, onderbreken van de neerwaartse spiraal van negatieve stemming en stimulering van de opwaartse spiraal, spanning en ontspanning, actiever worden en actief blijven, gezonde voeding, omgaan met lastige situaties.

Psychologische interventietechnieken die in deze training worden toegepast (naast de beweeg/sport elementen): identificeren van valkuilen voor motivatie, stellen van realistische doelen, toestaan van pauzes om uiteindelijk langer vol te kunnen houden, tips om minder te piekeren, oorzaken en stress en kracht identificeren, ontspanningstraining, relatie bewegen en activiteit/slapen ontdekken, beweegcontract.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over volgende documenten:

- Draaiboek van de training *Voel je beter met diabetes*.
- Draaiboek van de informatiebijeenkomst voor de training *Voel je beter met diabetes*.

In het gecombineerde gezondheidsvoorlichtings- en beweegprogramma *Voel je beter met diabetes* zijn geen positief-psychologische componenten geïdentificeerd.

Stand still..., and move on

Stilstaan en doorgaan is een nazorgprogramma voor patiënten na een hartstilstand dat na uitslag uit het ziekenhuis wordt aangeboden. Het gaat om individuele afspraken met een gespecialiseerde verpleegkundige (minimaal 3 consulten, maximaal 6 consulten met mogelijk tussentijds overleg per e-mail of telefoon). Doel van het programma is de

vroege herkenning van cognitieve en emotionele problemen, geven van informatie, stimuleren van zelfmanagement en mogelijk verwijzing naar gespecialiseerde zorg. De verpleegkundige krijgt een richtlijn voor onderwerpen die per consult besproken kunnen worden (bijvoorbeeld exploreren actuele vragen en problemen, cognitieve problemen, belasting partner en gezin, zelfmanagement stimuleren, cardiologische vragen, omgaan met fysieke veranderingen, dagelijkse activiteiten en communicatie met zorgverleners). Hoe deze onderwerpen besproken worden is aan de verpleegkundige. Ook bestaat er een patiënten informatieboekje in dit nazorgprogramma.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over volgende publicaties en documenten.

- ALASCA: Handleiding voor verpleegkundigen van *Stilstaan en Doorgaan*.
- Moulaert, V.R.M.P., Verbunt, J.A., Bakx, W.G.M., Gorgels, A.P.M., de Krom, M.C.F.T.M., Heuts, P.H.T.G., Wade, D.T. & van Heugten, C.M. (2011). Stand still..., and move on, a new early intervention service for cardiac arrest survivors and their caregivers: rationale and description of the intervention. *Clinical Rehabilitation*, 25 (10), 867-879.
- Moulaert, V.R.M.P., van Haastregt, J.C.M., Wade, D.T., van Heugten, C.M. & Verbunt, J.A. (2014). Stand still..., and move on, an early neurologically-focused follow-up for cardiac arrest survivors and their caregivers: a process evaluation. *BMC Health Services Research*, 14, 34/ 10.1186/1472-6963-14-34.

In het nazorgprogramma *Stand still...and move on* zijn geen positief-psychologische componenten geïdentificeerd.

4.2.2 Zelfmanagementinterventies niet in lijn met positieve psychologie

3 van de geanalyseerde zelfmanagementinterventies werken wel met persoonlijke doelen, maar in deze benaderingen is het de patiënt niet leidend, waardoor we deze interventies als niet in lijn met uitgangspunten van de positieve psychologie hebben beoordeeld (zie tabel 4). Bij deze interventies zijn ook verder geen positief-psychologische componenten en oefeningen geïdentificeerd.

Tabel 4 Zelfmanagementprogramma's met persoonlijke doelen

Naam interventie	Positief-psychologische elementen
Kortdurende interventie toepasbaar voor meerdere chronische aandoeningen	Er wordt weliswaar met persoonlijke doelen gewerkt, maar deze gaan door de 4 vaststaande thema's niet uit van het persoonlijke zingevingskader van de deelnemende patiënten. Daarom is dit niet in lijn met positieve psychologie. Geen pp-oefeningen.
Living well with COPD	Verbetering van gezondheid wordt afgestemd op individuele behoeften. Echter een voldoening gevende leefstijl wordt vervolgens ingevuld door

	een set van vaststaande indicatoren en niet door de patiënt zelf, daarom niet in lijn met positieve psychologie.
--	--

PRISMA	Er wordt aandacht besteed aan persoonlijke doelen en actieplannen, maar deze gaan niet expliciet uit van het zingevingskader van de patiënt en zijn primair op de verbetering van medische uitkomstmaten gericht. Geen pp-oefeningen.
--------	---

Kortdurende interventie voor patiënten met chronische aandoeningen

Er wordt een protocol van een kortdurende interventie beschreven dat toepasbaar is voor meerdere chronische aandoeningen. In de publicaties wordt naar astma, diabetes en hartfalen gerefereerd. De interventie is gericht op patiënten met intermitterende, chronische aandoeningen die zich wel bewust zijn van het feit dat zij zelf verantwoordelijkheid dragen voor hun aandoening, maar er niet altijd in slagen hun intenties om te zetten in gunstig gezondheidsgedrag.

In het hier beschreven protocol wordt zelfmanagement geplaatst in het psychologische kader van zelfregulatie en *proactive coping*. Zelfregulatie beschrijft een manier waarop mensen hun eigen acties controleren en richting geven op grond van doelen die zij nastreven. Met *proactieve coping* wordt bedoeld dat mensen niet alleen reageren op bedreigende situaties, maar ook anticiperen op situaties die mogelijk in de toekomst door hen gewaardeerde doelen zouden kunnen bedreigen. Verder sluit het protocol aan bij de probleemoplossingsbenaderingen waar het genereren en implementeren van effectieve oplossingsstrategieën centraal staat.

De interventie is gericht op 4 thema's: 1) fit blijven, 2) erger voorkomen, 3) omgaan met negatieve emoties en 4) Steun vragen, geven en ontvangen. Het behelst 4 2-wekelijkse groepsbijeenkomsten en een herhalingsbijeenkomst na 1 maand. De partner is bij de vierde bijeenkomst aanwezig. Gespecialiseerde verpleegkundigen bieden de interventie aan in de ziekenhuizen waar de patiënten onder behandeling zijn.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over volgende publicaties en manuscripten.

- Schreurs, K.M.G., Colland, V.T., Kuijer, R.G., de Ridder, D.T.D. & van Elderen, T. (2003). Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient, Education and Counselling*, 51, 133-141.
- Colland, V.T., Schreurs, K.M.G., de Ridder, D.T.D. & van Elderen, T. (2001). Het bevorderen van self-management door proactieve coping: een kortdurende interventie voor patiënten met chronische aandoeningen. *Gedrag & Gezondheid*, 29, 188-196.
- Schreurs, K.M.G., Colland, V.T., Kuijer, R.G., de Ridder, D.T.D., van Elderen, T. & Joekes, K. (n.b.) Van weten naar doen. Een stappenplan om doelen te bereiken. In: Craanen, A. (red.) *Leven met hartfalen* (pp. 31-43). Hilversum: Teleac NOT.

De interventie volgt een duidelijke structuur voor de 4 thema's en werkt met een 6-stappenplan waarin patiënten per thema doelen formuleren, faciliterende en belemmerende factoren identificeren voor het bereiken van deze doelen, ondernemen

van actie en evaluatie van de uitgevoerde acties. Er wordt geen gebruikgemaakt van positief-psychologische oefeningen in dit programma. Er wordt weliswaar met persoonlijke doelen gewerkt, maar deze zijn door de 4 vaststaande thema's niet op het persoonlijke zingevingskader van de deelnemende patiënten gestoeld, waardoor we niet kunnen spreken van een interventie die in lijn is met de positieve psychologie.

Living well with COPD (Beter Leven met COPD)

Living well with COPD is een leermethode voor patiënten en hun familie. Ze is gericht op voorkomen van en omgaan met COPD-klachten. Het programma is in verschillende modules opgedeeld. Educatie over de belangrijkste oorzaken van COPD, vaak voorkomende klachten en medicatie worden in de eerste module behandeld. In de tweede module staan actieplannen voor activiteiten rond verergering van klachten centraal. Het derde gedeelte van de leermethode richt zich op een gezonde en voldoening gevende leefstijl. Module 4 gaat in op ademen en energiebesparing.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over het volgende

- alle modules van het programma van J. Bourbeau (Montreal Chest Institute) en E. Bischoff (UMC St Radboud Nijmegen).

In module 3 van *Living well with COPD* wordt de patiënt aangemoedigd erover na te denken wat gezondheid voor hem/haar betekent en hoe de verbetering van zijn gezondheid afgestemd kan worden op de individuele behoeften in het eigen leven. Echter, een voldoening gevende leefstijl wordt vervolgens ingevuld door stoppen met roken, medicatietrouw, gezonde voeding, lichamelijke activiteit, beter slapen, tevreden seksleven en invullen van vrije tijd onafhankelijk van de betekenis van gezondheid voor de individuele patiënt.

Daardoor kan dit onderdeel van de leermethode niet als positief-psychologisch worden beschouwd. In de andere modules van de leermethode hebben we geen positief-psychologische componenten of oefeningen gevonden.

PRo-actieve Interdisciplinaire Self Management groepseducatie (PRISMA)

PRISMA is gebaseerd op het DESMOND-programma (*Diabetes Education and Self Management for Ongoing and Newly Diagnosed*), oorspronkelijk ontwikkeld in Groot-Brittannië voor nieuw gediagnosticeerde patiënten met type 2-diabetes. DESMOND is ontstaan in oktober 2002, als gezamenlijke inspanning van een multidisciplinaire groep in Groot-Brittannië. Belangrijke kenmerken van DESMOND zijn de sterke nadruk op *self-management* en *empowerment*. Het DESMOND-programma is vertaald en aangepast voor de Nederlandse doelgroep: mensen met type 2-diabetes die voor de controle van hun diabetes verwezen zijn naar het VU medisch centrum (VUmc).

Het doel van PRISMA is: Een model/benadering van zorg uit te dragen, gebaseerd op groepseducatie, dat bewezen effectief is en mensen met type 2-diabetes in staat stelt de

zorg voor diabetes in eigen hand te nemen. Het is een groepscursus voor max 10 mensen met type 2-diabetes en wordt gegeven door 2 getrainde trainers.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over het volgende document.

- Gehele handleiding voor trainers (zonder titel, 2014).

PRISMA is met name gericht op informatie over diabetes type 2, behandeling, voeding en complicaties. Er wordt aandacht besteed aan persoonlijke doelen en actieplannen, maar deze gaan niet expliciet van het zingevingskader van de patiënt uit en zijn primair op de verbetering van medische uitkomstmaten gericht. In de PRISMA-benadering zijn geen positief-psychologische componenten of oefeningen geïdentificeerd.

4.2.3 Zelfmanagementinterventies met positief-psychologische elementen

5 van de geanalyseerde zelfmanagement interventies zijn tenminste deels in lijn met de positieve psychologie (zie tabel 5). We zien dat in deze interventies of het persoonlijke zingevingskader van de patiënt leidend is, of positief-psychologische componenten in het interventie programma geïntegreerd zijn of de verbetering van positieve uitkomstmaten nagestreefd wordt met de interventie.

Tabel 5 Zelfmanagementprogramma's tenminste deels in lijn met positieve psychologie

Naam interventie	Positief-psychologische elementen
DELTA	Lijkt in lijn met de positieve psychologie omdat de patiënt in zijn persoonlijk zingevingskader centraal staat. Echter, het interventiedoel is vermindering somberheidsklachten. Geen concrete positief-psychologische oefeningen.
Plan ahead	Formuleren en behalen van persoonlijke doelen geïntegreerd in het persoonlijke zingevingskader van patiënt. Geen positief-psychologische oefeningen.
VIP	VIP in lijn met de positieve psychologie omdat het programma de gezondheidsgedragsverandering expliciet bouwt rond het persoonlijke zingevingskader van de patiënt en de succeservaringen en interne en externe hulpbronnen. De patiënt heeft de sturende rol in het verbeteren van zelfmanagement. Niet in lijn met positieve psychologie is de expliciete focus op medische uitkomstmaten.
BREATH	BREATH is duidelijk gebaseerd op cognitieve gedragstherapie die aangevuld is met een oefening uit de positief-psychologische sterke kantenaanpak. De interventie laat ruimte voor het zingevingskader van de patiënt, maar is geen overwegend positief-psychologische interventie. Effecten van de interventie zijn gericht op vermindering van distress en verhoging van empowerment.

Minder Moe bij Kanker (3.0)	Bij deze e-health cognitieve gedragstherapie (door ontwikkelaars zo genoemd) voor ziektegerelateerde vermoeidheid en stress komen positief-psychologische oefeningen voor de componenten positieve emoties, psychologische flexibiliteit en compassie aan bod. Uitkomstmaten zijn onduidelijk op basis van beschikbaar materiaal.
-----------------------------	---

DELTA studie/programma: Zelfmanagement ondersteuning bij chronisch zieken met depressie

Het DELTA-programma is een cognitief-gedragstherapeutische interventie voor depressieve symptomen bij ouderen met COPD of diabetes type 2 (DELTA: *Depression in Elderly with Long-Term Afflictions*). De kern van de interventie is de reattributie van cognities die contraproductief blijken bij het vinden van een balans in het dagelijks functioneren met een chronische ziekte. De interventie beoogt negatieve gedachten en daaraan gerelateerde emoties in verband met de vermindering van de fysieke mogelijkheden bloot te stellen aan falsificatie met behulp van een dagboek. In het dagboek wordt een link gelegd tussen negatieve gedachten/emoties aan de ene kant en (het nalaten van) gedrag/activiteiten aan de andere kant. Hierbij worden de betrokken ouderen onder begeleiding van verpleegkundigen uitgedaagd om oplossingen te bedenken voor de gepercipieerde barrières. Op deze wijze wordt getracht zelfmanagementvaardigheden van oudere, chronisch zieken te verbeteren om hun te ondersteunen bij een goed leven met een chronische ziekte. De gevolgde strategie doet een duidelijk appel op de eigen verantwoordelijkheid van de chronisch zieken zelf (Van Eijk et al, 2006).

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over het volgende materiaal.

- Van Eijk, J.Th.M., Brenninkmeijer, W.J.M. & Beysens, A.J. (2006). *Syllabus Zelfmanagement ondersteuning bij chronisch zieken met depressie*. Universiteit Maastricht: Faculteit der Gezondheidswetenschappen.
- Van Eijk, J.Th.M., Diederiks, J.P.M., Kempen, G.I.J.M., Honig, A., van der Meer, K. & Brenninkmeijer, W.J.M. (2004). Development and feasibility of a nurse administered strategy on depression in community-dwelling patients with a chronic physical disease. *Patient Education and Counselling*, 54, 87-94.
- Lamers, F., Jonkers, C.C.M. Bosma, H., Diederiks, J.P.M. & Van Eijk, J.Th.M. (2006). Effectiveness and cost-effectiveness of a minimal psychological intervention to reduce non-severe depression in chronically ill elderly patients: the design of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 6:161; doi:10.1186/1471-2458-6-161.

Het DELTA-programma gaat uit van zelfmanagement in ruimere zin. De auteurs van de interventie verstaan hieronder: patiënten zoeken zelf oplossingen voor fysieke, psychische en sociale beperking en zoeken naar mogelijkheden om als chronisch zieke

aan het dagelijks leven deel te nemen (participatie in gezin, werk enzovoort). Er is aandacht voor cognitief-emotionele aspecten van het chronisch ziek zijn: angst, onzekerheid over de toekomst en gevoelens van somberheid (Van Eijk et al., 2006). Door verschillende stappen (stap 1: zich begrepen voelen; stap 2: agenda verbrede;, stap 3: link leggen tussen gedrag, stemming en klachten) te doorlopen gaan patiënten doelen stellen en actieplannen formuleren en uitvoeren. Bij alle keuzes die worden gemaakt geldt dat de patiënt uiteindelijk thema en wijze van aanpak bepaalt. De betreffende patiënt is dan de beoogde actieve zelfmanager die in staat is binnen de gegeven beperkingen de bestaande mogelijkheden zo goed mogelijk te benutten.

De DELTA-benadering lijkt in lijn met de positieve psychologie omdat de patiënt in zijn persoonlijk zingevingskader centraal staat. Echter, deze interventie is gericht op het verminderen van sombere gevoelens en niet op het vergroten van het emotionele, psychologische of sociale welbevinden. Op het niveau van oefeningen konden we geen positief-psychologische interventiemethoden identificeren.

Plan ahead

Plan ahead is een 10-weeks-zelfmanagementprogramma dat in groepsverband wordt gegeven en voor mensen met een beroerte en hun partner is ontwikkeld. De belangrijkste kenmerken van het programma zijn aanleren en bevorderen van proactieve actieplanning, beroertespecifieke onderdelen en de partner als gelijkwaardige deelnemer aan de interventie. De groep wordt door een health-professional in de revalidatiesetting geleid.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over de volgende publicatie.

