

ARTIKELEN

Positieve Gezondheid

Verandering van taal in de gezondheidszorg

*Françoise Johansen, Derk Loorbach & Annemiek Stoopendaal**

Inleiding

In de discussies over de Nederlandse gezondheidszorg is al enige tijd een verschuiving in het discours (gebruikte taal en manier van denken over gezondheidszorg) gaande die zich steeds scherper aftekent. Het gaat hier om de verschuiving van een focus op ziekte en de oorzaak hiervan opheffen, naar een focus op gezondheid en welzijn en dat behouden en verbeteren (onder andere Taskforce JZJP, 2018; RVZ, 2010). Bij een focus op ziekte wordt vooral gekeken naar wat iemand ziek maakt en hoe dat te 'repareren' is (pathogenese); bij een focus op gezondheid wordt gezocht naar wat iemand gezond maakt en houdt (salutogenese), en hoe we beter kunnen leren omgaan met de gebreken die bij het leven horen (Nelissen & Degryse, 2015; Vaandrager & Koelen, 2011).

In de huidige ordening van de Nederlandse gezondheidszorg is het opsporen en behandelen van ziekte het uitgangspunt voor structuur en financiering, bijvoorbeeld te herkennen in medische specialismen voor verschillende ziektebeelden, medicatie als belangrijke behandelmethode en financiering op basis van diagnose en behandeling (Broerse & Grin, 2017; Commissie Werken in de Zorg, 2019; Rotmans, 2012; Schuitmaker, 2010; Van Raak, 2016; Walg, 2014). Inrichting van gezondheidszorg vanuit een focus op wat ons gezond maakt en houdt daarentegen, betekent mogelijk meer aandacht voor leefstijl en preventie, de invloed van leefomgeving en sociaaleconomische status, sociale relaties en de mate waarin iemand zich onderdeel voelt van de maatschappij (RVZ, 2010; Walg, 2014, 2019; De Gruijter, Nederland & Stavenuiter, 2014).

In 2010 gaf de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) de aftrap voor deze perspectiefwisseling met het rapport *Zorg voor je gezondheid!*. Dit rapport stelde 'gezondheid en gedrag' voor als nieuwe ordening in plaats van 'ziekte en zorg'. Deze perspectiefwisseling werd door de RVZ voorgesteld als mogelijk antwoord op het toenemend aantal chronische aandoeningen in relatie tot de verwachte beperking van personele en financiële middelen. Een daadwerkelijke verschuiving in de orde-

* Drs. Françoise Johansen is promovendus bij DRIFT (Dutch Research Institute for Transitions), Erasmus Universiteit Rotterdam. Prof. dr. Derk Loorbach is professor socio-economische transitie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam en directeur van DRIFT (Dutch Research Institute for Transitions), Erasmus Universiteit Rotterdam. Dr. Annemiek Stoopendaal is organisatieantropoloog en universitair docent/senior onderzoeker, Erasmus School of Health Policy & Management, sectie Health Care Governance aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

ning en financiering in de gezondheidszorg op basis van ‘gezondheid en gedrag’ is echter nog niet gerealiseerd en dit nieuwe perspectief was in de jaren na 2010 slechts beperkt zichtbaar in de manier van denken over, werken in en organiseren van de gezondheidszorg. Daar lijkt langzaam verandering in te komen.

De toenemende aandacht voor het nieuwe perspectief ‘gezondheid en gedrag’ loopt samen op met het gebruik van het concept Positieve Gezondheid¹ (zie kader hierina). Positieve Gezondheid is in tien jaar tijd een veelgebruikt begrip geworden in het beleidsmatige taalgebruik in de Nederlandse gezondheidszorg en terug te vinden in overheidsbeleid zoals de *Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024* (VWS, 2020), en ook in visiedocumenten en beleidsstukken van invloedrijke actoren in de gezondheidszorg zoals koepelorganisaties van beroepsgroepen in de zorg (onder andere Commissie Werken in de Zorg, 2019; Federatie Medisch Specialisten, 2017; NFU, 2020; Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging, 2018). Dit is een opmerkelijk snel diffusieproces van een nieuw concept tot een regelmatig gebruikte en algemeen bekende referentie in het overheidsbeleid.

Positieve Gezondheid

Positieve Gezondheid is voortgekomen uit de introductie van een nieuw gezondheidsconcept (Huber e.a., 2011) waarbij gezondheid wordt gezien als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven om te gaan. En om zo veel mogelijk eigen regie te voeren. Positieve Gezondheid is geïntroduceerd als een uitwerking van deze bredere kijk op gezondheid (Huber e.a., 2013), vertaald in zes dimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren. Positieve Gezondheid is zowel een gezondheidsvisie die weergeeft hoe het denken over gezondheid en ziekte aan het veranderen is, als een methode voor mensen om gezondheid in kaart te brengen (aan de hand van een spinnenwebdiagram met zes dimensies), en vormt daarmee een basis voor ‘een ander gesprek’, vanuit zingeving, over gezondheid en welzijn.