- Tielmans, N.S., Schepers, V.P.M., Visser-Meily, J.M.A., van Erp, J., Eijkenaar, M. & van Heugten, C.M. (2014). The restore4stroke self-management intervention “Plan ahead”: rationale and description of the treatment protocol based on proactive action planning. *Clinical Rehabilitation*, 28(6), 530-540.

In *Plan ahead* sessie 3 wordt gewerkt aan het formuleren en behalen van persoonlijke doelen. Hierbij staat het persoonlijke zingevingskader van de patiënt centraal. Er worden geen oefeningen uitgevoerd die in het compendium (bijlage 7.6) zijn opgenomen. Echter, omdat de basis voor het aanleren van een proactieve houding het persoonlijke zingevingskader van de patiënt is, kunnen we deze zelfmanagement interventie voorzichtig als in lijn met de positieve psychologie beschouwen.

VIP: Vaatwijzer in patiëntenzorg

VIP is een verpleegkundig preventieprogramma gericht op het bevorderen van zelfmanagementvaardigheden voor hoogrisico-vaatpatiënten om de kans op een volgend vaatprobleem te verminderen. Reductie van vasculaire risico's kan bereikt

worden door: adequaat medicatiegebruik, gezond eten/energiebeperking, niet roken, omgaan met stress, snel herkennen van en reageren op symptomen, effectief contact met hulpverleners en veel bewegen. Specifieke problemen hierbij zijn: de onzichtbaarheid van vasculaire risicofactoren waardoor de patiënt zich niet altijd bewust is van dat risico; de behandeling levert weinig zichtbaar resultaat op; de patiënt krijgt weinig feedback op zijn handelen en de zichtbare gezondheidswinst is klein.

VIP richt zich op het bevorderen van zelfmanagement en verhogen van *self-efficacy* bij vasculaire patiënten. De verpleegkundige inventariseert met de patiënt bestaans- en gezondheidsproblemen, zoekt gezamenlijk naar haalbare doelen, bespreekt frequentie van begeleiding en werkt vervolgens met succeservaringen met de gekozen doelen en behoeftes.

VIP werkt vanuit een beleavingsgericht zorgperspectief omdat de zorgverlening aansluit bij de manier waarop de zorgvrager het leven met de ziekte ervaart. De zorgverlener vertaalt als expert haar kennis naar de situatie van de zorgvrager. Deskundigheid kan afgestemd worden op de ervaringsdeskundigheid van de zorgvrager. In de zorgrelatie worden deze perspectieven uitgewisseld om samen doelen te bepalen. Opgezet als beleavingsgerichte zorg sluit dit programma aan bij de autonomie en de zelfmanagementbehoeften van de zorgvrager.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken, beschikten we over de volgende publicaties en documenten.

- Sol, B.G.M., van der Graaf, Y., Brouwer, B., Hickox, S.M.C. & Visseren, F.L.J. (2010). The effect of self-management intervention to reduce vascular risk factors in patients with manifestations of vascular diseases. *European journal of cardiovascular nursing*, 9, 132-139.
- Sol, B.G.M., van der Graaf, Y., van Petersen, R. & Visseren, F.L.J. (2011). The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European journal of cardiovascular nursing*, 10, 180-189.
- Zorgprotocol VIPS: Vaatwijzer in patiëntenzorg studie.
- Registratieformulier VIP.

VIP gaat uit van bestaande gezondheidsrisico's op vaatproblemen. De vaatwijzer wordt gebruikt als verslag over de vasculaire screening en bijhorend advies. De patiënt is eigenaar en beheerder van de vaatwijzer en bepaalt welk gezondheids- of bestaansprobleem prioriteit krijgt in de verdere begeleiding. Ook worden hulpbronnen in de omgeving (mantelzorgers, vrijwilligers) besproken. Na deze inventarisatie wordt besproken dat de begeleiding zich richt op problemen rond de vasculaire risico's en wordt via motiverende gespreksvoering naar haalbare doelen toegewerkt. Voortgang wordt samen geëvalueerd en een eventueel vervolg afgesproken. Als interventietechnieken voor de verpleegkunde worden onder andere aangereikt: doeltreffend inzetten van *you tell me* en *I tell you* technieken, bevorderen van actieve participatie door het verhaal van de patiënt leidend te laten zijn, succeservaringen uitvragen, evalueren en benadrukken, positief betrekken van het sociale systeem, complimenteren met alle

succesvolle aspecten van zelfmanagement, bevorderen van motivatie door weerstanden bespreken zonder te oordelen, feedback geven op resultaten.

Samenvattend is VIP in lijn met de positieve psychologie omdat het programma de gezondheidsgedragsverandering expliciet bouwt rond het persoonlijke zingevingskader van de patiënt en de succeservaringen en interne en externe hulpbronnen van de patiënt gebruikt in dit proces. De patiënt heeft de sturende rol in het verbeteren van zelfmanagement. Het wordt niet benoemd door de auteurs zelf, maar dit programma werkt volgens ons impliciet via de fundamentele behoeften competentie, autonomie en verbondenheid aan gezondheidsgedrag en zou daarom mogelijk in lijn met de zelfdeterminatietheorie gezien kunnen worden. Niet in lijn met de positieve psychologie is de expliciete focus op medische uitkomstmaten, die door de verbetering in zelfmanagement van vaatproblemen getracht worden te verbeteren.

Breast Cancer E-Health (BREATH)

De afkorting BREATH staat voor *BREAst cancer e-health*, op adem komen na borstkanker. Het e-health-zelfmanagementprogramma beoogt vrouwen na borstkanker te ondersteunen in het psychologische aanpassingsproces door distress te verminderen en empowerment te verhogen. Herstel wordt bevorderd door klachten te laten afnemen en krachten te laten toenemen. Borstkankerpatiënten kunnen 3 maanden na hun laatste chemo- en/of radiotherapie deelnemen aan de interventie, die via de website www.opademnaborstkanker.nl aangeboden wordt. Het programma is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, maakt gebruik van empowerment en sluit aan bij 4 fasen van herstel na borstkanker: terugkijken, verwerken, versterken en vooruitkijken. Iedere maand start er een nieuwe fase met specifieke thema's en passende opdrachten, informatie, films en zelftesten. Elke fase omvat psycho-educatieve elementen, oefeningen voor de omgang met dagelijkse problemen, aandacht voor onderwerpen rond het sociale netwerk van de patiënt (bijvoorbeeld kinderen, partner, werk enzovoort) en oefeningen voor de opbouw en gebruik van krachten en mogelijkheden van de patiënt.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over de volgende publicaties en documenten.

- Van den Berg, S.W., Gielissen, M.F.M., Ottevanger, P.B. & Prins, J.B. (2012). Rationale of the BREAst cancer e-health multicentre randomized controlled trial: An internet-based selfmanagement intervention to foster adjustment after curative breast cancer by decreasing distress and increasing empowerment. *BMC Cancer*, 12:394; DOI: 10.1186/1471-2407-12-394.
- Van den Berg, S.W., Gielissen, M.F.M., Custers, J.A.E., van der Graaf, W.T.A., Ottevanger, P.B. & Prins, J.B. (2015). BREATH: Web-based self-management for psychological adjustment after primary breast cancer – results of a multicentre randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33(25), 2763-2772; DOI: 10.1200/JCO.2013.54.9386.

- Uitvoerig protocol van BREATH (144 pagina's).

BREATH duurt 4 maanden. Er worden veel thema's behandeld. Regelmatig invullen van de lastmeter en de toepassing van de 5G-analyse op hoofdonderwerpen loopt als de rode draad door het e-health-programma. De deelnemer voert de interventie zelfstandig uit, er is geen zorgverlener gekoppeld aan dit programma. In het interventieonderdeel 'Eigen krachten' zien we een positief-psychologisch interventie-element, namelijk het identificeren en benoemen van eigen sterke kanten en van externe krachtbronnen. Ook wordt de deelnemer uitgenodigd om eigen krachtbronnen bewust in te zetten om goed met borstkanker om te kunnen gaan. Naar de sterke kantenaanpak wordt in andere onderdelen van de interventie terugverwezen, bijvoorbeeld bij het opschrijven van het eigen borstkankerverhaal. De oefeningen uit de interventie laten ruimte voor het persoonlijk zingevingskader van de patiënt.

Samenvattend, BREATH is duidelijk gebaseerd op cognitieve gedragstherapie die aangevuld is met oefeningen uit de positief-psychologische sterke kantenaanpak. De interventie laat ruimte voor het zingevingskader van de patiënt, maar is geen overwegend positief-psychologische interventie. Effecten van de interventie zijn gericht op vermindering van distress en verhoging van empowerment.

Minder Moe bij Kanker (3.0)

Dit programma uit 2014 is een e-health cognitieve gedragstherapie tegen ziektegerelateerde vermoeidheid en stress. De therapie bestaat uit 8 sessies. Iedere sessie diept een bepaald thema en een bepaalde vaardigheid uit. Doel is om patiënten te leren dat het niet alleen de omstandigheden en klachten zijn die het leven bepalen, maar de omgang met de omstandigheden. De therapie is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, op *acceptance and commitment therapy*, op *mindfulness based stress reduction* en *mindfulness based cognitive therapy*. Deelname aan de therapie is erop gericht om een positieve omgang met vermoeidheid, pijn en stress te bereiken en daarmee een vermindering van klachten te bereiken die hiermee verband houden.

Als materiaal om de interventie op positief-psychologische componenten en oefeningen te onderzoeken beschikten we over het volgende document.

- alle 8 sessies uit de therapie Minder moe bij kanker.

In *Minder Moe* worden veel mindfulnessoefeningen gedaan (bijvoorbeeld de lichaamsverkenning, eten met concentratie, concentratie op ademhaling, activiteit met aandacht, aandacht voor grenzen, zintuigenoefening). Ook wordt er gewerkt aan acceptatie en loslaten als alternatief voor experiëntiële vermijding. Met bijvoorbeeld de oefening 'Kijken naar je gedachten en gevoelens' wordt gewerkt aan cognitieve defusie. In sessie 7 wordt de zelfcompassiebenadering gebruikt om opmerkelijke en alerte zelfzorgactiviteiten te bevorderen (doe iets plezierigs, doe iets wat voldoening geeft, doe dingen met aandacht, doe lichaams- en ontspanningsoefeningen).

Samenvattend, in deze therapie komen positief-psychologische oefeningen voor de componenten positieve emoties, psychologische flexibiliteit en compassie aan bod. Of de effectiviteit van de therapie getest wordt door de vermindering van klachten te onderzoeken of ook de verbetering van positieve uitkomstmaten zoals vitaliteit of welbevinden te onderzoeken, is op basis van het beschikbare materiaal niet te beoordelen.

Zelfmanagement training voor werknemers met een chronische aandoening

Geen materiaal ontvangen.

De Gezondheidsroute

Geen materiaal ontvangen.

4.3 Samenvatting en conclusie

Om te onderzoeken of huidige zelfmanagementinterventies al elementen van positieve psychologie bevatten, hebben we doelen en interventietechnieken van 13 interventies beschreven. Hierbij hebben we gekeken of de interventies het welbevinden van mensen met een chronische aandoening willen bevorderen en of de focus op de verbetering van ziektegerelateerde, medische uitkomstmaten ligt. Verder hebben we onderzocht of de interventies uitgaan van het persoonlijk zingevingskader van de patiënt of eerder kaders toepassen die, uitgaand van de kenmerken van de ziekte, specifieke taakgerichte gedragsveranderingen nastreven. Tot slot hebben we in de interventies naar interventietechnieken gezocht die behoren bij 1 van de 10 in dit rapport onderzochte componenten uit de positieve psychologie. Hiervoor hebben we een compendium van positief-psychologische oefeningen samengesteld (bijlage 7.6).

Onze analyse laat duidelijk zien dat de zelfmanagementinterventies in een ziektegerelateerde, medische context ontwikkeld en gebruikt zijn. Zij streven voornamelijk de verbetering van ziektegerelateerd gezondheidsgedrag na en toetsen dit door de effecten op medische uitkomsten te meten. Vanuit het perspectief van de positieve psychologie zouden naast klachtgerelateerde uitkomstmaten ook indicatoren van positief functioneren gebruikt moeten worden om verbetering van positieve gezondheid en effectief zelfmanagement bij chronisch zieke mensen te kunnen onderzoeken. BREATH is een interventie die effecten op distress en empowerment meet. Het gros van de geanalyseerde zelfmanagement interventies passen een interventiekader toe dat uitgaat van de kenmerken van de ziekte en goed gezondheidsgedrag specificeert om de impact van de ziekte te verminderen of verslechteren van de symptomen te voorkomen. Meestal wordt in deze interventiemethodologie geen rekening gehouden met het persoonlijk zingevingskader

van de patiënt of met concrete persoonlijke prioriteiten en doelen van de deelnemer van de interventie.

Hier wordt er nog eens uitdrukkelijk op gewezen dat patiënten leren om goede, haalbare, realistische en meetbare doelen voor gezond gedrag te formuleren niet hetzelfde is als persoonlijke doelen van de patiënt in zelfmanagement leidend te laten zijn en binnen een dergelijk kader het formuleren en nastreven van SMART-gestelde gezondheidsdoelen aan te leren.

We hebben slechts in 2 zelfmanagementinterventies positief-psychologische oefeningen gevonden. Beide zijn redelijk recent ontwikkelde online-interventies uit de cognitieve gedragstherapie. *Minder moe* gebruikt oefeningen voor positieve emoties, psychologische flexibiliteit en compassie. *BREATH* gebruikt oefeningen uit de sterke kantenaanpak om welbevinden en groei mogelijkheden van patiënten te stimuleren. Bij de bestaande interventies in Nederland voor mensen met een chronische aandoening hebben we geen PPI's geïdentificeerd. 5 van de onderzochte interventies kunnen we mogelijk 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 de eerste interventies ook in de gebruikte uitkomstmaten laten zien dat naast de reductie van klachten en medische parameters ook een toename van positief functioneren wordt nagestreefd.

Of deze interventies in belangrijke mate worden herkend en ingezet in het veld is uit onze analyses niet definitief beantwoordbaar. Het interventie materiaal en de gebruikte databases (RIVM Centrum Gezond Leven, Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen, Zelfmanagement.com, MOVISIE, Vilans, Trimbos, Divosa en zelfzorgondersteund.nl) beschrijven de stand van zaken en het niveau van wetenschappelijke onderbouwing. Het laat zich niet eenduidelijk afleiden of de interventies ondertussen bij andere instellingen ingezet worden of hoe het disseminatie proces verder gegaan is. Breed gebruik was de interventie was geen inclusie criterium bij de keuze voor de meest rijke zelfmanagement interventies.

5 Positieve psychologie in opleidingen relevante beroepsgroepen

Vraag 4: In welke mate is er aandacht voor positieve psychologie in de curricula van de opleidingen van de relevante beroepsgroepen?

De opleidingen voor zorgprofessionals zijn in beweging. In de inleiding voor deze onderzoeksvraag zullen we de grote lijnen van deze ontwikkelingen kort schetsen om de gerealiseerde en potentiële rol van de positieve psychologie hierin te onderzoeken.

Uitgangspunt van de ingezette ontwikkelingen is dat het handelen van (toekomstige) zorgprofessionals erop gericht is om mensen in staat te stellen zoveel mogelijk zelfstandig in hun eigen leefomgeving te functioneren. Er wordt geconstateerd dat hiervoor een omslag in de zorg en bij de bekwaamheden van de zorgprofessionals nodig is. Prioriteit wordt gelegd op het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger en niet op de ziekte of aandoening (Kaljouw & Van Vliet, 2015). De voorgestelde contouren houden in dat zorgprofessionals zodanig opgeleid worden dat zij over een dynamisch continuüm van bekwaamheden beschikken dat regelmatig geactualiseerd wordt om in te kunnen spelen op veranderingen in de benodigde zorg. In verschillende zorgcontexten zijn verschillende vaardigheden nodig (bijvoorbeeld uitgewerkt in het continuüm van bekwaamheden voor de gezondheidszorg (Kaljouw & van Vliet, 2015; p. 31): voorzorg, gemeenschapszorg, laagcomplex tot complexe zorg, hoogcomplex zorg). Over de verschillende zorgcontexten heen worden ook generalistische bekwaamheden genoemd als basisvaardigheden van de toekomstige zorgprofessionals. Om professionele zorg gericht op zelfstandigheid in eigen leefomgeving, eigen regie en veerkracht te kunnen leveren, worden netwerkbekwaamheden, technologische bekwaamheden, maatschappelijke en contextbekwaamheden, en de vaardigheid om te de-escaleren voorop gesteld.

In het domein van de verpleegkunde zijn grote stappen ondernomen om nieuwe beroepsprofielen voor verpleegkundigen te ontwikkelen. In de kwaliteitsimpuls *Bachelor of Nursing 2020* werken V&VN, LOOV en 17 hogescholen samen aan een toekomstbestendig landelijk opleidingsprofiel om verpleegkundigen voor te bereiden op de bovengeschetste veranderingen in de gezondheidszorg in Nederland (Lambregts, Grotendorst, Van Merwijk, 2015). Nadruk wordt gelegd op brede inzetbaarheid van verpleegkundigen in verschillende contexten en gedegen voorbereiding op vergrijzing en stijging van het aantal chronisch zieken als één van de belangrijkste uitdagingen voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Het beroepsprofiel verpleegkunde is geordend naar zeven rollen en competentiegebieden die op het CanMEDS-profiel (*Canadian Medical Education Directions for Specialists*) gebaseerd zijn. Onderstaand wordt kort samengevat waar

zelfmanagement en positieve psychologie met blik op deze rollen en competenties relevant (kunnen) zijn.

- Als *zorgverlener* versterkt de verpleegkundige het zelfmanagement van mensen in hun sociale context en richt zich hierbij op gezamenlijke besluitvorming met de zorgvrager en diens naasten, rekening houdend met persoonlijke eigenschappen, achtergronden en overtuigingen van zorgvrager en sociale context.
- Als *communicator* communiceert de verpleegkundige op persoonsgerichte en professionele wijze met de zorgvrager en diens netwerk.
- Als *samenwerkingspartner* gaat een verpleegkundige een vertrouwensrelatie aan, werkt effectief samen en ondersteunt zorgvrager en netwerk in het zelfmanagement.
- Als *reflectieve EBP (evidence based professional)* handelt de verpleegkundige vanuit reflectie en innovatie. Ze werkt permanent aan haar eigen deskundigheid.
- Als *gezondheidsbevorderaar* past de verpleegkundige passende vormen van preventie toe die zich ook richten op het zelfmanagement en het eigen netwerk van de patiënt.
- Als *organisator* toont de verpleegkundige leiderschap in het verpleegkundig handelen en weegt verschillende belangen waarbij het belang van de zorgvrager vooropstaat.
- Als *professional en kwaliteitsbevorderaar* monitort de verpleegkundige de zorgverlening en levert een bijdrage aan kwaliteitssystemen.

In de beschrijving van CanMEDS-rollen en -competenties voor Bachelor verpleegkunde komt positieve psychologie tot nu toe niet expliciet voor. De ondersteuning van zelfmanagement bij zorgvragers staat met name bij rollen 1, 3 en 5 centraal.

Zelfmanagement in de zin van sturing geven aan eigen professionaliteit en professionele ontwikkeling komt bij rollen 4, 6 en 7 voor. In de conclusie van dit hoofdstuk geven we, gebaseerd op de huidige invulling van *BN2020* en de resultaten uit eerdere hoofdstukken van dit rapport wat overwegingen voor de integratie van positief-psychologische elementen in verschillende CanMED- rollen.

5.1 Methode

In een eerste stap zijn in juni 2016 de 17 Hbo-opleidingen Verpleegkunde aangeschreven en uitgenodigd voor samenwerking (zie bijlage 7.7). We vroegen om de curricula te mogen gebruiken om het eerste gedeelte van de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Bij veel van de instellingen verliep de medewerking moeizaam. Dit heeft te maken met de timing van het onderzoek en wisselingen in contactpersonen en aanspreekpartners (zie hiervoor bijlage 7.8). Contactpersonen die bereikbaar waren gaven aan dat wijzigingen in het curriculum in volle gang zijn, maar grotendeels nog niet publiceerbaar zijn.

In overleg met opdrachtgever ZonMw is besloten om de methodiek voor vraag 5 te veranderen en ons te richten op interviews met coördinatoren van zorgprofessional-opleidingen om de rol van positieve psychologie in het vernieuwde curriculum te bespreken. De respons op de uitnodiging verliep wederom moeizaam (zie bijlage 7.9).

Uiteindelijk zijn interviewpartners van 6 van de 17 Hbo-opleidingen Verpleegkunde bereid geweest om aan het interview mee te werken, aangevuld met een bestuurslid van LOOV. Als kapstok voor de interviews met deze 7 mensen is het gespreksschema uit bijlage 7.10 gebruikt.

Ook hebben we interviews met 2 opleidingen maatschappelijk werk en fysiotherapie gehouden om de ontwikkelingen bij verpleegkunde met andere zorgberoepen op Hbo-niveau te kunnen vergelijken.

Deze gerealiseerde gesprekken zijn uitgetypt en samengevat om antwoord op onderzoeksvraag 5 te geven. De samenvatting is in consensus principe door twee onderzoekers tot stand gekomen.

De samenvattingen worden hieronder met letterlijke citaten geïllustreerd. Deze citaten zijn geanonimiseerd.

5.2 Resultaten

5.2.1 Veranderingen in opleiding verpleegkunde

De geïnterviewde opleidingen voor Bachelor Verpleegkunde zijn met veranderingen van hun curriculum bezig. De aanleiding voor deze vernieuwing is de sterk veranderende zorg en het initiatief *BachelorNursing 2020*.

‘BN2020 is ontstaan vanuit de wens van het nieuwe beroepsprofiel, oftewel een duidelijke beroepskadering van wat een HBO-verpleegkundige is. Het gaat over positionering, maar ook over het nieuwe beroepsprofiel. Dit is er allemaal gekomen door de sterk veranderende zorg. De zorg wordt steeds complexer en technischer en dat vraagt om een herinrichting van de zorg. Voor de zorg is dat de belangrijkste aanleiding om te veranderen en als onderwijs moet je daarin volgen.’

Eén opleiding geeft aan zelf met een visie op verpleegkunde bezig te zijn en het lokale initiatief nu te integreren met de landelijke beweging BN2020:

‘Wij hebben zelf een visie op het verpleegkundig beroep gemaakt, los van bachelor nursing 2020. Hierin staat wat zou een verpleegkundige moeten kunnen. 2020 kwam er vrijwel gelijktijdig bij. De WHO heeft ook recent het concept *active ageing* geïntroduceerd. Bachelor nursing 2020 is wel de

aanleiding, maar dat is eerder de verandering waar we toch al mee bezig waren en dit heeft het wat gekristalliseerd.'

Als doel van de curriculumwijzigingen wordt aangegeven om het beroep van verpleegkundige toekomstproof te maken door te anticiperen op de veranderende zorgomgeving. Hier wordt aandacht voor ouderenzorg, chronische aandoeningen, complexiteit van zorg en technische zorg en wijk/buurtzorg als focus genoemd. Meer generalistische kennis, netwerkkennis en vaardigheden op het gebied van netwerken opbouwen rond de zorgvrager, sterkere nadruk op leiderschap en werken vanuit het perspectief van de patiënt zijn volgens geïnterviewden hier belangrijke competenties.

De geïnterviewde opleidingen hanteren verschillende werkwijzen om de veranderingen te realiseren en geven regionale focus aan de invullingen door speerpunten bij lectoraten en de keuze voor bepaalde minoren. Als belangrijk voor de realisering van een vernieuwde identiteit voor verpleegkundige worden de CanMEDS-rollen aangegeven.

'Wij hebben een aantal strategische thema's waar wij ons hard voor willen maken, die ook gerelateerd zijn aan onze eigen regio, aan de behoefte van de regio en de behoefte van het werkveld. Daar houden we allemaal rekening mee.'

'We willen docenten laten participeren in de ontwikkeling van het curriculum., Dat is best een uitdaging. Docenten hebben niet altijd de onderwijskundige expertise. Daarin proberen we te professionaliseren. De mensen met de inhoudelijke expertise worden ingezet om na te denken over hoe het onderwijs eruit gaat zien. Welke nieuwe didactische inzichten kunnen we daarin verwerken? We proberen dus echt van onderaf het op te bouwen.'

'Wij zijn betrokken geweest bij het landelijk overleg dat het profiel heeft opgesteld voor bachelor nursing 2020. Dat voeren we vrij loyaal uit. Dat doen we per leerjaar. Voor leerjaar 1 wordt het nu uitgerold, we hebben een onderwijsmodel gekozen dat we systematisch gebruiken. We doen al die dingen in onderwijs aan de hand van concrete casussen zodat je een goede vertaling hebt naar de praktijk.'

'We zijn vorig studiejaar gestart en toen hebben we onder leiding van een projectleider bedacht om studiejaar 1 en 3 te gaan ontwikkelen vanuit het nieuwe opleidingsprofiel. In studiejaar 2017-2018 gaan we dan studiejaar 2 en 4 veranderen. Daarna hebben we dan een volledig vernieuwd curriculum.'

'We gaan met nieuwe beroepsrollen te maken krijgen. We veranderen van de rollen van Pool (5 rollen) naar de KENMED-rollen (7 rollen). Dat maakt dat de hele ruggengraat van ons onderwijsconcept moet veranderen.'

‘Concreet vanuit de onderwijsvisie zie ik voor me dat praktijk en theorie niet meer zo sec gescheiden zijn, maar in elkaar overvloeien. Als studenten in de praktijk bezig zijn, moet ze die casuïstiek meenemen naar de hogeschool, zodat docenten vanuit die casuïstiek kunnen gaan werken.’

‘Organisatorisch biedt het nieuwe curriculum meer integratief onderwijs. Voorheen waren er meer vakken en kleine clusters aan lessen waarin we bepaalde verpleegkundige vaardigheden aanleerden. Dat is nu veel meer geïntegreerd.’

5.2.2 Rol van zelfmanagement in de opleiding BA verpleegkunde

Binnen de nieuwe curricula op de hogescholen speelt zelfmanagement een essentiële rol. Dit komt mede door de maatschappelijke ontwikkeling, waarbij ook de nieuwe definitie van gezondheid belangrijk is. Het uitgangspunt verandert van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Gezond gedrag van cliënten en hun autonomie wordt gestimuleerd in het lesmateriaal. Dit is iets wat ook terug te zien is in de landelijke trend. Het heeft een prominente plek gekregen om het zelfmanagement van patiënten te bevorderen. Preventie en voorlichting zijn hierbij belangrijke onderwerpen. Ook worden studenten steeds meer opgeleid om procesbegeleider te zijn en minder hulpverlener. Een opleiding ziet de nadruk op zelfmanagement niet als iets nieuws in hun curriculum, omdat eerder het begrip autonomie en centraal staan van de patiënt een belangrijke rol heeft ingenomen.

‘Het zelfmanagement zit verweven in allerlei. Er zijn bepaalde onderwijseenheden die er meer nadruk op leggen dan andere. Maar het zit verweven in het totaal. Bijvoorbeeld bij communicatieve vaardigheden zullen we hier veel de nadruk op leggen, daar is het dan iets specifieker aanwezig.’

‘Zelfmanagement moet gestimuleerd worden bij cliënten. Dit zien we ook terug in de landelijke trend. Het heeft een prominente plek om het zelfmanagement van patiënten te bevorderen. En daartoe moeten studenten dus minder hulpverlener worden, maar meer procesbegeleider.’

‘Zelfmanagement en het begrip positieve gezondheid is een belangrijk onderdeel van het curriculum. Het wordt in het eerste jaar gegeven: wat houdt het in en hoe verhoudt het zich tot nieuwe begrip van gezondheid. Dit toetsen de eerstejaars aan ervaringen van patiënten door direct vanaf dag 1 met een buddy-netwerk en ervaringsverhalen van patiënten te werken en op deze ervaringen te reflecteren.’

‘Zelfmanagement heeft een belangrijke rol. Het uitgangspunt verandert van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag, dat is nu een beetje de lijfspreuk. [...] We behandelen wel casuïstiek, maar bekijken daarbij vooral naar wat de mens nog wel kan en wat nog wel goed gaat. [...] We benadrukken het veranderende perspectief heel erg in de casuïstiek. Studenten moeten ook wat opdrachten doen met mensen in hun omgeving om erachter te komen in hoeverre zij zelf regie nemen over hun eigen zorg. Het begrip zelfmanagement plakken we op alle opdrachten.’

‘Als concept is zelfmanagement vrij nieuw, maar vanuit NSM is er altijd al heel erg de nadruk op gelegd. De autonomie van de cliënt stond en staat bij ons heel centraal. Het is onderdeel van een groter geheel van het recht van iemand om zelf te bepalen waar en hoe je zorg wil. Daar gebruiken we dan nu de nieuwe termen bij. De invulling is hier ook wat in mee veranderd. Het verandert mee met de actualiteit.’

5.2.3 Rol van positieve psychologie in BA opleiding verpleegkunde

Positieve psychologie speelt bij de geïnterviewde opleidingen op dit moment geen prominente rol. De curricula hebben geen onderdeel positieve psychologie en behandelen niet expliciet theorieën uit de positieve psychologie. Wel wijzen interviewpartners op het raakvlak van de conceptualisering van positieve gezondheid en positieve psychologie en denken dat positief-psychologische grondslagen impliciet onderdeel zijn van verpleegkunde.

De andere kijk op gezondheid wordt door interviewpartners als een belangrijk bouwsteen in de opleiding beschouwd. Concepten als *self efficacy*, zelfacceptatie, positieve relaties en uitgaan van talenten wordt door interviewpartners als belangrijk genoemd, maar lijkt meer impliciet dan expliciet in de opleiding verweven te zijn. Er wordt opgemerkt dat het in de zorg- en medische context belangrijk is om problemen te erkennen en te herkennen. Ook geven enkele geïnterviewden aan dat positieve psychologie nuttig is in de benadering van studenten en hun professionalisering door te focussen op kansen en ontwikkelingsmogelijkheden. Een interviewpartner kon op de vraag naar positieve psychologie geen antwoord geven omdat deze kennis volgens hem op het niveau van de vakdocenten aanwezig is.

‘Ik denk dat positieve psychologie an sich als theorie minder prominent aanwezig is. In onze begeleidingslijn waarin we kijken naar professionele identiteit, wordt vooral gekeken naar wat kan je al wel, en op welke manier kan je je verder ontwikkelen. Daar zit vooral het stukje waardering daarvan in. Denk dat het veel meer een uitgangspunt is dat in contact met studenten terug gaat komen dan dat het echt een theorie is die uitgelegd gaat worden.’

‘Ik ben een voorstander van positieve psychologie, maar op een keer moeten we ook erkennen en herkennen dat er een probleem is en dat iets niet kan. Er zitten wat mij betreft grenzen aan. Met een zekere nuchterheid kijken naar positieve psychologie en dat als een soort grondslag gebruiken in ons curriculum; zo kan ik het samenvatten.’

‘Onderwerpen zoals veerkracht komen absoluut wel terug. Maar ik geloof niet dat we erg duidelijk gebruikmaken van de ‘klassieke’ positieve psychologie, zoals die wordt beschreven. De reden daarvoor is dat er veel positieve psychologie zit in gewoon de standaardverpleegkundige dingen. En positieve psychologie is lang niet altijd te vertalen naar de medische setting.

‘Dit speelt een niet bewuste, maar kleine rol. Het was niet een heel bewuste keuze om positieve psychologie in te zetten in relatie tot zelfmanagement, maar het zit er wel in. Termen als motivatiebenadering, coping, *self efficacy*, engagement, doelgerichtheid, zelfacceptatie en positieve relaties gebruiken we allemaal. [...] Psychologie an sich, niet specifiek de positieve psychologie, heeft een veel groter aandeel gekregen in het nieuwe curriculum.’

5.2.4 Rol van zelfmanagement en positieve psychologie in curricula Fysiotherapie en Maatschappelijk Werk

Door de veranderingen in de verpleegkunde opleidingen en het initiatief BN2020 werd voor de beantwoording van deze onderzoeksvraag met name op de opleiding verpleegkunde gefocust. Om de resultaten te kunnen vergelijken met curricula voor andere zorgprofessionals zijn twee interviews gehouden bij opleidingen *Social work* en Fysiotherapie van Saxion die hieronder kort worden samengevat en vergeleken worden met Hbo-opleidingen voor verpleegkunde.

Wij zien dat ook de curricula van andere opleidingen voor zorgprofessionals in verandering zijn door nieuwe politieke visies op zorg en welzijn en teruglopende middelen. Hier wordt met name genoemd dat de zorgprofessional meer gericht zal zijn op ‘zorgen dat’ in plaats van ‘zorgen voor’. Curriculaveranderingen beogen studenten goed voor te bereiden op deze nieuwe professionele rollen.