Om dit snelle diffusieproces van het concept Positieve Gezondheid in de gezondheidszorg te duiden wordt in dit onderzoek gebruikgemaakt van een transitieperspectief. Transitieonderzoek kijkt naar de patronen en mechanismen van structurele veranderingen in maatschappelijke systemen (zoals sectoren, gebieden of complexe organisaties). Transities ontstaan vanuit de ‘padafhankelijkheid’ van dominante manieren van denken, werken en organiseren in een maatschappelijk deelsysteem (Broerse & Bunders, 2010; Loorbach, Frantzeskaki & Avelino, 2017). Dit wordt ook wel aangeduid als het ‘regime’ en verwijst naar de manier waarop partijen gewend zijn geraakt om een bepaalde maatschappelijke functie met elkaar vorm te geven, hetgeen zich vertaalt in regels, afspraken, technologische keuzes, kennis en opleidingen, organisatiestructuren. Zulke regimes ontstaan geleidelijk, vaak als reactie op historische problemen, maar ontwikkelen tegelijk inertie omdat

Françoise Johansen, Derk Loorbach & Annemiek Stoopendaal

ze zo geïstitutioniseerd en geoptimaliseerd worden. Als tegelijkertijd de samenleving en maatschappelijke behoeften veranderen, kunnen partijen binnen zo'n regime in toenemende mate onder druk komen en kunnen er persistente problemen ontstaan die niet meer vanuit het regime zelf opgelost kunnen worden (Loorbach e.a., 2017).

Transitieonderzoek in de (Nederlandse) gezondheidszorg (onder andere verzameld in Broerse & Bunders, 2010; Broerse & Grin, 2017) ontrafelt enkele van deze complexe en persistente problemen en maakt zichtbaar hoe deze voortkomen uit de dominante kenmerken van de manier van denken, werken en organiseren in de gezondheidszorg (deels ontstaan uit het succes van de gespecialiseerde, curatieve zorg (Van Raak, 2016)). Berkers (in Broerse & Grin, 2017) illustreert hoe de stelselwijzigingen van de afgelopen decennia (bijvoorbeeld basisziektekostenverzekering, marktwerking, decentralisatie) vooralsnog geen toekomstbestendig antwoord bieden op hardnekkige problemen op het gebied van financiële houdbaarheid (betaalbaarheid), afnemende personele capaciteit en afnemende solidariteit in het licht van een vergrijzende samenleving en een toenemende zorgvraag. Vanuit transitieonderzoek zijn dit aanwijzingen dat een regime 'onvolhoudbaar' is en steeds meer onder druk zal komen te staan, om uiteindelijk uit evenwicht te raken en naar een nieuw evenwicht op weg te gaan. Dat gaat gepaard met toenemende crises en problemen (en politiek-bestuurlijk ingrijpen uiteindelijk), maar ook met een steeds sterkere zoektocht naar alternatieven (de 'niches') (Loorbach, 2014; Loorbach e.a., 2017).

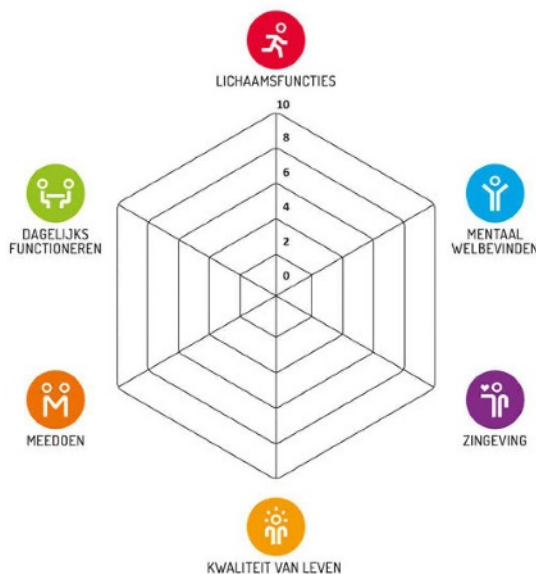
Deze zoektocht naar een toekomstbestendige inrichting van de gezondheidszorg is zichtbaar in de titels van rapporten die de afgelopen paar jaar zijn uitgebracht: *De juiste zorg op de juiste plek* (Taskforce JZJP, 2018), *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel* (Rijksoverheid, 2020), *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú* (Nederlandse Zorgautoriteit & Zorginstituut, 2020), *Discussienota Zorg voor de Toekomst* (VWS, 2021), *Kiezen voor houdbare zorg* (WRR, 2021). Deze rapporten en titels maken duidelijk dat het Nederlandse zorgsysteem onder druk staat en zoekt naar alternatieven. De verschuiving in het discours (van ziekte naar gezondheid) illustreert een andere manier van denken en mogelijk dus ook een andere manier van werken en organiseren, die inmiddels dus eveneens op het niveau van het regime zelf zichtbaar wordt.

Het concept Positieve Gezondheid verwijst naar een algemeen idee dat gezondheid belangrijker wordt dan ziekte en zorg en dat het inzetten op gezondheid een manier is om maatschappelijk welzijn te vergroten en de maatschappelijke kosten (voor zorg) te verlagen, de richting zoals ook al is geschetst in onder andere het eerdergenoemde rapport van de RVZ (2010). Het alternatief dat Positieve Gezondheid biedt, kan in transitieterminologie geduid worden als een transformatieve innovatie (Loorbach e.a., 2020): een andere manier van denken, werken en organiseren die het regime uitdaagt, verandert of vervangt. Inmiddels lijkt hier sprake van, gegeven de opname van het concept en de betrokkenheid van allerlei typische regimepartijen als het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), adviesraden en de wetenschap.

In dit onderzoek proberen we de ontwikkeling en snelle verspreiding van Positieve Gezondheid als alternatief perspectief voor de toekomst van de gezondheidszorg

te traceren en inzicht te krijgen in welke strategieën aan dit diffusieproces hebben bijgedragen. De hoofdvraag voor dit onderzoek is als volgt geformuleerd: *Hoe kunnen we de discursieve verschuiving binnen de Nederlandse gezondheidszorg (aan de hand van het voorbeeld van Positieve Gezondheid) begrijpen vanuit transitieperspectief?* In de volgende paragraaf gaan we allereerst dieper in op de theoretische perspectieven van discours en transitie alvorens onze methode en belangrijkste databronnen toe te lichten. Aan de hand hiervan beschrijven we vervolgens het diffusieproces van Positieve Gezondheid en analyseren we hoe dit tot stand kwam en welke strategieën zijn toegepast. Met een transitiebril wordt ten slotte gereflecteerd op de opname van Positieve Gezondheid in overheidsbeleid en de implicaties voor het toekomstig verloop van de transitie in de zorg.