Bij de geïnterviewde opleiding social work loopt de herstelbenadering als rode draad door het curriculum waarbij er aandacht is voor de mens als geheel en niet alleen aandacht is voor klinisch herstel maar ook voor maatschappelijk herstel, rolherstel en herstel gericht op zingeving en betekenisgeving. Zelfmanagement is hier een onderdeel van waarbij er aandacht is voor zelfregie vanuit de cliënt en zijn naasten. Kennis en vaardigheden om flexibel en ondernemend binnen het domein zorg en welzijn aan de slag te kunnen met aandacht voor de eigen kracht en zelfregie van de cliënt, de burger zijn van groot belang in de opleiding social work. Positieve psychologie wordt als

aanvulling op herstelgericht werken beschouwd, maar heeft op dit moment een eerder kleine rol in het curriculum.

Bij de geïnterviewde opleiding fysiotherapie is in de afgelopen jaren de rol van zelfmanagement sterk gegroeid en neemt volgens de interviewpartners nu een essentiële rol in bij de opleiding. Het leerdoel voor zelfmanagement wordt als volgt geformuleerd: 'Een student is in staat de groeimogelijkheden van de patiënt met betrekking tot zelfmanagement te herkennen, benutten en stimuleren.'

De interviewpartners geven aan dat positief-psychologische benaderingen een grote rol spelen bij de opleiding fysiotherapie en refereren expliciet aan *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) en *Motivational Interviewing* als belangrijke bouwstenen. Deze worden gecombineerd met klassieke therapeutische benaderingen als cognitieve gedragstherapie en *Solution Focused Approach*.

5.3 Samenvatting en conclusies

De benadering van de positieve psychologie is op dit moment nauwelijks expliciet opgenomen in het curriculum van de verpleegkunde-opleidingen. Dit is ook het geval bij maatschappelijk werk. Vanuit de opleiding fysiotherapie worden meer positief-psychologische aandelen gerapporteerd. Bij verpleegkunde en ook bij andere opleidingen voor zorgprofessionals zien we grote curriculumveranderingen die geïnspireerd zijn door de veranderende kijk op gezondheid en toekomstige zorgvragen in combinatie met beschikbare personele en economische resources.

Hierdoor verandert het profiel voor zorgprofessionals drastisch. Zelfmanagement van patiënten en cliënten speelt in deze veranderingen een belangrijke rol en wordt ook zodanig geadresseerd in de nieuwe opleidingen. Hoewel op basis van deze focus meerdere concepten genoemd worden die in lijn zijn met, en kunnen worden ondersteund door positieve psychologie, is kennis over de positieve psychologie nog niet opgenomen in het denken over zelfmanagement.

We kwamen in de interviews ook misvattingen over positieve psychologie tegen in de vorm van het idee dat erkennen en herkennen van problemen geen onderdeel kan zijn van een positief-psychologische benadering. Het is echter niet het doel van de positieve psychologie om eenzijdig aandacht te besteden aan positieve aspecten en om de negatieve aspecten te negeren. Het streven is juist om een beter evenwicht te brengen tussen klacht- en krachtgerichte benaderingen. Om de resources van zorgvragers te stimuleren en bruikbaar te maken voor zelfmanagement gericht op goed emotioneel, lichamelijk en sociaal functioneren met een chronische aandoening, zijn theoretische onderbouwingen, kennis en vaardigheden nodig die het veld van de positieve psychologie in toenemende mate kan leveren.

Hier kunnen de conclusies uit dit rapport, namelijk dat bijna alle geïnccludeerde positieve componenten effectief bij kunnen dragen aan zelfmanagement en adaptatietaken bij mensen met chronische aandoeningen, een stevige basis bieden. Deze expertise kan de CanMEDS-rollen van zorgverlener, communicator, samenwerkingspartner en gezondheidsbevorderaar verder invullen en verrijken.

Opleidingen verpleegkunde noemen wel zelf dat de positief-psychologische benadering mogelijk impliciet in de manier zit hoe zij studenten benaderen en begeleiden. Gebruik van kennis en methoden uit de sterke kantenaanpak zou bijvoorbeeld als expliciet begeleidingsmodel voor opleidingen verpleegkunde een toegevoegde waarde kunnen hebben. De toepassing van deze aanpak laat in de context van werk en onderwijs goede resultaten zien (Hiemstra & Bohlmeijer, 2013; Bergsma & Schaufeli, 2013). Werken in de zorg vraagt veel van mentale vermogens en eist sterke sociale, emotionele en cognitieve vaardigheden om proactief en zelf voortdurend lerend te blijven. Met name de CanMEDS-rollen van reflectieve evidence based professional en leiderschap tonende professional kunnen van positief-psychologische benaderingen profiteren.

Onze conclusies 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 hier zo homogeen dat we vermoeden dat ook andere Hbo-opleidingen hierop zouden kunnen lijken.

Dit rapport in zijn geheel laat de mogelijkheden voor de inzet van positieve psychologie in zelfmanagement bij chronische aandoeningen zien en legt daarmee ook de basis voor positieve psychologie in opleidingscurricula van zorgprofessionals. Het gaat dan om het volgende.

- Integratie van expertise en algemene uitgangspunten positieve psychologie in zelfmanagement bij chronische aandoeningen en positieve gezondheid in curricula voor zorgprofessionals door uitbreiding theoretische kennis over en interventievaardigheden voor zelfmanagement. Met als uiteindelijk doel het emotioneel, psychologisch of sociaal welbevinden van mensen met een chronische aandoening te verhogen en ook in deze groep mogelijkheden voor persoonlijke groei te laten ontstaan.
- Positief-psychologische benaderingen gebruiken om het opleidingstraject en professionaliseringstraject van zorgprofessionals te ondersteunen.

6 Conclusie en aanbevelingen

In dit rapport staat de vraag centraal wat de positieve psychologie kan betekenen voor zelfmanagement van chronische lichamelijke aandoeningen. De opdrachtgever ZonMw formuleerde de volgende vragen als leidraad voor dit rapport.

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

Om deze vragen te beantwoorden hebben we enkele grote reviews uitgevoerd. We beschrijven nu eerst de antwoorden op bovenstaande vragen op basis van de resultaten van de verschillende reviews en interviews.

In de tweede paragraaf formuleren we enkele aanbevelingen voor verdere toepassing bij en onderzoek naar zelfmanagement op basis van positieve psychologie.

6.1 Conclusies

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

In hoofdstuk 2 beschreven we de stand van zaken van de wetenschappelijke kennis over de positieve psychologie op basis van bestaande systematische reviews en meta-analyses. Er werden 10 componenten van welbevinden onderscheiden: 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 het algemeen positieve conclusie. Voor alle componenten, uitgezonderd positieve relaties en sterke kanten, bestaat een wisselende *hoeveelheid*, maar in het algemeen significant en positief bewijs voor hun samenhang met verschillende vormen van gezondheid en welbevinden, 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 geïnccludeerde 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 geïnccludeerde 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 in hoofdstuk 2 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. Bewijs voor *Compassion Focused Therapy* (CFT) is positief, maar onderzoek naar deze therapie staat nog in de kinderschoenen.

Al met al kan geconcludeerd worden dat het grootste deel van de geïnccludeerde positief-psychologische componenten (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.

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

In hoofdstuk 3 gaven we antwoord op de vraag welke kennis aanwezig is over positief-psychologische toepassingen bij mensen met chronische, lichamelijke ziektes. Opnieuw zochten we 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. Uitkomsten waar de interventies zich op richten zijn (componenten van welbevinden) en ook andere adaptieve taken, zoals fysiek functioneren en leefstijlfactoren. 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.

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

In hoofdstuk 4 onderzochten we de vraag in welke mate zelfmanagementinterventies in Nederland al positief-psychologische componenten bevatten. 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.

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

In hoofdstuk 5 gingen we in op de vraag in welke mate in de opleidingen van relevante zorgprofessionals al aandacht wordt besteed aan positieve psychologie en zelfmanagement. Al snel 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.

Conclusie: toegevoegde waarde?

Wanneer we ingaan op de vraag of de positieve psychologie een toegevoegde waarde voor zelfmanagementinterventies kan hebben, is de definitie van zelfmanagement van

belang. In hoofdstuk 1 bespraken we 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 *zinggeving 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, zinggeving 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 dat we in hoofdstuk 3 beschreven, bevestigt dit. De meeste studies die we konden includeren richten zich op uitkomsten die met verwerking van de ziekte en zinggeving 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 geïnccludeerde 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 (WGO) 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.' (WGO, 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.

6.2 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 centraal beschouwd worden door groeiende empirische evidentie aan centraliteit 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 (hoofdstuk 4) 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.

6.3 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.

7 Bijlagen

7.1 Bijlage zoekstrings en flowchart-informatie hoofdstuk 2

Gebruikte zoekstrings per component en flowchart-informatie

POSITIEVE EMOTIES

TITLE-ABS-KEY(("positive emotions" OR "positive affect") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 222

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 148

Na titelselectie: 21

Na abstractselectie: 7

Na fulltekstselectie: 5

COMPASSIE

TITLE-ABS-KEY ("compassion" OR "self-compassion") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 97

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 59

Na titelselectie: 15

Na abstractselectie: 11

Na fulltekstselectie: 8

PSYCHOLOGISCHE FLEXIBILITEIT

TITLE(("psychological flexibility" OR "experiential avoidance" OR "acceptance") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassen zoekstring: 119

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 69

Na titelselectie: 13

Na abstractselectie: 13

Na fulltekstselectie: 10

ZELFDETERMINATIE

TITLE-ABS-KEY ("self-determination") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 152

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 113

Na titelselectie: 13

Na abstractselectie: 5

Na fulltekstselectie: 5

STERKE KANTEN

TITLE(("strength*") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 430

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 258

Na titelselectie: 2

Na abstractselectie: 1

Na fulltekstselectie: 1

PERSOONLIJKE DOELEN

TITLE (("goals" OR "personal projects" OR "life goals" OR "life-goals") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 94

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 73

Na titelselectie: 10

Na abstractselectie: 8

Na fulltekstselectie: 2

ZINGEVING

TITLE (("personal meaning" OR "meaning" OR "life meaning" OR "meaning in life") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 37

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 23

Na titelselectie: 9

Na abstractselectie: 6

Na fulltekstselectie: 3

OPTIMISME

TITLE-ABS-KEY ("optimism") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 325

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 222

Na titelselectie: 27

Na abstractselectie: 19

Na fulltekstselectie: 9

HOOP

TITLE(("hope") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 37

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 22

Na titelselectie: 5

Na abstractselectie: 5

Na fulltekstselectie: 2

POSITIEVE RELATIES

TITLE(("positive relation*" OR "social support" OR "social relation*") AND ("meta-analysis" OR "systematic review")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 120

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 62

Na titelselectie: 14

Na abstractselectie: 10

Na fulltekstselectie: 3

7.2 Bijlage zoekstrings en flowchart-informatie hoofdstuk 3

Gebruikte zoekstrings per component en flowchart-informatie

ZELFDETERMINATIE (brede selectie)

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases*" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases*" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND ("self-determination") AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*" OR "controlled" OR "quasi-experimental" OR "proof-of-concept" OR "feasibility" OR "pilot")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 239

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 145

Na titelselectie: 23

Na abstractselectie: 6

Na fulltekstselectie: 5

PERSOONLIJKE DOELEN (strikte selectie)

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases*" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases*" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND ("personal projects" OR "life goals" OR "life-goals" OR "personal strivings" OR "life tasks" OR "goal setting" OR "goal pursuit" OR "goal achievement") AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 521

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 311

Na titelselectie: 67

Na abstractselectie: 36

Na fulltekstselectie: 6

PSYCHOLOGISCHE FLEXIBILITEIT (strikte selectie)

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases*" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases*" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND ("psychological flexibility" OR "experiential avoidance" OR "acceptance") AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassen zoekstring: 4029

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 2663

Na titelselectie: 149

Na abstractselectie: 65

Na fulltekstselectie: 10

COMPASSIE (brede selectie)

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases*" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases*" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND ("compassion" OR "self-compassion" OR "compassionate") AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*" OR "controlled" OR "quasi-experimental" OR "proof-of-concept" OR "feasibility" OR "pilot" OR "experimental" OR "manipulation")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 574

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 436

Na titelselectie: 23

Na abstractselectie: 16

Na fulltekstselectie: 4

POSITIEVE EMOTIES (strikte selectie)

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases*" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases*" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND ("positive emotions" OR "positive affect" OR "happiness" OR "happy" OR "positive mood*" OR "life satisfaction" OR "life-satisfaction" OR "emotional well-being" OR "emotional wellbeing" OR "subjective well-being" OR "subjective wellbeing") AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 1169

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 726

Na titelselectie: 41

Na abstractselectie: 30

Na fulltekstselectie: 4

ZINGEVING (strikte selectie)

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases*" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases*" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND ("personal meaning" OR "meaning" OR "meaning in life" OR "life meaning") AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 767

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 552

Na titelselectie: 51

Na abstractselectie: 22

Na fulltekstselectie: 8

HOOP (strikte selectie)

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND (hope) AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 1714

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 1417

Na titelselectie: 102

Na abstractselectie: 24

Na fulltekstselectie: 2

OPTIMISME (brede selectie)

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND (optimism) AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*" OR "controlled" OR "quasi-experimental" OR "proof-of-concept" OR "feasibility" OR "pilot")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 889

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 657

Na titelselectie: 35

Na abstractselectie: 15

Na fulltekstselectie: 3

STERKE KANTEN (brede selectie)

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND ("strengths-based*" OR "strengths-approach*" OR "personal strength*" OR "character strength*" OR "human strength*" OR "virtue-based") AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*" OR "controlled" OR "proof-of-concept" OR "feasibility" OR "pilot" OR "quasi-experiment" OR "experiment" OR "manip*")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 80

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 54

Na titelselectie: 14

Na abstractselectie: 6

Na fulltekstselectie: 0

POSITIEVE RELATIES (strikte selectie)

TITLE-ABS-KEY(("chronic illness" OR "chronic diseases*" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases*" OR "heart failure" OR asthma OR copd OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND ("positive relation*" OR "social relation*" OR "interpersonal relation*" OR "capitalization" OR "relation* commitment" OR "relation* flourishing*" OR "relation* forgiveness" OR "intimate relation*" OR "dyadic coping" OR intimacy) AND ("randomized controlled trial" OR "RCT" OR "random*")) AND PUBYEAR > 1999

Papers na toepassing zoekstring: 704

Na automatische en manuele controle op duplicaten: 617

Na titelselectie: 78

Na abstractselectie: 34

Na fulltekstselectie: 8

7.3 Bijlage gebruikte zoektermen voor zelfmanagement databases hoofdstuk 4

Nederlandse interventiedatabases		
Naam	Link naar database	Zoektermen
RIVM Centrum voor Gezond Leven	https://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/zoeken-in-i-database/	zelfmanagement, chronisch, empowerment, diabetes, osteo, hart, COPD, HIV, aids, reuma, pijn, astma, kanker, beroerte, epilepsie
Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen	http://www.nisb.nl/doen/interventies.html	zelfmanagement, chronisch, empowerment, diabetes, osteo, hart, COPD, HIV, aids, reuma, pijn, astma, kanker, beroerte, epilepsie
Zelfmanagement.com	http://www.zelfmanagement.com/toolbox/overzicht/	Alle interventies bekeken
MOVISIE	https://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies	Alle interventies bekeken
Vilans	http://www.vilans.nl/databank-interventies.html	Alle interventies bekeken
Trimbos	https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies	Alle interventies bekeken
Divosa	http://www.interventiesnaarwerk.nl/	Alle interventies bekeken
Wetenschappelijke databases		
Naam	Link naar database	Zoekstring
Scopus	https://www.scopus.com/	((("chronic illness" OR "chronic diseases*" OR osteoarthritis OR osteoporosis OR arthritis OR rheum* OR "chronic pain" OR diabetes OR "coronary heart diseases*" OR "heart failure" OR asthma OR COPD OR stroke OR cancer OR epilepsy OR HIV OR aids) AND ("self management intervention*" OR "self-management intervention*")) AND PUBYEAR > 1999 AND (LIMIT- TO(AFFILCOUNTRY,"Netherlands"))