Figuur 1 Positieve Gezondheid en spinnenwebdiagram (bron: www.iph.nl)



Theoretische perspectieven

Discours

In de inleiding wordt een verschuiving gesignaleerd in de wijze waarop over de rol van zorg wordt gedacht en gesproken: van ziekte naar gezondheid. Deze mogelijke paradigmashift kan verstrekkende gevolgen hebben voor het hele zorgsysteem, maar is tot nu toe vooral terug te zien in de taal die gebruikt wordt. Binnen de sociale wetenschappen wordt taal gezien als een sociale handeling en taal vormt daarmee een eigen werkelijkheid (Van den Berg, 2004). Taal kan in dit kader dan ook geïnterpreteerd worden in de ruimste zin van het woord en omvat alle uitingvormen van betekenis. Taal en taalgedrag kunnen onderzocht worden met een dis-

coursanalyse. Discoursanalyse is onderzoek naar de manier waarop meningen en werkelijkheden discursief – dat wil zeggen in taal – geconstrueerd worden (Van den Berg, 2004, 30). Discours kan dan gezien worden als een specifieke manier van praten over en het begrijpen van de wereld (of een aspect van de wereld) (Jørgensen & Phillips, 2002). Door het beïnvloeden van een bepaalde opvatting van de werkelijkheid kan daarmee ook gedrag worden beïnvloed. Taal is daarmee niet alleen beschrijvend, maar heeft door de beïnvloeding van gedrag ook een performatieve werking (Austin, 1962): het werkt door in de realiteit via het handelen. Hier wordt een discoursanalyse gebruikt om te onderzoeken in hoeverre het dominante discours in de Nederlandse gezondheidszorg aan verandering onderhevig is, met als specifieke focus het denken en praten over ziekte en gezondheid.

Discoursanalyse kent een groot aantal benaderingen en abstractieniveaus, waarbij taalgebruik sec wordt bestudeerd dan wel in meer of mindere mate wordt gekoppeld aan sociale praktijken. Dit onderzoek is in de uitvoering geïnspireerd door de kritische discoursanalyse van Fairclough (2005) en de *argumentative discourse analysis* van Hajer (2006). De focus ligt hier op het traceren van de ontwikkeling in de manier van denken en praten over ziekte en gezondheid. Het nader belichten van het gebruik van de begrippen ‘ziekte’ en ‘gezondheid’ is relevant, omdat de begrip-sinvulling ook het gezondheidsbeleid bepaalt en daarmee een potentiële performatieve werking heeft in hoe gezondheidszorg wordt uitgevoerd.

Transitie

Een transitie is gedefinieerd als een schoksgewijze structurele verandering in de dominante manieren van denken, werken en organiseren (regime) in een maatschappelijk domein (Grin, Rotmans & Schot, 2010). De verandering is radicaal in de zin dat deze fundamenteel is (niet noodzakelijk groots of snel) en zich voltrekt op het gebied van zowel cultuur als structuur en praktijken (Frantzeskaki & De Haan, 2009; Rotmans & Loorbach, 2009) of, in andere woorden: een fundamentele verandering van denken, organiseren en doen binnen een maatschappelijk deelsysteem (zoals de gezondheidszorg). Onderzoek naar historische transities heeft het patroon zichtbaar gemaakt, waardoor dominante cultuur, structuur en werkwijzen (regime), als gevolg van maatschappelijke veranderingen en een onvermogen om zich hieraan aan te passen, gaandeweg onder toenemende druk tot verandering komen te staan (Loorbach e.a., 2017). Transities zijn dan het proces waarin door druk van buiten, interne spanningen en opkomende alternatieven een regime uit evenwicht raakt, waarna de ruimte ontstaat om tot nieuwe en meer fundamentele oplossingen te komen dan met optimalisatie en verbetering het geval zou zijn geweest (Rotmans & Loorbach, 2009).

Persistente problemen zijn hardnekkige problemen die ge(re)produceerd worden door bestaande structuren en actoren in een systeem (Loorbach, 2007). Deze (re)productie wordt beïnvloed door belangen, afhankelijkheden, gebrek aan doorzettingsmacht (of noodzaak tot samenwerken) en het ontbreken van een gezamenlijk perspectief. Deze problemen zijn daarmee complex en systemisch van aard en niet oplosbaar via optimalisatie en efficiëntie omdat ze voortkomen uit de kenmerken van het systeem (Broerse & Bunders, 2010; Broerse & Grin, 2017; Schuitmaker, 2010). Deze systeemkenmerken zijn historisch ontstaan als reactie op problemen

van die tijd en hebben geleid tot allerlei routines, vanzelfsprekendheden, structuren en afhankelijkheden van waaruit het lastig is iets compleet anders te gaan doen. Schuitmaker (2010) heeft enkele kenmerken van het gezondheidszorgsysteem geïdentificeerd die bijdragen aan (re)productie van persistente problemen. Kenmerken als standaardisatie, gebruik van (evidencebased) protocollen en richtlijnen en specialisatie dragen bij aan het in stand houden van een systeem dat is gestoeld op het perspectief van 'ziekte en zorg'.