7.4 Bijlage Zelfmanagementprogramma's in Nederland voor de meest voorkomende chronische lichamelijke ziektes

Naam	Ontwikkelaar	Chronische ziekte
ActiefMET Leefstijl	Sense Aware	Diversen
AdemDeBaas	Onduidelijk	COPD
Adherence Improving self-Management Strategy (AIMS)	UvA; Universiteit van Aberdeen	HIV-patiënten
Als Botten en Spieren Protesteren	Zorggroep Oude en Nieuwe Land	Chronische pijnpatiënten
Als je niet meer beter wordt	Second Chance Foundation	Kanker
Artrose in Beweging: Join2Move	NIVEL	Chronische pijnpatiënten
Basiscursus 'Leven met Diabetes'	Diabetesvereniging Nederland	Diabetes
Beweegkuur	Kenniscentrum Sport	Diabetes
Beyond Good Intentions (+ booster sessies)	Universiteit Utrecht	Diabetes
Breast Cancer E-Health (BREATH)	Radboud UMC	Kanker
Chronic Disease Self-Management Programme (CDSMP)	Maastricht UMC	Diversen
COACH- methode	Centrum voor Beweging en Onderzoek	Diversen
Confidence In Diabetes Self-Care	VUmc	Diabetes
COPE-active	MST	COPD
Curavista Health ('Mijn X Online'-software)	Curavista	Diversen
De Lastmeter	Integraal Kankercentrum Nederland	Kanker
DELTA studie/programma: Zelfmanagement ondersteuning bij chronisch zieken met depressie	Universiteit Maastricht	Diabetes en COPD
Diabc	Diabetesvereniging Nederland	Diabetes
Diabetes Interactief Educatie Programma (DIEP)	Stichting DIEP	Diabetes
Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES)	Hogeschool Inholland	Diabetes
Diabetes Trefpunt	Diabetesvereniging Nederland	Diabetes
Diabetes Zorgwijzers	Diabetesvereniging Nederland en Nederlandse Diabetes Federatie	Diabetes
Diabeteslijn	Diabetesvereniging Nederland	Diabetes
Diabetesrevalidatieprogramma (= Multidisciplinary Intensive Education Program (MIEP; Keers et al. (2004)?	UMC Groningen	Diabetes
Diabeteswiki	Diabetesvereniging Nederland	Diabetes
Dieetinzicht	Bonsato	Diversen
Digitaal logboek bij diabetes	Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement	Diabetes
Digitaal patiëntenportaal 'Mijn UMC Utrecht'	UMC Utrecht afdeling Reumatologie & Klinische Immunologie	Reuma
Eindhoven Diabetes Education Simulator (E-DES)	De TU/e en het Máxima Medisch Centrum	Diabetes
e-Vita	Stichting Zorg Binnen Bereik	Diabetes, COPD & hart- en vaatziekten
Fit Plus	UMC Groningen	Hart- en vaatziekten
Gezond leven met diabetes	TSN Groningen	Diabetes

Naam	Ontwikkelaar	Chronische ziekte
De Gezondheidsroute	The Eight Group	Diversen
Grip & Glans	UMCG/Gezondheidswetenschappen	Diversen
Handreiking Ethische dilemma's bij zelfmanagement	Hogeschool Rotterdam en Erasmus Universiteit Rotterdam	Diversen
Individueel Zorgplan Diabetes	Diabetesvereniging Nederland, Vilans, Nationaal Actieprogramma Diabetes en Nederlandse Diabetes Federatie	Diabetes
Individueel Zorgplan Hartfalen	Hart & Vaatgroep	Hart- en vaatziekten
Individueel Zorgplan Vitale Vaten	Platform Vitale Vaten	Hart- en vaatziekten
Individuele Rehabilitatie Benadering	Stichting Rehabilitatie '92	Diversen
Informatiemarkten Leefstijl	ZorgBalans	Diversen
INTERdisciplinary COMMunity-based COPD management programme (INTERCOM)	Maastricht UMC, Erasmus MC & Maxima Medisch Centrum	COPD
IVN Biowalking	Stichting IVN	Diversen
Kanker in beeld	Stichting Kanker in Beeld	Kanker
Kankerwielhelpt.nl	Integraal Kankercentrum Nederland	Kanker
Keuzehulp Borstkanker	Onduidelijk	Kanker
Keuzehulp Osteoporose	Osteoporose Vereniging	Osteoporose
Kookworkshops	Hart & Vaatgroep	Hart- en vaatziekten
Living well with COPD (Beter Leven met COPD)	Radboud UMC	COPD
Mijn Esperanz	Esperanz	Kanker
Mijn Zorgpagina	Diversen	Diversen
Minder Moe bij Kanker (3.0)	Helen Dowling Instituut	Kanker
Naam onbekend, interventie afkomstig uit artikel Zwerink et al. (2016)	MST	COPD
Naam onbekend, interventie afkomstig uit artikel De Jong et al. (2016)	UMC Utrecht	Diversen
Naam onbekend, interventie afkomstig uit artikel Bruggink et al. (2007)	Deventer Ziekenhuis en Medisch Centrum Alkmaar	Hart- en vaatziekten
Naam onbekend in artikel, Jaarsma et al. (1999 en 2008) COACH: Een voorlichtings- en begeleidingsprogramma voor patiënten met chronisch hartfalen	Maastricht UMC	Hart- en vaatziekten
Naam onbekend, interventie afkomstig uit artikel Van Der Meer et al. (2009)	Leids UMC	Astma
Naam onbekend, interventie afkomstig uit artikel Van der Wulp et al. (2012)	UMC Utrecht	Diabetes
Naam onbekend, interventie afkomstig uit artikel Stukstette et al. (2011)	Sint Maartenskliniek Nijmegen	Osteoarthritis
Naam onbekend in artikel, VIP: Vaatwijzer in patiëntenzorg (Sol et al., 2010)	UMC Utrecht	Vaatziekten
Naam onbekend in artikel, Kortdurende interventie voor patiënten met chronische aandoeningen (Schreurs et al., 2003)	Universiteit Utrecht	Astma en Diabetes
Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI)	Jan Vercoulen, Erik Bischoff en Yvonne Heijdra	COPD
Omgaan met benauwdheid	Omring	COPD
OncoKompas 2.0	VUMC	Kanker

Naam	Ontwikkelaar	Chronische ziekte
Patiënt Activation Measure (PAM)	J. Rademakers, J. Nijman, L. van der Hoek, L.M. Heijmans en M. Rijke	Diversen
Patient Assisting Net-based Diabetes Insulin Titration (PANDIT)	AMC Amsterdam	Diabetes
Patiëntenkaart samen een zorgplan maken bij een chronische ziekte	Patiëntenfederatie NPCF samen met patiëntenorganisaties	Diversen
Patiëntenkaart zelfmanagement voor mensen met een chronische aandoening	Patiëntenfederatie NPCF samen met patiëntenorganisaties	Diversen
Plan Ahead	Restore4Stroke	Beroerte
PRo-actieve Interdisciplinaire Self-MANagement groepseducatie (PRISMA)	VUMC afdeling Medische Psychologie	Diabetes
Problem Areas In Diabetes (PAID) vragenlijst Nederlandse versie	VUmc	Diabetes
Samen Sterk met Suiker (Powerful Together with Diabetes)	Academisch Medisch Centrum	Diabetes
Samenwerken aan Gezondheid (Partners in Health Scale; PiH-NL)	Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement	Diversen
Self-Mangement Screening (SeMaS)	De Ondernemende Huisarts in samenwerking met andere partners	Diversen
Sport- en beweegactiviteiten	Hart & Vaatgroep	Hart- en vaatziekten
Stand still..., and move on	Adelante Revalidatiecentrum	Hart- en vaatziekten
Suiker in eigen hand	Pharos	Diabetes
The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA)	Joost Keers	Diabetes
Training Gezond leven voor hart- en longpatiënten	UMC Utrecht	Hart- en longpatiënten
Van Patiënt naar Sporter	Sport Expertise Centrum	Diabetes
Verbeterde zelfzorg in de thuissituatie voor allochtonen met diabetes type 2	GGD Hart voor Brabant	Diabetes
Voel je beter met diabetes	Indigo Haaglanden	Diabetes
Wetenschap over kanker	Integraal Kankercentrum Nederland	Kanker
Wijkverpleegkundige huisbezoeken cva/nah (niet-aangeboren hersenletsel) en chronisch hartfalen	Zorggroep Oude en Nieuwe Land	Hart- en vaatziekten
Zelfmanagement training voor werknemers met een chronische aandoening	Hogeschool Arnhem Nijmegen	Diversen

7.5 Bijlage complexiteitscores van geselecteerde interventies

Naam interventie	Passief of actief?	Tool of interventie?	Duur	Breedte	Interactie met het sociale netwerk	Som score
ActiefMET Leefstijl	1	0	1	0	0	2
AdemDeBaas	1	1	1	0	1	4
Adherence Improving self-Management Strategy (AIMS)	1	1	1	0	1	4
Als Botten en Spieren Protesteren	1	1	1	0	1	4
Als je niet meer beter wordt	0	0	0	0	0	0
Artrose in Beweging: Join2Move	1	1	1	1	1	5
Beweegkuur	1	1	1	0	1	4
Beyond Good Intentions (+ booster sessies)	1	1	1	0	1	4
Breast Cancer E-Health (BREATH)	1	1	1	1	1	5
Chronic Disease Self-Management Programme (CDSMP)	1	1	1	0	1	4
COACH-methode	1	1	1	0	1	4
COPE-active	1	1	1	0	1	4
Curavista Health ('Mijn X Online'-software)	1	0	1	0	1	3
De Lastmeter	1	0	0	0	1	2
DELTA studie/programma: Zelfmanagement ondersteuning bij chronisch zieken met depressie	1	1	1	1	1	5
Diabc	0	0	0	0	0	0
Diabetes Interactief Educatie Programma (DIEP)	0	0	0	0	0	0
Diabetes Trefpunt	1	0	0	0	1	1
Diabeteslijn	0	0	0	0	1	1
Diabetesrevalidatieprogramma	1	1	1	Onduidelijk	1	4*
Diabeteswiki	0	0	0	0	0	0
Dieetinzicht	1	0	1	0	0	2
Digitaal logboek bij diabetes	1	0	1	0	1	3
Digitaal patiëntenportaal 'Mijn UMC Utrecht'	1	0	1	0	1	3
Eindhoven Diabetes Education Simulator (E-DES)	0	0	0	0	0	0
e-Vita	1	0	1	0	1	3
Fit Plus	1	1	1	0	1	4
Gezond leven met diabetes	1	1	1	Onduidelijk	1	4*
De Gezondheidsroute	1	1	1	1	1	5

Naam interventie	Passief of actief?	Tool of interventie?	Duur	Breedte	Interactie met het sociale netwerk	Som score
Grip & Glans						**
Individueel Zorgplan Hartfalen	1	0	1	0	1	3
Individueel Zorgplan Vitale Vaten	1	0	1	0	1	3
Individuele Rehabilitatie Benadering						**
Informatiemarkten Leefstijl	0	0	0	0	0	0
INTERdisciplinary COMMunity-based COPD management programme (INTERCOM)	1	1	1	0	1	4
IVN Biowalking	1	1	?	0	1	3
Kanker in beeld	1	1	1	0	1	4
Kankerwiehelpt.nl	0	0	0	0	0	0
Keuzehulp Borstkanker	0	0	0	0	1	1
Keuzehulp Osteoporose	0	0	0	0	1	1
Kookworkshops	1	0	0	0	1	2
Living well with COPD (Beter Leven met COPD)	1	1	1	1	1	5
Mijn Esperanz	1	0	1	0	1	3
Mijn Zorgpagina	1	0	0	0	0	1
Minder Moe bij Kanker	1	1	1	1	1	5
Naam onbekend; interventie uit artikel Bruggink et al. (2007)	1	1	1	0	1	4
Naam onbekend; interventie uit artikel De Jong et al. (2016)	0	0	0	0	0	0
Naam onbekend in artikel Jaarsma et al. (1999 & 2008) COACH: Een voorlichtings- en begeleidingsprogramma voor patiënten met chronisch hartfalen	1	1	1	1	1	5
Naam onbekend in artikel Kortdurende interventie voor patiënten met chronische aandoeningen (Schreurs et al., 2003)	1	1	1	1	1	5
Naam onbekend in artikel VIP: Vaatwijzer in patiëntenzorg (Sol, et al., 2010)	1	1	1	1	1	5
Naam onbekend; interventie uit artikel Stukstette et al. (2011)	1	1	1	0	1	4
Naam onbekend; interventie uit artikel Van Der Meer et al. (2009)	1	1	1	0	1	4
Naam onbekend; interventie uit artikel Van der Wulp et al. (2012)	1	1	1	0	1	4

Naam interventie	Passief of actief?	Tool of interventie?	Duur	Breedte	Interactie met het sociale netwerk	Som score
Naam onbekend; interventie uit artikel Zwerink et al. (2016)	1	1	1	0	1	4
Omgaan met benauwdheid	1	1	Onduidelijk	0	1	3
OncoKompas 2.0	0	0	0	0	0	0
Patient Assisting Net-based Diabetes Insulin Titration (PANDIT)	1	0	1	0	0	2
Plan Ahead	1	1	1	1	1	5
PRO-actieve Interdisciplinaire Self-MAnagement groepseducatie (PRISMA)	1	1	1	1	1	5
Samen Sterk met Suiker (Powerful Together with Diabetes)	1	1	1	Onduidelijk	1	4*
Samenwerken aan Gezondheid (Partners in Health Scale; PiH-NL)	1	0	0	0	1	2
Sport- en beweegactiviteiten	1	1	1	0	1	4
Stand still..., and move on	1	1	1	1	1	5
Suiker in eigen hand	0	0	0	0	1	1
Training Gezond leven voor hart- en longpatiënten	1	1	1	1	1	5
Van Patiënt naar Sporter	1	1	1	0	1	4
Verbeterde zelfzorg in de thuissituatie voor allochtonen met diabetes type 2	1	1	1	0	1	4
Voel je beter met diabetes	1	1	1	1	1	5
Wetenschap over kanker	0	0	0	0	0	0
Wijkverpleegkundige huisbezoeken cva/nah (niet-aangeboren hersenletsel) en chronisch hartfalen	0	0	0	0	1	1
Zelfmanagement training voor werknemers met een chronische aandoening	1	1	1	1	1	5
Basiscursus 'Leven met Diabetes'	1	1	1	0	1	4
Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES)	0	0	0	0	1	1
Individueel Zorgplan Diabetes	1	1	1	0	1	4
Patiëntenkaart zelfmanagement voor mensen met een chronische aandoening	0	0	0	0	0	0
Problem Areas In Diabetes (PAID) vragenlijst Nederlandse versie	0	0	0	0	1	1
Patiëntenkaart samen een zorgplan maken bij een chronische ziekte	0	0	0	0	0	0
Patiënt Activation Measure (PAM)	0	0	0	0	1	1
Self-Mangement Screening (SeMaS)	0	0	0	0	1	1
The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA)	0	0	0	0	1	1

Naam interventie	Passief of actief?	Tool of interventie?	Duur	Breedte	Interactie met het sociale netwerk	Som score
Confidence In Diabetes Self-Care	0	0	0	0	1	1
Diabetes Zorgwijzers	0	0	0	0	1	1
Nijmegen Clinical Screening Instrument (NCSI)	0	0	0	0	1	1

* = lagere score in verband met onduidelijkheid over het aantal zelfmanagement taken waar aan gewerkt wordt of uit hoeveel sessies de cursus bestaat, contactpersoon was niet beschikbaar voor navraag.