De begrippen 'niche' en 'regime' in transitiestudies kennen hun oorsprong in het *Multi-Level Perspective* (MLP) (Geels, 2002; Rip & Kemp, 1998; Schot, 1998). Dit MLP schetst hoe ontwikkelingen op macroniveau (bijvoorbeeld demografische ontwikkelingen, politieke verschuivingen, digitalisering, individualisering, globalisering, klimaatverandering) een veranderende context bieden waardoor de dominante manier van denken, werken en organiseren (het regime) minder goed in staat blijkt om hardnekkige problemen op te vangen. Wanneer het bestaande regime onder druk komt te staan, ontstaat ruimte voor alternatieven (niches) die zich afzetten tegen de dominante manier van denken, werken en organiseren (Broerse & Grin, 2017; Loorbach e.a., 2017). Deze niches kunnen verschillende vormen hebben, zoals nieuwe organisatievormen, nieuwe technologieën of sociale innovaties. In de gezondheidszorg is het regime sterk gericht op technologische innovatie, diagnose en behandeling, en nauwe publiek-private samenwerking (Rotmans, 2012, 2014; Walg, 2014). De financieringsstructuur, protocollen, beroepenstructuur, medicamenteuze en technologische behandeloplossingen zijn gebaseerd op dit regime. Dit regime is opgebouwd in de naoorlogse decennia en kwam in de plaats van een veel decentraler regime waarin wijkverpleging en de huisarts als algemeen medicus een veel belangrijker rol speelden (Van Raak, 2016). Met bevolkingsgroei, welvaartsziekten en technologische vooruitgang ontstond de beweging naar het huidige regime, de laatste decennia onder druk van kostenstijgingen steeds verder geliberaliseerd (Rotmans, 2012; Walg, 2014). Maar dit regime blijkt steeds minder een toereikend antwoord te zijn op de maatschappelijke verandering naar gezondheidsverschillen en vergrijzing met meer chronische, meervoudige aandoeningen, waar oplossingen mogelijk op andere domeinen te vinden zijn, zoals bijvoorbeeld leefstijl, leefomgeving, maatschappelijke participatie of armoedebestrijding (Nederlandse Zorgautoriteit & Zorginstituut, 2020; Rijksoverheid, 2020; RVS, 2020; RVZ, 2010; VWS, 2020, 2021; WRR, 2021).

Deze maatschappelijke ontwikkelingen leiden tot persistente problemen in het systeem van gezondheidszorg, en voeren de druk op om alternatieven te onderzoeken. Hierdoor ontstaan nieuwe niches zoals Positieve Gezondheid. Positieve Gezondheid biedt een alternatieve taal met een focus op gedrag, gezondheid en veerkracht, en daarmee een alternatieve invulling van de manier van denken, werken en organiseren in de gezondheidszorg.

In de transitietheorie wordt een dergelijke alternatieve manier van denken, werken en organiseren die het regime uitdaagt aangeduid als 'transformatieve innovatie' (Avelino e.a., 2019). Anders dan technologische innovatie gaat het hier primair om sociale innovatie die zich op een andere manier ontwikkelt. In deze context wordt dan ook gesproken over de 'diffusie van transformatieve sociale innovatie': het proces en de methoden waardoor nieuwe manieren van denken, werken en organise-

Françoise Johansen, Derk Loorbach & Annemiek Stoopendaal

ren zich verspreiden en gaandeweg geïnstitutionaliseerd raken. Transitieonderzoekers hebben diverse typologieën ontwikkeld die de ontwikkeling van innovatie in de context van transformatieve verandering weergeven. Loorbach e.a. (2020) benoemen vijf ontwikkelmechanismen die de kern van verschillende typologieën samenvatten: groei, herhaling, samenwerking, kansen benutten en borgen.

Met het transitieperspectief belichten we zowel de maatschappelijke factoren en omstandigheden als het proces van diffusie (in de zin van verspreiding) van het nieuwe discours en de strategieën die bijdragen aan infiltratie² van nieuwe taal op regimenniveau (bijvoorbeeld in de vorm van beleid). Deze analyse werpt daarnaast een blik op bestaande systeembarrières en de weerstanden en blokkades die vanuit padafhankelijkheid ontstaan. In recente jaren is binnen transitieonderzoek meer aandacht gekomen voor de rol van bestaande (regime)actoren en instituties (Turnheim & Sovacool, 2020) die actief bijdragen aan systeemverandering en de ontwikkeling van een nieuwe manier van denken, werken en organiseren. Transformatieve innovatie wordt hierbij gesteund door bestaande actoren en instituties en niet tegengewerkt (Berggren, Magnusson & Sushandoyo, 2015) zoals het oorspronkelijke MLP-model aangeeft. In de discussieparagraaf bezien we de ontwikkeling van Positieve Gezondheid met deze transitiebril.

Methode

Dit onderzoek richt zich op het traceren van de adoptie van Positieve Gezondheid op regimenniveau in de *Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024*. We volgen het spoor van de ontwikkeling en verspreiding van (de taal van) Positieve Gezondheid (de niche). Discoursanalyse past goed bij transitieanalyse omdat hiermee probleemdefinities en voorgestelde oplossingsrichtingen voor maatschappelijke problemen onderzocht kunnen worden, maar ook omdat het de mogelijkheid biedt om de wording van een alternatieve manier van denken ten opzichte van een dominante te reconstrueren en volgen. Juist daar waar het niet gaat om technologische maar om sociale of transformatieve innovatie, lijkt discoursanalyse dus de meest geschikte methode. Het onderzoek is ten eerste gebaseerd op discoursanalyse op verzamelde documenten. Naast documenten vanuit het Institute for Positive Health (iPH), zoals beleidsplannen en jaarverslagen, is een set gerelateerde documenten geïdentificeerd, zoals landelijke adviesnota's en (wetenschappelijke) publicaties over Positieve Gezondheid. Voor de publicaties over Positieve Gezondheid is gebruikgemaakt van de materialen die iPH via de eigen website beschikbaar stelt en is gezocht in zowel wetenschappelijke als populaire zoekmachines met de opdracht "Positieve Gezondheid". Deze zoekterm is ook gebruikt bij de website van het ministerie van VWS. In een volgende stap zijn via de sneeuwbalmethode diverse andere relevante bronnen gevonden en aan het onderzoek toegevoegd. Het gaat hier met name om kerndocumenten vanuit de verschillende zorgdomeinen.

Aanvullend op de documentenanalyse is een contextanalyse uitgevoerd waarbij ook websites, nieuwsberichten en beeldmateriaal waarin Positive Health het onderwerp was, zijn bestudeerd. Hierbij is gedetailleerd gekeken naar de discussie rondom Positieve Gezondheid in de vorm van kritiekartikelen en reacties hierop

vanuit Machteld Huber (als grondlegger van het concept) en iPH. De analyses zijn aangevuld met twee interviews met vertegenwoordigers van iPH, waarin de bevindingen uit de documenten- en contextanalyse zijn getoetst. Met behulp van een tijdlijn zijn de oorsprong en ontwikkeling van Positieve Gezondheid in Nederland in kaart gebracht.

De analyse van het discours in de documenten heeft plaatsgevonden in twee ronden. In eerste instantie inductief aan de hand van een viertal vragen die zijn afgeleid van de onderzoeksvragen: welke problemen en oplossingen worden gepresenteerd, welke argumenten en tegenargumenten zijn te identificeren, welke actoren zijn betrokken of krijgen een rol toebedeeld, en welke zorgdomeinen beslaat dit? In tweede instantie is deductief gezocht naar de toegepaste (discursieve) strategieën (Johansen & Van den Bosch, 2017; Loorbach, 2007) om positie te verwerven voor Positieve Gezondheid en het gedachtegoed te verspreiden.

De voorliggende analyse is tot stand gekomen in een iteratief proces waarbij algemeen begrip en hoofdlijnen zijn afgewisseld met verdiepende tekstuele analyse.

Ontwikkeling van en groeiende aandacht voor Positieve Gezondheid

Positieve Gezondheid is geïntroduceerd door Machteld Huber als een nieuwe brede benadering van gezondheid. In haar onderzoek bleek de gangbare definitie van gezondheid (geformuleerd door de World Health Organization (WHO) in 1948) onvoldoende bruikbaar, aangezien deze uitgaat van een *toestand* van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden. In de huidige tijd, waarin mensen steeds langer leven en er een hoge prevalentie van chronische ziekten is, is de groep mensen die volgens deze definitie (compleet) gezond is, erg klein. Huber kreeg de mogelijkheid om in 2009 met de Gezondheidsraad en ZonMw een internationale conferentie te organiseren om een nieuwe definitie van gezondheid te verkennen. Met een groep internationale wetenschappers is het voorstel gedaan voor een nieuwe, meer dynamische omschrijving van gezondheid: gezondheid als het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven (Huber e.a., 2011). ZonMw gaf vervolgens opdracht aan Huber om dit concept verder uit te werken en een aanzet te geven tot operationalisering. Het concept Positieve Gezondheid met de zes domeinen en het spinnenwebdiagram is hier het resultaat van (zie kader en figuur 1).

Een interview met Machteld Huber in het NRC, na haar promotie in 2014, introduceerde Positieve Gezondheid bij het grote publiek en de interesse nam daarna explosief toe. Met een eerste proeftuin in de Noordelijke Maasvallei (Boers & Huber, 2015) werden in een netwerk van zorgprofessionals, welzijnsorganisaties, verzekeraars en gemeenten praktijkervaringen opgedaan met het ontwikkelen van een gemeenschappelijk referentiekader en van handelingsperspectieven voortkomend uit het spinnenwebdiagram. De interesse voor Positieve Gezondheid was dusdanig dat in 2015 een apart instituut werd opgericht: Stichting Institute for Positive Health (iPH).³ Vanuit iPH is de verspreiding van kennis over het concept Positieve Gezondheid verder vormgegeven via lezingen, begeleiding van meer proeftuinen

en het voeren van dialogen met stakeholders zoals het ministerie van VWS en zorgverzekeraars.

Met de toenemende bekendheid van Positieve Gezondheid nam ook de kritiek toe. Vooral in 2016 en 2017 worden enkele kritische publicaties uitgebracht (Kingma, 2017; Poesz, Caris & Lapré, 2016; Van der Stel, 2016; Van Staa, Cardol en Van Dam, 2017; Vosman, 2017). De kritiek richt zich op de breedheid van het concept en hoe met de zes dimensies alles tot gezondheid wordt gerekend. Hierdoor zijn het vakgebied en de uitoefening van het beroep van zorgverlener onbegrensd en wordt medicalisering juist in de hand gewerkt in plaats van teruggedrongen. Een ander punt van kritiek dat wordt opgevoerd, is dat Positieve Gezondheid de focus legt op gedrag in plaats van gezondheid, dat dit verwarrend is en objectieve (biopsychosociale) aandoeningen buiten beschouwing laat. Patiënten voelen zich hierdoor mogelijk niet serieus genomen. Een derde punt van kritiek betreft het uitgangspunt van eigen regie. Critici geven aan dat niet iedereen in staat is om zelf de regie te voeren en zelfredzaam te zijn, bijvoorbeeld als gevolg van levensfase, wilsonbekwaamheid of kwetsbaarheid, en zijn deze mensen dan ongezond? In het verlengde hiervan wordt ook opgemerkt dat aanpassingsvermogen, als kernbegrip binnen Positieve Gezondheid, niet altijd positief of gezond is; bijvoorbeeld in situaties van huiselijk geweld is aanpassing niet het meest aan te bevelen gedrag. Daarnaast is er kritiek ten aanzien van de kwaliteit van het uitgevoerde onderzoek en de wetenschappelijke onderbouwing van Positieve Gezondheid en wordt de vraag gesteld in hoeverre Positieve Gezondheid iets nieuws brengt voor al langer bestaande en breed en op zelfredzaamheid georiënteerde beroepsgroepen zoals huisartsen en ergotherapeuten (Van Boven & Versteegde, 2019; Scheijmans & Stoopendaal, 2018). Een groot aantal van deze kritiekpunten is benoemd in het artikel van Poesz e.a. (2016) in het *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. In ditzelfde tijdschrift is door Machteld Huber een reactie geformuleerd waarin de gemaakte keuzes worden beargumenteerd (Huber, 2016).