** = exclusie omdat de interventie niet exclusief gericht is op chronisch zieke patiënten.

7.6 Bijlage Compendium oefeningen positieve psychologie

Positief-psychologische component	Methoden en oefeningen
Positieve emoties	Positief tijdreizen Positief tijdreizen is het vermogen om terug te denken aan positieve gebeurtenissen in het verleden of te anticiperen op positieve gebeurtenissen in de toekomst. Drie goede dingen oefening Een week lang 's avonds 3 dingen opschrijven die op deze dag goed zijn gegaan en je afvragen wat jouw aandeel in die positieve ervaring was. Intense positieve ervaring Gedurende 3 dagen 20 minuten schrijven over een intens gelukkige ervaring. Deze moet op detailniveau worden beschreven, waarbij de gedachten en gevoelens die op het moment van de ervaring aanwezig waren ook aan bod komen. Stilstaan bij de laatste keer dat je een positieve emotie ervaarde en deze opnieuw beleven Uitgebreid vertellen over positieve ervaringen aan anderen Toekomstbrief Dankbaarheid Dankbaarheid kan worden gezien als deel van een bredere leeforiëntatie gericht op het opmerken en waarderen van het positieve in de wereld. Het opschrijven van aspecten van je leven en ervaringen waarvoor je dankbaar bent Mindfulness Bewust in het hier en nu aanwezig zijn, met aandacht, openheid en zonder te oordelen Mindfulness Based Stress Reduction Mindfulness Based Cognitive Therapy De bodyscan Vriendelijkheid Loving-Kindness Meditation De aandacht richten op de hartstreek en iemand in gedachten nemen waarvan je houdt. Vervolgens de aandacht uitbreiden naar jezelf en anderen. Eén keer per week iets vriendelijks doen voor een ander

Compassie	Het vermogen om ons betrokken te voelen bij pijn en lijden, zowel van onszelf als van anderen. Het gaat gepaard met de wens en de motivatie om deze pijn en dit leiden te verlichten. Mindfulness Based Compassionate Living (Compassietraining) Uitleg over de drie emotieregulatiesystemen (gevaar-, jaag- en zorgsysteem). Mindfulnessoefeningen met extra aandacht voor de compassievolle houding. Het voorstellen van een veilige plek Het voorstellen van een compassionele metgezel Compassievol omgaan met weerstand (gevaarsysteem) Compassievol omgaan met verlangen (jaagsysteem) Jezelf (en later anderen) veiligheid, gezondheid, geluk en vrede toewensen Ademruimte met compassie Zelfcompassiemantra bij moeilijke situatie De hand op het hart plaatsen en uitspreken: Dit is een moment van lijden', 'lijden hoort bij het leven', 'moge ik nu mild zijn voor mezelf'. Het compassievol verkennen van innerlijke patronen (schema's) Er wordt stilgestaan bij de uitingsvormen van de innerlijke pestkop en de functie van de emoties schaamte en schuld. In hoeverre herkent men zich in oude, onaangepaste schema's uit de schematherapie? Deelnemers leren dat dergelijke patronen geen feiten zijn, maar mentale constructies die niet bestreden hoeven te worden, maar compassievol opgemerkt kunnen worden als overlevingsstrategieën die ooit misschien nuttig waren, maar nu niet meer gevolgd hoeven te worden. Compassionele brief Vanuit compassiemodus een brief schrijven aan jezelf (of een ander) Compassioneel ademen Je voorstellen dat je de pijn van jezelf of een ander inademt en letterlijk laat transformeren tot een heilzame kwaliteit die je weer uitademt. Aandacht voor de vier levensvrienden (liefdevolle vriendelijkheid, mededogen, (mede)vreugde en gelijkmoedigheid). Stilstaan bij momenten van vreugde en dankbaarheid
Psychologische flexibiliteit	Psychologische flexibiliteit is het centrale proces binnen ACT. Het wordt omschreven als de capaciteit om effectief en in overeenstemming met intrinsiek motiverende waarden en doelen te handelen, ondanks de aanwezigheid van negatieve ervaringen. Hiervoor wordt binnen ACT

	gebruikgemaakt van mindfulness en acceptatieprocessen, gecombineerd met processen die gericht zijn op het identificeren van waarden en het veranderen van gedrag. Ervaringsgerichte oefeningen en het gebruik van metaforen zijn belangrijke onderdelen uit de therapie, die de overweldigende invloed van verbaal gedrag kunnen verkleinen. De zes aan elkaar gerelateerde therapeutische processen die deel uit maken van psychologische flexibiliteit zijn weergegeven in het hexaflex model: 1. Acceptatie Dit is het alternatief voor experiëntiële vermijding en heeft betrekking op een open en opmerkzame houding. Acceptatie is geen doel op zich. Het wordt versterkt doordat men stopt met het steken van energie en moeite in onsuccesvolle pogingen om negatieve ervaringen te vermijden. 2. Cognitieve defusie Dit proces moedigt mensen aan om de functie van ongewenste gedachten, gevoelens en andere ervaringen te veranderen, in plaats van het veranderen van de inhoud of de frequentie. Dit gebeurt met behulp van meerdere oefeningen, die als doel hebben om persoonlijke hechting aan of de geloofwaardigheid van negatieve ervaringen te verminderen. 3. Aanwezigheid in het heden Dit proces is gerelateerd aan mindfulness. Het verwijst naar een niet-oordelende aanwezigheid in het hier en nu, zonder in beslag genomen te worden door het verleden of de toekomst. 4. Zelf als context Dit proces heeft betrekking op het loslaten van alle labels, ideeën, gedachten en oordelen die we hebben over onszelf en waar we mee verbonden zijn. Er wordt toegewerkt naar een gevoel van het zelf, van waaruit we enkel de voortdurende stroom van fysieke en psychologische gebeurtenissen die in ons leven plaatsvinden observeren. 5. Waarden Waarden zijn vrij gekozen, intrinsiek gemotiveerde kwaliteiten van betekenisvolle en zinvolle actie. Het zijn paden die bewandeld moeten worden en die leiden naar een persoonlijk waardevol en vitaal leven. Waarden kunnen geïdentificeerd worden met behulp van meerdere oefeningen. 6. Gecommitteerde actie Dit is een puur gedragsmatig proces dat betrekking heeft op het formuleren van concrete, haalbare en op waarden gebaseerde doelen voor de korte termijn. Gedragsexperimenten en het stellen van doelen worden gebruikt om mensen te helpen om deze handelingen te verrichten. Verder worden barrières die een op waarden gebaseerd leven kunnen belemmeren, herkend en er worden plannen geformuleerd om hiermee om te gaan.
--	--

Zelfdeterminatietheorie	Ervaren competentie, autonomie en verbondenheid zijn fundamentele behoeften. Als hieraan wordt voldaan zal de motivatie van hogere kwaliteit zijn (gecommitteerde motivatie en intrinsieke motivatie, in plaats van externe motivatie). Voor deze component hebben we geen concrete oefeningen kunnen identificeren. Interventies lijken het ondersteunen en stimuleren van ervaren competentie, autonomie en verbondenheid meer als paradigma voor een interventie te gebruiken dan als concrete methodologie. Ook blijft onduidelijk of technieken deze motieven separaat moeten faciliteren of dat oefeningen alle drie aspecten tegelijkertijd zouden moeten bewerken.
De sterke kantenbenadering	Het ontwikkelen en versterken van talenten en kwaliteiten. Dit is het positief tegenovergestelde van de probleemgerichte benadering, die zich richt op het wegwerken en bestrijden van deficiëntie en gebrek. Op dit moment bestaat er nog geen algemeen geaccepteerd classificatiesysteem van sterke kanten. Er zijn echter wel verschillende assessmentmethoden beschikbaar die mensen kunnen helpen om hun sterke kanten te identificeren. Vier voorbeelden hiervan zijn: VIA Signature Strengths, StrengthsFinder, Realise2 en Talentwijzer. Het is essentieel dat in sterke kanteninterventies de nadruk wordt gelegd op het ontwikkelen van sterke kanten en niet enkel op de identificatie ervan. Een methode om dit te doen is de Talentenwijzer-methode. Deze methode verloopt volgende de volgende stappen en (voorbeelden van) bijbehorende oefeningen: 1. Je talenten benoemen Het invullen van een online assessment waaruit een talenten top 5 voortvloeit. Er moet worden aangegeven of deze uitslag herkenbaar is en de talenten moeten in eigen woorden worden vertaald. 2. Je talenten beter leren kennen Dit kan bijvoorbeeld door de top 5 met drie goede bekenden te bespreken en te vragen of zij deze talenten herkennen en of ze concrete voorbeelden kunnen noemen. 3. Je talenten effectief gebruiken Analyseren hoe kwaliteiten gebruikt zijn bij het succesvol voltooien van een concrete taak of opdracht. Vervolgens onderzoeken of deze talenten ook ingezet kunnen worden bij een taak waarvan het voltooien moeilijker is. 4. Je ontwikkelingsdoelen bepalen Op basis van inzichten uit voorgaande stappen wordt een ontwikkelingsdoel in de vorm van een persoonlijke kerncompetentie geformuleerd. Een voorbeeld waarop een dergelijk doel geformuleerd kan worden is het maken van een grote lijst met alle dingen die iemand in zijn leven graag zou willen doen, meemaken, kunnen of bereiken. Deze lijst moet vervolgens teruggebracht worden tot de doelen waarvoor iemand sterk intrinsiek gemotiveerd is.

	5. Je talenten optimaal ontwikkelen Het plannen van concrete activiteiten om aan het ontwikkelingsdoel te werken. Ter afronding wordt een Persoonlijk ExcellentiePlan (PEP) opgesteld. Dit is een kort overzicht waarin de deelnemer samenvat wat zijn persoonlijke kwaliteiten zijn, op welk gebied hij het beste uit zichzelf wil halen en wat hij gaat doen om dit te bereiken.
Persoonlijke doelen	Een manier om over de toekomst na te denken, is door prioriteiten te stellen en uit te vinden wat voor ons persoonlijk belangrijk is, wat we graag willen bereiken en in welke richting we onze toekomstige stappen zien. Dit kan voor verschillende levensgebieden, zoals de beroepsloopbaan, partnerschap, kinderwens, maatschappelijk engagement, woonplaats, hobby's of gezondheid. Als deze ideeën en wensen concreter worden en een eerste realiteitscheck succesvol hebben doorstaan, spreken we van persoonlijke doelen. Jubileum Stap 1: Je voorstellen dat je een belangrijk jubileum geeft en bedenken wat je zou willen dat belangrijke anderen op die dag over jou zeggen. Vervolgens bedenken wat voor jou belangrijke eigenschappen zijn en dit samenvatten in een zin, motto of beeld. Stap 2: Waarden en doelen op verschillende levensgebieden formuleren: werk en opleiding, vrije tijd, relaties, gezondheid en persoonlijke groei. Doelenpiramide: hoofddoelen en activiteiten Een activiteit die iemand graag onderneemt, vormt de basis van de piramide. Vervolgens worden de redenen en motieven voor deze activiteit op de niveaus hoger in de piramide geplaatst, zodat de persoonlijke doelen abstracter en algemener worden. Op deze manier kunnen doelen geïdentificeerd worden en kan besproken worden op welke (andere) manier aan deze doelen gewerkt kan worden, bijvoorbeeld door aangepaste of nieuwe activiteiten uit te voeren die passen bij de persoonlijke doelen van de cliënt. Mentale simulatie voor de beste strategie om persoonlijke doelen te bereiken Stap 1: Aan welk persoonlijk doel wordt gewerkt? Stap 2: Welke gevoelens horen bij het behalen of het niet behalen van dit persoonlijke doel? Stap 3: Ten minste twee verschillende gedragsmogelijkheden identificeren voor behalen van het persoonlijke doel. Stap 4: Beide gedragsmogelijkheden in de verbeelding uitvoeren en op gevoelens en gedachten letten bij de mentale simulatie. Stap 5: Op basis van verbeelding beslissen welk gedrag in de werkelijkheid het beste bij de levenssituatie past en geprefereerd ingezet kan worden.

Optimisme	Er is verschil tussen dispositioneel optimisme (gegeneraliseerde positieve uitkomstverwachting) en een optimistische attributiestijl (mensen met een optimistische attributiestijl schrijven tegenslagen toe aan tijdelijke, externe en specifieke factoren) Werken met het ABCDE-model A: Adversity (negatieve gebeurtenis) B: Belief (interpretatie gebeurtenis) C: Consequences (gevoelens en handelingen die voortkomen uit B) D: Dispute (betwisten) E: Energize (bekrachtiging) Gedurende een aantal dagen wordt een ABC-dagboek bijgehouden. Hierin worden minimaal 5 negatieve gebeurtenissen bijgehouden die zo objectief mogelijk beschreven worden. B en C worden ook genoteerd. Vervolgens wordt bij iedere gebeurtenis de link gezocht tussen gedachten en C, zo kunnen deelnemers ontdekken dat pessimistische verklaringen tot passiviteit en neerslachtigheid leiden, terwijl optimistische verklaringen juist energie geven. Hierna wordt deelnemers geleerd hoe ze met pessimistische gedachten om kunnen gaan (afleiding zoeken, de aandacht op iets anders richten of de gedachte opschrijven en een later tijdstip kiezen om erover na te denken). In de laatste stap wordt geoefend met het uitdagen van negatieve gedachten. Een negatieve gedachte wordt zo krachtig mogelijk betwist. Door dit vaker te doen wordt de positieve attributiestijl uiteindelijk de gebruikelijke manier van verklaren. Best-Mogelijke-Zelf Er wordt begonnen met een korte visualisatieoefening, waarin men zich achtereenvolgens het uiterlijk, het gevoel, het geluid (bij doorsnijden), de geur en de smaak van een citroen moet voorstellen. Het is belangrijk dat men hierbij alle zintuigen gebruikt. De feitelijke oefening bestaat uit de volgende stappen: 1. Nagaan welke eigenschappen, ontwikkelingen en prestaties belangrijk zijn voor iemand en welke zaken hij in de toekomst bereikt zou willen hebben. 2. Toekomstvisie zo specifiek mogelijk opschrijven. 3. Het beschreven toekomstbeeld zo levendig mogelijk visualiseren. Een uitbreiding van bovenstaande oefening is ook mogelijk. Hiervoor wordt de visualisatie iedere dag gedurende één of twee weken (meestal voor het slapen gaan) gericht op domeinen die elkaar afwisselen (bijvoorbeeld het persoonlijke, relationele en professionele domein).
Hoop	Volgens de hooptheorie, weerspiegelt hoop de waargenomen vaardigheid van iemand om: 1. Doelen duidelijk te formuleren. 2. Strategieën te ontwikkelen om deze doelen te bereiken (<i>pathway-thinking</i>).

	3. Het ontwikkelen en behouden van de motivatie voor deze strategieën (<i>agency thinking</i>). Een doel kan hierbij alles zijn dat iemand wil meemaken, creëren, verkrijgen of worden. Er worden 6 stappen genoemd in het verbeteren van hoop: 1. Het meten van hoop (bijvoorbeeld door het afnemen van de <i>Adult Hope Scale</i>) 2. Leren over hoop. De therapeut praat met de cliënt over de hooptheorie en hoe deze relevant is voor het therapeutisch proces en voor positieve uitkomsten. 3. Het structureren voor de cliënt. De cliënt maakt een lijst van belangrijke levensgebieden en bepaalt de mate van tevredenheid over deze gebieden. 4. Het creëren van positieve en specifieke doelen. Cliënt en therapeut stellen samen werkbare doelen op die positief en specifiek zijn. Deze doelen moeten duidelijk en bereikbaar zijn voor de cliënt. Vervolgens worden meerdere manieren geformuleerd om deze doelen te bereiken (<i>pathways</i>), als ook de strategieën om motivatie te ontwikkelen en behouden om deze doelen te bereiken (<i>agency</i>). 5. Oefenen. De cliënt verbeeldt en verbaliseert de stappen die nodig zijn om het doel te bereiken. 6. De cliënt integreert de doelen, <i>pathways</i> en <i>agency</i> in zijn leven en praat met de therapeut over de voortgang. Voorbeelden van mini-interventies 1. Het opnieuw lezen van favoriet hoopverhaal. 2. Het formuleren van een korte automatische gedachte die doelen verfijnt en beschermt tegen niet-helpende gedachten. 3. Het opnieuw bekijken van een persoonlijk hoopstatement. 4. Banden aangaan met een hoopvol persoon en met hem of haar praten over huidige doelen en barrières. Verder wordt er onderscheid gemaakt tussen het meten van hoop (<i>hope finding</i>), het delen van hoop tussen mensen met lage hoop en hoge hoop (<i>hope bonding</i>), het verbeteren van hoop (<i>hope enhancing</i>) en het herinneren aan hoop (<i>hope reminding</i>).
Positieve relaties	Positieve relaties worden gedefinieerd als florerende relaties waarbinnen de partners zich kunnen ontplooien, waarin een sterk gevoel van verbondenheid aanwezig is, waarin positieve ervaringen de negatieve ervaringen ruim overtreffen en waarin ruimte is voor zekerheid en afhankelijkheid. Commitment, emotionele intimiteit, empathie, genegenheid, seksualiteit, en plezier worden als belangrijke kenmerken van positieve relaties gezien. Interventies zouden zich op het versterken van deze aspecten kunnen richten. Toch zullen in positieve relaties ook negatieve ervaringen en emoties aan de orde zijn en is een optimale relatie niet mogelijk zonder het constructief reageren op negatieve emoties van de ander.

	Oefenen in actief luisteren Aan je partner vragen hoe het met hem of haar is vanuit de intentie om de tijd te nemen voor het antwoord en actief te luisteren. Stilstaan bij je eigen reactie als de ander aandacht vraagt door iets te vertellen over wat hij of zij ervaart. In toenemende mate actief-constructief reageren op positieve verhalen van de partner De kern van een actieve en constructieve reactie is om enthousiasme en blijdschap te laten merken. De intentie is om dit te vieren en de ander er alles over te laten vertellen zodat je samen de gebeurtenis nog een keer beleeft. Constructief reageren op ongewenst gedrag van een ander 1. Benoem het concrete gedrag zonder oordeel. 2. Uit je gevoel. 3. Koppel je gevoel aan je behoefte. 4. Verzoek om datgene wat je leven kan verrijken.
--	--

7.7 Bijlage Uitnodiging hogescholen medewerking onderzoek voor ZonMw 2 juni 2016

UNIVERSITEIT TWENTE.



FACULTEIT BEHAVIOURAL MANAGEMENT AND SOCIAL SCIENCES

VAKGROEP PSYCHOLOGIE, GEZONDHEID & TECHNOLOGIE
T 053 - 489 4486
E c.bode@utwente.nl
E k.l.krimmel@utwente.nl

DATUM
2 juni 2016

PAGINA
1 van 1

ONS KENMERK
BMS-IPGT-UP-16.042

BILAGE(N)
1

ONDERWERP

Onderzoek naar positieve psychologie en zelfmanagement bij chronische ziekten

Geachte heer / mevrouw,

Door ZonMw, programma Diseasemanagement Chronische Ziekten, is onze vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie (Universiteit Twente) uitgenodigd om in kaart te brengen wat de positieve psychologie kan betekenen voor zelfmanagement bij chronische ziekten. Een van de onderzoeksvragen richt zich op mogelijke opname van de positief psychologische benadering in de opleidingscurricula van zorgprofessionals. We zullen onderzoeken hoe de ervaringen vanuit het onderwijsveld zijn en wat volgens de opleidingen hierin gewenste ontwikkelingen zijn. Voor het beantwoorden van deze vraag benaderen wij de 17 hogescholen die bij het Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde (LOOV) aangesloten zijn en bezig zijn met de invoering van Bachelor of Nursing 2020.

Omdat u als contactpersoon aangemerkt bent voor de ... , stuur ik u deze e-mail. Wij willen graag het opleidingscurriculum van de bachelor opleiding verpleegkunde op de ... analyseren met oog op de vraag in hoeverre er positief psychologische elementen zijn opgenomen in dit curriculum. We gebruiken de curricula voor een overzicht en zullen in een later stadium van het project mogelijk nog concrete vragen aan u stellen over de opname van de positief psychologische benadering in uw curriculum en uw vragen en wensen hieromtrent. In het najaar organiseren we een werkconferentie voor vertegenwoordigers en gaan op basis van onze inventarisatie in gesprek over curricula en gewenste ontwikkelingen.

Ons projectteam en de opdrachtgever ZonMw stellen het erg op prijs als u mee zou willen werken aan dit onderzoek. Wij verzoeken u vriendelijk om het curriculum per e-mail aan ons te verzenden (k.l.krimmel@utwente.nl). Indien u het curriculum liever per post verzendt is dit ook mogelijk (Universiteit Twente, vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie, t. a. v. dr. C. Bode, postbus 217, 7500 AE Enschede). Hiervoor bij voorbaat dank.

Voor praktische vragen kunt u contact opnemen met onderzoeksassistent Kevin Krimmel (k.l.krimmel@utwente.nl), voor andere vragen rond het project kunt u terecht bij dr. Christina Bode (c.bode@utwente.nl).

Met vriendelijke groet,
Mede namens Christina Bode en Hester Trompetter,

Prof. dr. Ernst Bohlmeijer
Hoogleraar Mental Health Promotion

7.8 Bijlage Reacties op uitnodiging om aan het onderzoek mee te werken (juni 2016)

Hogeschool	Reacties
Avans Hogeschool	Verzonden 06-06 Herinnerd op 16-06; telefonisch niet bereikbaar dus voicemail ingesproken en herinneringsmail verstuurd. 22-06: reactie ontvangen, Mw. geeft aan dat “het curriculum” te breed is om te onderzoeken en stelt een telefonisch interview met experts voor. Haar bedankt voor het alternatief en aangegeven dat we dit intern zullen bespreken.
Christelijke Hogeschool Ede	Verzonden 06-06 Herinnerd 16-06; Mw zou in het buitenland zitten. Plaatsvervanger telefonisch niet bereikbaar. Wel een e-mailadres gekregen en de e-mail doorgestuurd 20-06 reactie: Mw. heeft de vraag doorgestuurd naar de opleidingsdirecteur van verpleegkunde.
De Haagse Hogeschool	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06: Men is nog bezig met de invoering van het curriculum en heeft de leerdoelen dus nog niet helemaal af. Mw. gaat overleggen wat er opgestuurd mag worden en komt hier volgende week op terug. 27-06: herinneringsmail gestuurd.
Fontys Hogeschool	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06: telefonisch niet bereikbaar, voicemail ingesproken en herinneringsmail verstuurd. 21-06: telefonisch niet te bereiken
Viaa	Verzonden 06-06; 13-06: telefonisch een aantal vragen afgenomen en gedocumenteerd, Mw. gaat intern navragen of ze het curriculum mag versturen. 27-06: herinneringsmail gestuurd.
Hanzehogeschool Groningen	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06; Ons verzoek is intern besproken, men wil wel meewerken maar wist niet precies wat we van ze verwachten. Uitgelegd dat we graag een document willen waarin de vakken/thema's die behandeld worden beschreven staan. Mw. bood ook nog aan dat we een keer langs mochten komen om samen met de ICT'ers daar een dag toegang te krijgen tot de blackboard omgeving, zodat we de beschikking hebben over gedetailleerde informatie. Afgesproken dat we eerst bezig gaan met de analyse van het document met de vakken/thema's en dat we het aangeven als we behoefte hebben aan meer gedetailleerde informatie. 27-06: herinneringsmail gestuurd. 29-06 reactie: men heeft besloten dat men het curriculum niet wil opsturen. Wel is men bereid om zelf een scan uit te voeren gericht op onze vraag, hiervoor heeft men een duidelijke beschrijving van de criteria voor positief-psychologische elementen nodig.

Hogeschool	Reacties
Hogeschool van Amsterdam	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06; met een collega afgesproken dat ze haar op de e-mail attendeert en dat ik een herinneringsmail verstuur. Reactie 20-06: vraag is doorgestuurd naar een collega (psychologiedocent). 20-06 antwoord van de psychologiedocent ontvangen, ze geeft aan dat er geen positief-psychologische elementen in hun curriculum zitten en beschrijft kort hoe er aandacht gegeven wordt aan zelfmanagement binnen hun curriculum.
Hogeschool van Arnhem en Nijmegen	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06: voicemail ingesproken en herinneringsmail verstuurd. 20-06 reactie gehad: Mw. is geen voorzitter meer van de curriculumcommissie meer, contactgegevens ontvangen van de huidige voorzitter en mail doorgestuurd naar hem. 20-06 reactie ontvangen: Dhr. geeft aan dat hij geen enkel bezwaar heeft om mee te werken aan het onderzoek, maar dat het curriculum nog volop in ontwikkeling is en er slechts 3 van de 11 onderwijseenheden publicabel zijn. Hem bedankt voor zijn reactie en aangegeven dat ik intern zal bespreken hoe we hier mee om willen gaan.
Hogeschool INHOLLAND	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06: voicemail ingesproken en herinneringsmail verstuurd. Mw. belde later op de middag terug en gaf aan de e-mail maandag te beantwoorden. 21-06 reactie ontvangen: Mw. vraagt zich af of we het huidige curriculum willen (dat volgens haar nog recent gescreend is) of dat we het nieuwe curriculum willen ontvangen.
Hogeschool Leiden	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06: Mw. geeft aan dat ze met haar laatste dagen op de HSL bezig is. Voor vragen over BN2020 kan ik dus beter contact opnemen met de projectleider BN2020. Deze persoon heb ik een e-mail gestuurd. 27-06: herinneringsmail gestuurd. Reactie gehad: aanbod om telefonisch contact te hebben over hoe er aandacht wordt gegeven aan positieve psychologie binnen het curriculum. 28-06: gebeld, voicemail ingesproken.
Hogeschool Rotterdam	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06: mevrouw was telefonisch niet bereikbaar, afgesproken met een collega dat ze haar op mijn telefoontje attendeert en dat ik een herinneringsmail verstuur. Mw. mailde later op de middag terug en gaf aan dat ze mogelijk delen van het curriculum gaat versturen.
Hogeschool Utrecht	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06: Mw. was telefonisch niet bereikbaar, voicemail ingesproken en herinneringsmail verstuurd. 16-06 reactie ontvangen: Mw. geeft aan dat ze het erg druk heeft en dat haar onduidelijk is wat we precies nodig hebben. Haar bedankt dat ze ondanks de drukte tijd neemt om met ons contact op te nemen en nogmaals aangegeven wat welke vraag we precies proberen te beantwoorden. 20-06 reactie ontvangen met curriculumplan en cursushandleiding van de huidige opleiding, met de kanttekening dat deze vanaf september 2016 niet meer geldig zijn.

Hogeschool	Reacties
HZ University of Applied Sciences	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06: Dhr. vertelt dat hij inmiddels een andere functie heeft binnen de hogeschool en dat hij onze e-mail heeft doorgestuurd naar een collega. Afgesproken dat hij van mij een herinneringsmail ontvangt en deze nogmaals doorstuurt naar zijn collega.
Zuyd Hogeschool	Verzonden 06-06; vraag is intern doorgezet, verdere ontwikkelingen afwachten 16-06 een e-mail gestuurd en gevraagd of ons verzoek inmiddels al besproken is. 22-06: reactie gehad, Mw. geeft aan dat men niet mee wil werken aan het onderzoek, omdat men druk bezig is met het vervangen van het huidige curriculum. Dit curriculum doorlichten is volgens haar dus ook niet relevant.
Noordelijke Hogeschool Leeuwarden	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06: Mw. zat in een bespreking, afgesproken dat ik maandag om 12:00 uur terugbel. 20-06 gebeld: Mw. gaf aan dat de timing voor de onderzoeksvraag niet slechter had gekund, omdat men momenteel erg druk is met de invoering van BN2020. Desondanks heeft ze toegezegd dat ze met een collega gaat overleggen over of ze ons studentenhandleidingen op mag sturen. Hierin zou het onderwijs op detailniveau beschreven staan en dit kunnen we volgens haar goed gebruiken voor de beantwoording van onze onderzoeksvraag. Ze gaf aan het materiaal waarschijnlijk 21-06 op te sturen. 27-06: herinneringsmail gestuurd.
Saxion	Verzonden 06-06; Herinneringsmail verzonden op 15-06. 21-06 korte reactie gehad, maar geen documenten ontvangen.
Windesheim	Verzonden 06-06; Herinnerd 16-06: mw. gaf aan dat de e-mail aan haar aandacht was ontsnapt. Afgesproken dat ze een herinneringsmail ontvangt en deze verstuurd. 27-06: herinneringsmail verstuurd.

7.9 Bijlage Status werving voor telefonisch interview met onderwijscoördinatoren

- Hogeschool van Amsterdam
Wil niet benaderd worden, heeft eerder al informatie gegeven.
- Avans Hogeschool
Het is nooit gelukt om contact te krijgen met de contactpersoon. Er is niet gereageerd om meermaals ingesproken voicemails.
- Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Het is nooit gelukt om contact te krijgen met de contactpersoon. Er is niet gereageerd op meermaals ingesproken voicemails.
- Hogeschool Utrecht
Ik heb de contactpersoon eenmalig kunnen bereiken, maar zij was toen op vakantie en verzocht mij later terug te bellen. Hierna was zij niet meer bereikbaar.
- HZ University of Applied Sciences
Het is nooit gelukt om contact te krijgen met de contactpersoon.
- Zuyd Hogeschool
Het is nooit gelukt om contact te krijgen met de contactpersoon.
- Hogeschool Inholland
De contactpersoon heeft mij de contactgegevens van een collega gestuurd die het interview zal gaan doen. Deze persoon heeft echter nog niet op mijn verzoek gereageerd.
- Hogeschool Leiden
Eenmalig met de contactpersoon gesproken, zij heeft toen haar medewerking toegezegd, maar was op vakantie dus kon geen concrete afspraak maken. Daarna was zij niet meer te bereiken. Er is niet gereageerd op voicemails.
- Hogeschool Rotterdam
De contactpersoon zou na intern overleg mijn gegevens aan de geschikte persoon voor het interview geven en deze persoon zal contact met mij opnemen. Dit is tot op heden nog niet gebeurd.
- Noordelijke Hogeschool Leeuwarden
De contactpersoon werkt nog maar 1 dag per week op de hogeschool. Zij zou mijn gegevens doorgeven aan een geschikte collega voor het interview, zodat deze contact met mij kan opnemen. Dit is tot op heden niet gebeurd.
- Windesheim
De contactpersoon heeft mij de contactgegevens van een collega gestuurd die het interview zal gaan doen. Deze persoon heeft echter nog niet op mijn verzoek gereageerd.

Gerealiseerde interviews

Verpleegkunde

- Saxion (Associate lector gezondheidszorg, gebied zelfmanagement)
- Christelijke Hogeschool Ede (teamleider academie gezondheidszorg)
- Viaa Hogeschool (docent verpleegkunde en onderwijskundig adviseur)
- De Haagse Hogeschool (docent verpleegkunde)
- Hanzehogeschool Groningen (docent verpleegkunde)
- Fontys Hogeschool (docent verpleegkunde, coördinator praktijkonderzoek, projectlid FontyN)
- LOOV (lid dagelijks bestuur, tevens opleidingsmanager)

Maatschappelijk werk

- Saxion (meerdere vakdocenten)

Fysiotherapie

- Saxion (meerdere vakdocenten)

7.10 Bijlage Gesprekschema voor telefonisch interview met onderwijs coördinatoren

Onderzoek ZonMw naar positieve psychologie en zelfmanagement bij chronische ziekten.

- Uitleg onderzoek. In opdracht van ZonMw doet de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie van de Universiteit Twente onderzoek naar wat de positieve psychologie kan betekenen voor zelfmanagement bij chronische ziekten. Om dit in kaart te kunnen brengen zijn wij benieuwd naar in hoeverre uw bacheloropleiding verpleegkunde elementen van de positieve psychologie in het curriculum heeft opgenomen en in hoeverre de verandering in de opleiding gebaseerd is op zichtwijzen vanuit de positieve psychologie.
- Uit eerder contact hebben wij begrepen dat op dit moment het curriculum van de opleiding verpleegkunde wordt veranderd. Kunt u hier meer over vertellen? Op welke manier vindt de verandering binnen uw opleiding plaats?
.....
- Wat is het doel van de veranderingen van het curriculum voor u en uw opleiding?
.....
- Wat is de aanleiding geweest voor de verandering?
.....
- Kunt u een beeld schetsen van de concrete invulling van het nieuwe beleid binnen uw opleiding?
.....
- Welke rol neemt zelfmanagement hierbij in? Welke leerdoelen heeft u hierin gesteld en hoe wordt dit concreet vormgegeven?
 - Rol zelfmanagement
 - geen rol..
 - kleine rol..
 - essentiële rol..
 - anders..
 - Hoe groot is het aandeel hiervan in percentages? 0%-100%
 - Geformuleerde leerdoelen:
 - Concrete vormgeving:

- Welke rol spelen positief-psychologische benaderingen hierbij? Welke leerdoelen heeft u hierin gesteld en hoe wordt dit concreet vormgegeven?
 - Rol pos. psy. benaderingen:
 - geen rol
 - kleine rol
 - essentiële rol
 - anders
 - Hoe groot is het aandeel hiervan in percentages? 0%-100%
 - Geformuleerde leerdoelen:
 - Concrete vormgeving:
- In hoeverre beschikt u over de kennis van gebruikte principes van de positieve psychologie om het achterliggende doel van de veranderingen te kunnen bereiken?
.....
- Gebruikt u bij de herinrichting van het curriculum andere specifieke theorieën, perspectieven of benaderingen?
.....
- Heeft u nog aanvullingen op ons gesprek?
.....
- Er ligt een plan om een studiemiddag voor hoger onderwijs te organiseren. Hier zullen de resultaten van dit onderzoek besproken worden en zal meer uitgelegd worden over hoe positieve psychologie een rol kan spelen binnen zelfmanagement. Bent u geïnteresseerd om hiervoor uitgenodigd te worden?
.....
- Tot slot. We willen ook nog contact opnemen met andere paramedische opleidingen om meer inzicht te verkrijgen. Het gaat om de opleidingen fysiotherapie, ergotherapie en maatschappelijk werk. Welke collega-coördinatoren van uw instelling zou ik hiervoor kunnen benaderen?
 - Fysiotherapie
 - Ergotherapie
 - Maatschappelijk werk

8 Referenties

8.1 Referenties hoofdstuk 1

- 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.
- 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.
- Lorig, 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.
- 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.