Vanaf 2017 begint Positieve Gezondheid als begrip te verschijnen in landelijke rapportages en branchegerelateerde kerndocumenten, bijvoorbeeld *Visiedocument Medisch Specialist 2025* (Federatie Medisch Specialisten, 2017), *Kwaliteitskader Wijkverpleging* (Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging, 2018), *Rapportage commissie Werken in de Zorg* (Commissie Werken in de Zorg, 2019) en *Raamplan Artsopleiding 2020* (NFU, 2020). Het rapport van de Taskforce JZJP (2018) vormt een belangrijke opmaat naar de inbedding van Positieve Gezondheid in het beleid van het ministerie van VWS. Dit rapport is gemaakt in opdracht van VWS en geeft redenen waarom de organisatie van zorg anders moet (en kan) vanuit de verschuiving ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag. Positieve Gezondheid wordt genoemd als onderdeel en voorbeeld van de beweging. De inhoud van dit rapport is vervolgens gebruikt voor de hoofdlijnakoorden tussen VWS en de verschillende zorgdomeinen, waardoor ook in enkele van deze akkoorden Positieve Gezondheid is benoemd. De doorbraak van Positieve Gezondheid in overheidsbeleid komt met de publicatie van de *Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024* (VWS, 2020), waarin Positieve Gezondheid als belangrijke pijler in de visie is gepresenteerd. Recentere rapporten, zoals een advies van het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (2020) en een discussienota van VWS (2020), beide over de toekomst

van de zorg, benoemen ook het gedachtegoed van Positieve Gezondheid als bouwsteen voor de toekomst van de zorg en het overheidsbeleid. Het concept Positieve Gezondheid is opgenomen in vele beleidsdocumenten en wordt bekender onder een groter publiek, het verspreidt zich daarmee ook verder.

Diffusieproces

Transitieonderzoekers hebben diverse typologieën ontwikkeld die de ontwikkeling van innovatie in de context van transformatieve verandering weergeven (Loorbach e.a., 2020). In de kern gaat het bij alle typologieën om verschillende mechanismen (in verschillende bewoordingen) die groei, ontwikkeling, versterking en borging stimuleren. Loorbach e.a. (2020) benoemen vijf ontwikkelmechanismen in dit kader: *groei*, *herhaling*, *samenwerking*, *kansen benutten* en *borgen*. De ontwikkeling en diffusie van Positieve Gezondheid kunnen we bezien in het licht van deze ontwikkelmechanismen van transformatieve innovatie.

Groei, in dit kader, is kwantitatief van aard. In dit onderzoek is geen kwantitatieve analyse uitgevoerd van de toegenomen naamsbekendheid, het aantal afgenomen trainingen of aantal daadwerkelijke gebruikers. Echter, op het oog alleen al kan wel gesproken worden van groei als gekeken wordt naar de toenemende vraag naar trainingen, het toenemende aantal samenwerkingspartners, het toenemende aantal publicaties (inclusief beeldmateriaal) over Positieve Gezondheid of waarin hieraan gerefereerd wordt. Groei in termen van duurzame (structurele) financiering is nog wel in ontwikkeling.

Herhaling refereert aan de vertaling van het gedachtegoed en de praktijken van Positieve Gezondheid in een andere context. Op dit terrein kunnen we diverse ontwikkelingen identificeren, bijvoorbeeld aanpassing van de gesprekstoel 'Mijn Positieve Gezondheid' voor specifieke doelgroepen en verbreding naar andere domeinen zoals werk. Daarnaast vertaalt iPH ook Positieve Gezondheid naar toepassing op meerdere niveaus: individu, organisatie, wijk/gemeente, provincie en landelijk. *Samenwerking* gaat over het bij elkaar brengen van middelen, competenties en capaciteiten, bijvoorbeeld met andere innovators. Stichting iPH zoekt expliciet de samenwerking met anderen, op het gebied van bijvoorbeeld training, onderzoek en implementatietrajecten. Uitgangspunt hierbij is synergie en gemeenschappelijkheid zoeken, cocreatie en samenwerken met intrinsiek gemotiveerde mensen of partnerorganisaties, die vervolgens de rol van ambassadeur vervullen. Vanuit iPH wordt gewerkt met een 'coalition of the willing' en er is vanaf het begin veel geïnvesteerd in het vinden en stimuleren van deze intrinsiek gemotiveerde ambassadeurs binnen gevestigde zorginstellingen en praktijken en bij organisaties op regimeniveau (bijvoorbeeld bij VWS, zorgverzekeraars, brancheverenigingen). Deze contacten hebben in ieder geval brede steun opgeleverd voor iPH en veel ruimte geboden voor het uitdragen van Positieve Gezondheid, en hier wordt door instituten als ZonMw en Vilans⁴ ook uitdrukkelijk in bijgedragen.

Het *benutten van kansen* is wellicht de meest onzichtbare factor in de voorspoedige diffusie van Positieve Gezondheid. Toevallige ontmoetingen die deuren openen, het treffen van invloedrijke ambassadeurs, mensen op relevante posities kunnen

Françoise Johansen, Derk Loorbach & Annemiek Stoopendaal

inspireren; het benutten van de kansen die ontmoetingen met zich meebrengen, en het blijven opzoeken van deze ontmoetingen, heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de bekendwording en verspreiding van Positieve Gezondheid.

Het laatste ontwikkelmechanisme is *borging of inbedding*, waarbij sprake is van daadwerkelijke institutionalisering als een innovatie onderdeel is geworden van een maatschappelijke structuur, bijvoorbeeld via regelgeving of financiering. Zowel in uitingen van iPH (zoals missie, visie, beleidsplannen, doelstellingen, jaarverslagen en publicaties) in de jaren 2015-2021 als in de diverse nota's en beleidsdocumenten van het ministerie van VWS en adviesrapporten aan de overheid in dezelfde periode, is een sterk vergelijkbare omschrijving te vinden van context en probleemformulering die de noodzaak schetsen om het anders te doen en hoe Positieve Gezondheid hier een bijdrage aan kan leveren (zie tabel 1). De prominente positionering van Positieve Gezondheid in de *Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024* (hierna aangeduid als LNG) van VWS impliceert borging door institutionalisering en verworven legitimiteit van het concept.

Tabel 1 Overlappend discours gebruikt door niche en regime actoren in de jaren 2015-2021

	iPH	VWS en aanverwante instituten LNG
Geschetste context	<ul style="list-style-type: none"> - Vergrijzing en toename chronisch ziekten, toegenomen levensverwachting. - Betaalbaarheid van de zorg staat onder druk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Huidig zorgsysteem is financieel onhoudbaar door almaar toenemende kostenstijging. - Toename aantal ouderen met chronische aandoeningen en multimorbiditeit, sociale problemen zoals eenzaamheid. - Technologische ontwikkelingen.
Probleemformulering	<ul style="list-style-type: none"> - Begrip gezondheid WHO te statisch en ambitieus. - Burgers/patiënten onvoldoende zelfredzaam m.b.t. hun gezondheid. - Onvoldoende samenwerking/samenhang tussen zorg en sociale domein/schotten. - Patiënt centraal krijgt onvoldoende invulling in de praktijk. - Focus op aandoening/klachten/problemen en medicalisatie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Medicalisering en hospitalisering door nadruk op aandoeningen en behandeling. - Toename medische mogelijkheden. - Er wordt door bovenstaande twee punten een steeds groter beroep gedaan op beschikbare zorg en middelen. - Gebrek aan samenhang en coördinatie. - Deel van de mensen niet in staat om hun leven op de rit te krijgen en regie te houden op de ondersteuning en zorg die ze ontvangen. - Verspilling van geld en mankracht door onnodige zorg (opgeëist door de burger) of verkeerde keuzen voor de inzet van zorg (duur als het niet nodig is, op locatie als het ook thuis/digitaal kan, te weinig preventie/leefstijl/gezondere omgeving).
		LNG
		<ul style="list-style-type: none"> - Gezamenlijke en domeinoverstijgende visie en aanpak van gezondheidsvraagstukken is nodig. - Gezond zijn en gezond voelen worden beïnvloed door achterliggende problematiek zoals (fysieke of sociale) leefomgeving, opleiding of inkomen/schulden. - Druk op het dagelijks leven bij jeugd en jongvolwassenen. - Vitaliteit van ouderen moet zo veel mogelijk in stand gehouden worden.

Tabel 1
(Vervolg)

	iPH	VWS en aanverwante instituten LNG
Bijdrage van Positieve Gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> - Doet een appèl op de samenleving om met elkaar anders te kijken, te denken en te organiseren. - Focus op zelfredzaamheid, veerkracht, eigen regie versterken. - Van moeten naar willen. - Brug slaan tussen zorg en sociale domein door gemeenschappelijke taal. - Mens daadwerkelijk centraal. - Intrinsieke motivatie bij patiënten en professionals aanboren. - Meer betekenisvol invulling geven aan beleid en inrichting van zorg en welzijn. - Oplossingen zoeken in preventie of andere domeinen dan het medische. 	<ul style="list-style-type: none"> - Positieve Gezondheid als onderdeel van het doelmatiger organiseren van zorg: - Aanbod meer toesnijden op (daadwerkelijke) vraag. - Investeren in preventie, leefstijl, vroegsignalering en brede beoordeling van wat echt nodig is. - Professionals hebben gevoel waarde toe te voegen. - Zelfredzaamheid mensen en hun omgeving vergroten. - Zorg meer in samenhang, welbevinden echt centraal en zorg integraal rondom mensen en zo dichtbij mogelijk georganiseerd. - Persoonsgerichte zorg die aansluit bij wat mensen nodig hebben om met een ziekte of aandoening zo goed mogelijk hun leven in te kunnen richten. - Vroegtijdige aanpak van sociale problematiek.
		LNG
		<ul style="list-style-type: none"> - Het gaat bij gezondheidsvraagstukken niet alleen om de lichamelijke kanten van gezondheid, maar ook om het vermogen je aan te passen, je welbevinden, eigen regie, veerkracht, participatie en zingeving. Gezondheid is dus meer dan 'niet ziek zijn'. - Positieve Gezondheid als domeinoverstijgend bindmiddel door brede kijk op gezondheid, stimuleert samenwerking.