8.2 Referenties hoofdstuk 2

- A-Tjak, J. G. L., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). A meta-analysis of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30–36.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and Stress*, 23(3), 244–263.
- Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013). Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences*, 54(7), 821–827.
- Algozzine, B., Browder, D., Karvonen, M., Test, D. W., & Wood, W. M. (2001). Effects of interventions to promote self-determination for individuals with disabilities. *Review of Educational Research*, 71(2), 219–277.
- Bohlmeijer, E. T., Bolier, L., Westerhof, G. J., & Walburg, J. A. (2013). *Handboek Positieve Psychologie: Theorie, onderzoek, toepassingen*. Amsterdam: Uitgeverij 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.
- Bostock, L., Sheikh, A. I., & Barton, S. (2009). Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(4), 281–296.
- Cameron, D. S., Bertenshaw, E. J., & Sheeran, P. (2015). The impact of positive affect on health cognitions and behaviours: a meta-analysis of the experimental evidence. *Health Psychology Review*, 9(3), 345–365.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741–756.
<http://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- DuBois, C. M., Lopez, O. V., Beale, E. E., Healy, B. C., Boehm, J. K., & Huffman, J. C. (2015). Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *International Journal of Cardiology*, 195, 265–280.
- Evans, E. C., & Bullock, L. F. C. (2012). Optimism and other psychosocial influences on antenatal depression: A systematic review. *Nursing and Health Sciences*, 14(3), 352–361.
- Galante, J., Galante, I., Bekkers, M. J., & Gallacher, J. (2014). Effect of Kindness-Based Meditation on Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Hacker, T., Stone, P., & Macbeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy - Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*,
- Hagger, M., & Chatzisarantis, N. (2009). Integrating the theory of planned behaviour and self-determination theory in health behaviour: A meta-analysis. *Psychology & Health*, 24, 39.
- Hann, K. E. J., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217–227.
- Ibrahim, N., Michail, M., & Callaghan, P. (2014). The strengths based approach as a service delivery model for severe mental illness: A meta-analysis of clinical trials. *BMC Psychiatry*, 14(1). <http://doi.org/10.1186/s12888-014-0243-6>
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150(1), 176–184.

- Klug, H. J. P., & Maier, G. W. (2014). Linking goal progress and subjective well-being: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 1–29.
- Kruithof, W. J., van Mierlo, M. L., Visser-Meily, J. M. A., van Heugten, C. M., & Post, M. W. M. (2013). Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life-A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 169–176.
- Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), 538–47.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927–945.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1–7.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior Therapy*, 43(4), 741–756.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552.
- McEwan, D., Harden, S. M., Zumbo, B. D., Sylvester, B. D., Kaulius, M., Ruissen, G. R., ... Beauchamp, M. R. (2015). The effectiveness of multi-component goal setting interventions for changing physical activity behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*.
- Moher, D., Liberati, A., Tezloff, J., Altman, D., & Group, T. P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6, e1000097.
- Montgomery, K. L., Kim, J. S., & Franklin, C. (2011). Acceptance and commitment therapy for psychological and physiological illnesses: A systematic review for social workers. *Health and Social Work*, 36(3), 169–181.
- Morris, B. H., Bylsma, L. M., & Rottenberg, J. (2009). Does emotion predict the course of major depressive disorder? A review of prospective studies. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 255–273.
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325–340.
- Ost, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–21.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364–388.
- Quinn, C., Clare, L., & Woods, R. T. (2010). The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22(1), 43–55.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239–256.
- Reichard, R. J., Avey, J. B., Lopez, S., & Dollwet, M. (2013). Having the will and finding the way: A review and meta-analysis of hope at work. *Journal of Positive Psychology*, 8(4), 292–304.
- Roepke, A. M., Jayawickreme, E., & Riffle, O. M. (2013). Meaning and Health: A Systematic Review. *Applied Research in Quality of Life*, 1–25.

- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53–65.
- Schwarzbach, M., Luppa, M., Forstmeier, S., Koenig, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2014). Social relations and depression in late life-A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 1–21.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
- Shand, L. K., Cowlshaw, S., Brooker, J. E., Burney, S., & Ricciardelli, L. A. (2015). Correlates of post-traumatic stress symptoms and growth in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 24(6), 624–634.
- Shonin, E., Van Gordon, W., Compare, A., Zangeneh, M., & Griffiths, M. D. (2015). Buddhist-Derived Loving-Kindness and Compassion Meditation for the Treatment of Psychopathology: a Systematic Review. *Mindfulness*, 6(5), 1161–1180.
- Sirois, F. M., Kitner, R., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychology*, 34(6), 661–669.
- Solberg Nes, L., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235–251.
- Su, Y.-L., & Reeve, J. (2011). A meta-analysis of the effectiveness of intervention programs designed to support autonomy. *Educational Psychology Review*, 23(1), 159–188.
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C., & Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 965–978.
- Teixeira, P. J., Carraca, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9.
- 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., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5–31.
- Winger, J. G., Adams, R. N., & Mosher, C. E. (2016). Relations of meaning in life and sense of coherence to distress in cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 25(1), 2–10.
- Zeng, X., Chiu, C. P. K., Wang, R., Oei, T. P. S., & Leung, F. Y. K. (2015). The effect of loving-kindness meditation on positive emotions: A meta-analytic review. *Frontiers in Psychology*, 6.
- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340–364.

8.3 Referenties hoofdstuk 3

- Alonso-Fernández, M., López-López, A., Losada, A., González, J. L., & Wetherell, J. L. (2015). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for institutionalized older people with chronic pain. *Pain Medicine (United States)*.

- Anderson, K. O., Cohen, M. Z., Mendoza, T. R., Guo, H., Harle, M. T., & Cleeland, C. S. (2006). Brief cognitive-behavioral audiotape interventions for cancer-related pain: Immediate but not long-term effectiveness. *Cancer*, 107(1), 207–214.
- Ando, M., Morita, T., Akechi, T., & Okamoto, T. (2010). Efficacy of short-term life-review interviews on the spiritual well-Being of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 993–1002.
- Ashworth, F., Clarke, A., Jones, L., Jennings, C., & Longworth, C. (2015). An exploration of compassion focused therapy following acquired brain injury. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(2), 143–162.
- Badger, T. A., Segrin, C., Figueredo, A. J., Harrington, J., Sheppard, K., Passalacqua, S., ... Bishop, M. (2011). Psychosocial interventions to improve quality of life in prostate cancer survivors and their intimate or family partners. *Quality of Life Research*, 20(6), 833–844.
- Badr, H., Smith, C. B., Goldstein, N. E., Gomez, J. E., & Redd, W. H. (2015). Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: Results of a randomized pilot trial. *Cancer*, 121(1), 150–158.
- Bertilsson, A. S., Eriksson, G., Ekstam, L., Tham, K., Andersson, M., von Koch, L., & Johansson, U. (2015). A cluster randomized controlled trial of a client-centred, activities of daily living intervention for people with stroke: One year follow-up of caregivers. *Clin Rehabil*.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., Applebaum, A., Kulikowski, J., & Lichtenthal, W. G. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*, 33(7), 749–754.
- Chambers, S. K., Morris, B. A., Clutton, S., Foley, E., Giles, L., Schofield, P., ... Dunn, J. (2015). Psychological wellness and health-related stigma: A pilot study of an acceptance-focused cognitive behavioural intervention for people with lung cancer. *European Journal of Cancer Care*, 24(1), 60–70.
- Chambers, S. K., Occhipinti, S., Schover, L., Nielsen, L., Zajdlewicz, L., Clutton, S., ... Dunn, J. (2015). A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psycho-Oncology*, 24(7), 748–756.
- Charlson, M. E., Wells, M. T., Peterson, J. C., Boutin-Foster, C., Ogedegbe, G. O., Mancuso, C. A., ... Isen, A. M. (2014). Mediators and moderators of behavior change in patients with chronic cardiopulmonary disease: The impact of positive affect and self-affirmation. *Translational Behavioral Medicine*, 4(1), 7–17.
- Chen, M. F., Wang, R. H., Lin, K. C., Hsu, H. Y., & Chen, S. W. (2015). Efficacy of an empowerment program for Taiwanese patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, 28(4), 366–373.
- Cohn, M. A., Pietrucha, M. E., Saslow, L. R., Hult, J. R., & Moskowitz, J. T. (2014). An online positive affect skills intervention reduces depression in adults with type 2 diabetes. *Journal of Positive Psychology*, 9(6), 523–534.
- Coppack, R. J., Kristensen, J., & Karageorghis, C. I. (2012). Use of a goal setting intervention to increase adherence to low back pain rehabilitation: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 26(11), 1032–1042.
- Dodds, S. E., Pace, T. W. W., Bell, M. L., Fiero, M., Negi, L. T., Raison, C. L., & Weihs, K. L. (2015). Feasibility of Cognitively-Based Compassion Training (CBCT) for breast cancer survivors: a randomized, wait list controlled pilot study. *Supportive Care in Cancer*, 23(12), 3599–3608.
- Duggleby, W. D., Degner, L., Williams, A., Wright, K., Cooper, D., Popkin, D., & Holtslander, L. (2007). Living with Hope: Initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(3), 247–257.

- Duncan, K. A., & Pozehl, B. (2002). Staying on course: the effects of an adherence facilitation intervention on home exercise participation. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 17(2), 59–65,71.
- Ebrahimi, N., Bahari, F., & Zare-Bahramabadi, M. (2014). The effectiveness of group logo therapy on the hope among the leukemic patients. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 7(1), 9–16.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336–343.
- Hawkes, A. L., Pakenham, K. I., Chambers, S. K., Patrao, T. A., & Courneya, K. S. (2014). Effects of a multiple health behavior change intervention for colorectal cancer survivors on psychosocial outcomes and quality of life: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(3), 359–370.
- Heinrichs, N., Zimmermann, T., Huber, B., Herschbach, P., Russell, D. W., & Baucom, D. H. (2012). Cancer distress reduction with a couple-based skills training: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(2), 239–252.
- Hsiao, F. H., Jow, G. M., Kuo, W. H., Chang, K. J., Liu, Y. F., Ho, R. T. H., ... Chen, Y. T. (2012). The effects of psychotherapy on psychological well-being and diurnal cortisol patterns in breast cancer survivors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(3), 173–182.
- Hsiao, F.-H., Jow, G.-M., Kuo, W.-H., Chang, K.-J., Liu, Y.-F., Ho, R. T. H., ... Chen, Y.-T. (2012). The effects of psychotherapy on psychological well-being and diurnal cortisol patterns in breast cancer survivors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(3), 173–182.
- Huffman, J. C., DuBois, C. M., Millstein, R. A., Celano, C. M., & Wexler, D. (2015). Positive psychological interventions for patients with type 2 diabetes: Rationale, theoretical model, and intervention development. *Journal of Diabetes Research*, 2015.
- Huffman, J. C., Mastromauro, C. A., Boehm, J. K., Seabrook, R., Fricchione, G. L., Denninger, J. W., & Lyubomirsky, S. (2011). Development of a positive psychology intervention for patients with acute cardiovascular disease. *Heart International*, 6(2), 47–54.
- Jafari, N., Farajzadegan, Z., Zamani, A., Bahrami, F., Emami, H., Loghmani, A., & Jafari, N. (2013). Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013.
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 26(5), 393–402.
- Juul, L., Maindal, H. T., Zoffmann, V., Frydenberg, M., & Sandbaek, A. (2014). Effectiveness of a training course for general practice nurses in motivation support in type 2 diabetes care: A cluster-randomised trial. *PLoS ONE*, 9(5).
- Karlson, E. W., Liang, M. H., Eaton, H., Huang, J., Fitzgerald, L., Rogers, M. P., & Daltroy, L. H. (2004). A randomized clinical trial of a psychoeducational intervention to improve outcomes in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 50(6), 1832–1841.
- Kemani, M. K., Olsson, G. L., Lekander, M., Hesser, H., Andersson, E., & Wicksell, R. K. (2015). Efficacy and cost-effectiveness of acceptance and commitment therapy and applied relaxation for longstanding pain: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Journal of Pain*, 31(11), 1004–1016.
- Kemper, K. J., Carmin, C., Mehta, B., & Binkley, P. (2015). Integrative Medical Care Plus Mindfulness Training for Patients With Congestive Heart Failure: Proof of Concept. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*.

- Kline, K. S., Scott, L. D., & Britton, A. S. (2007). The use of supportive-educative and mutual goal-setting strategies to improve self-management for patients with heart failure. *Home Healthcare Nurse*, 25(8), 502–510.
- Kuijter, R. G., Buunk, B. P., De Jong, G. M., Ybema, J. F., & Sanderman, R. (2004). Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psycho-Oncology*, 13(5), 321–334.
- Lane, L. G., & Viney, L. L. (2005). The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 284–292.
- Lee, V., Cohen, R., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making and psychological adjustment to cancer: Development of an intervention and pilot results. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 291–302.
- Lee, V., Cohen, S. R., Edgar, L., Laizner, A. M., & Gagnon, A. J. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3133–3145.
- Lundgren, T., Dahl, J., Yardi, N., & Melin, L. (2008). Acceptance and Commitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: A randomized controlled trial. *Epilepsy and Behavior*, 13(1), 102–108.
- Mann, T. (2001). Effects of future writing and optimism on health behaviors in HIV-infected women. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(1), 26–33.
- McLean, L. M., Walton, T., Rodin, G., Esplen, M. J., & Jones, J. M. (2013). A couple-based intervention for patients and caregivers facing end-stage cancer: Outcomes of a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 22(1), 28–38.
- Moher, D., Liberati, A., Tezloff, J., Altman, D., & Group, T. P. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6, e1000097.
- Ng, S. M., Chan, T. H., Chan, C. L., Lee, A. M., Yau, J. K., Chan, C. H., & Lau, J. (2006). Group debriefing for people with chronic diseases during the SARS pandemic: Strength-Focused and Meaning-Oriented Approach for Resilience and Transformation (SMART). *Community Mental Health J*, 42(1), 53–63.
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Kalemkerian, G., Zalupski, M., Lorusso, P., ... Kershaw, T. (2013). Randomized clinical trial of a brief and extensive dyadic intervention for advanced cancer patients and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 22(3), 555–563. <http://doi.org/10.1002/pon.3036>
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Montie, J. E., Sandler, H. M., Forman, J. D., ... Kershaw, T. (2007). Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer*, 110(12), 2809–2818.
- Nowlan, J. S., Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Kinsella, J. M., & Barker, G. (2015). A Comparison of Single-Session Positive Reappraisal, Cognitive Restructuring and Supportive Counselling for Older Adults with Type 2 Diabetes. *Cognitive Therapy and Research*, 1–14.
- Sanjuán, P., Montalbetti, T., Pérez-García, A. M., Bermúdez, J., Arranz, H., & Castro, A. (2016). A randomised trial of a positive intervention to promote well-being in cardiac patients. *Applied Psychology: Health and Well-Being*.
- Scott, L. D., Setter-Kline, K., & Britton, A. S. (2004). The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure. *Appl Nurs Res*, 17(4), 248–256.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.

- Shah, K. N., Majeed, Z., Yoruk, Y. B., Yang, H., Hilton, T. N., McMahon, J. M., ... Ryan, R. M. (2016). Enhancing Physical Function in HIV-Infected Older Adults: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Health Psychology*.
- Toussaint, L., Barry, M., Bornfriend, L., & Markman, M. (2014). Restore: The Journey Toward Self-Forgiveness: A Randomized Trial of Patient Education on Self-Forgiveness in Cancer Patients and Caregivers. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(2), 54–74.
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. G. (2015). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 66–80.
- Victoria Cerezo, M., Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., & de la Torre-Luque, A. (2014). Positive psychology group intervention for breast cancer patients: A randomised trial. *Psychological Reports*, 115(1), 44–64.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. a, Petkus, A. J., ... Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098–107.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., ... Hampton Atkinson, J. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098–2107.
- Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L., & Olsson, G. L. (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(3), 169–182.
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., ... Olsson, G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17(4), 599–611.
- Zoffmann, V., & Lauritzen, T. (2006). Guided self-determination improves life skills with Type 1 diabetes and A1C in randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 78–86.
- Zoffmann, V., Vistisen, D., & Due-Christensen, M. (2015). Flexible guided self-determination intervention for younger adults with poorly controlled Type 1 diabetes, decreased HbA1c and psychosocial distress in women but not in men: a real-life RCT. *Diabet Med*, 32(9), 1239–1246.

8.4 Geraadpleegde bronnen hoofdstuk 5

- Bergsma, A. & Schaufeli, W. (2013). Positieve psychologie in organisaties. In: E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J.A. Walburg. *Handboek Positieve Psychologie: Theorie, Onderzoek, Toepassingen*. pp. 311 – 324. Amsterdam: Boom.
- Hiemstra, D. & Bohlmeijer, E. (2013). De sterke kanten benadering. In: E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J.A. Walburg. *Handboek Positieve Psychologie: Theorie, Onderzoek, Toepassingen*. Pp 123 – 138. Amsterdam: Boom.
- Kaljouw, M. & van Vliet, K. (2015). *Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren*. Zorginstituut Nederland.
- Lambregts, J., Grotendorst, A. & van Merwijk, C (red) (2015). *Bachelor Nursing 2020*. Een toekomstbestendig opleidingsprofiel 4.0. <https://www.google.nl/#q=bachelor+nursing+4.0>

8.5 Referenties hoofdstuk 6

- 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.
- Cramm, J.M., Tsiachristas, A., (...), Nieboer, A.P. (2014). *Evaluatie van diseasemanagement programma's in Nederland*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Erasmus Universiteit.
- 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.
- Loriq, K.R., Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annual Behavioral Medicine*, 26: 1-7.
- 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.

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



ZonMw