In de ontwikkeling en verspreiding van Positieve Gezondheid kunnen verschillende acties onderscheiden worden die dit diffusieproces ondersteund hebben (zie tabel 2). Deze acties/strategieën zijn niet alleen door iPH ingezet en voor een deel niet strategisch ontwikkeld, maar onbewust ontstaan. De optelsom van deze variatie aan activiteiten heeft echter wel bijgedragen aan de gerealiseerde verspreiding van Positieve Gezondheid en kan achteraf worden gezien als een transitiestrategie om dit discours tot transitie te laten bijdragen. Op basis van het kader van transitie management maken wij ook hier onderscheid tussen drie niveaus van beïnvloeding: discursief/cultuur (strategisch), netwerken/structuur (tactisch) en routines/werkwijzen (operationeel) (Loorbach, 2007).

Tabel 2 Acties die verspreiding van Positieve Gezondheid ondersteund hebben

Strategisch: discursief en cultuur	<ul style="list-style-type: none"> – Presentatie van Positieve Gezondheid als (bijdrage aan) de oplossing voor problemen binnen het zorgsysteem, bijvoorbeeld 'de sleutel in de omslag van de zorg'. – Positief woordgebruik: uiteraard <i>Positieve</i> Gezondheid, maar ook bijvoorbeeld inspiratie, groei, cocreatie, eigen regie. – Aansluiten bij beweging van ziekte naar gezondheid. Vergelijking met andere aanverwante concepten en waar deze elkaar kunnen versterken. – Publicaties, inclusief reactie op kritiek en willen aangaan van dialoog. – Persoonlijk verhaal van Machteld Huber (en het daarmee hebben van een boegbeeld) versterkt de boodschap.
Tactisch: netwerken en structuur	<ul style="list-style-type: none"> – Coalition of the willing (focus op mensen met intrinsieke motivatie om dit concept te gebruiken). – Betrokkenheid van experts (o.a. internationale conferentie). – Subsidiëring door en samenwerkingsovereenkomsten met regiespelers (VWS, zorgverzekeraars, Vilans). – Kennis en ontwikkeling onderbrengen in een instituut. – Wetenschappelijk onderzoek (gepubliceerd). – Persaandacht door het winnen van prijzen of goed scoren in rankings. – Krachtige digitale aanwezigheid. – Lobbywerk.
Operationeel: routines en werkwijzen	<ul style="list-style-type: none"> – Transparantie, bijvoorbeeld ervaringen en praktijkhulpmiddelen delen via de website. – Testimonials door praktijkgebruikers (o.a. via YouTube). – Geaccrediteerde opleiding (huisartsen, medisch specialisten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten). – Uitbrengen handboek Positieve Gezondheid (voor huisartsen). – Verbreding naar andere domeinen, bijvoorbeeld werk (vitaliteit).

Naast de opmars van Positieve Gezondheid is tevens een aantal aanverwante bewegingen te ontdekken. Het concept van Positieve Gezondheid refereert aan de positieve psychologie (Seligman, 2008; Walburg, 2010). De positieve psychologie richt zich op het bevorderen van mentale veerkracht van mensen in tegenstelling tot de probleemgeoriënteerde focus van de klassieke psychologie. Ook moet de in-

Françoise Johansen, Derk Loorbach & Annemiek Stoopendaal

augurale rede *De weg van nazorg naar voorzorg: buiten de gebaande paden* (Ruwaard, 2012) genoemd worden. Een beweging die sterk overlapt met Positieve Gezondheid is de 'positieve gezondheidszorg met het model voor oplossingsgericht werken' (Bannink & Jansen, 2017), waarbij de uitgangspunten hetzelfde zijn, maar het gebruikte praktijkmodel een andere insteek kent. Er blijkt veel overlap te zitten in de door deze partijen gebruikte probleemformulering. Stichting iPH werkt waar mogelijk samen met vertegenwoordigers van deze andere stromingen die gelijkenis hebben met Positieve Gezondheid en als het ware concurrerende discoursen vormen. Hierbij wordt ook het perspectief van de gemene deler gehanteerd en gezocht naar hoe verschillende concepten en ideeën elkaar kunnen versterken.

Discussie

Over het concept Positieve Gezondheid wordt wel eens gezegd dat het voor elk wat wils biedt (meestal als kritiek), echter mogelijk zit hier ook juist de kracht en verbindende factor. Wanneer het concept tegelijk voldoende helder gekaderd is en weinig interpretatieverschil kent, combineert het concept flexibiliteit én biedt het een gezamenlijke identiteit. Bij de uitingen van kritiek die in een eerdere paragraaf zijn beschreven, is regelmatig het argument naar voren gebracht dat Positieve Gezondheid niets nieuws brengt: de huisarts heeft van nature een brede blik, de ergotherapeut kijkt altijd al naar mogelijkheden in het dagelijks leven, de samenhang tussen domeinen kennen we al sinds de preventiegeneeskunde. Dus niets nieuws onder de zon? Wellicht niet, echter een enkele beroepsgroep of een enkel zorgdomein heeft in het verleden niet de doorzettingsmacht gehad (en mogelijk ook niet geambieerd) om het eigen gedachtegoed gemeengoed te laten zijn binnen het gehele zorgsysteem. Het hoe en waarom hiervan valt buiten de scope van dit onderzoek, maar een mogelijke verklaring is dat specifieke beroepsgroepen of zorgdomeinen hun identiteit juist te zeer aan het eigen beroep of domein ontlenen (en binnen die structuur opereren) om domeinoverstijgend hun gedachtegoed te verspreiden. Naast de kritiek van 'niets nieuws onder de zon' zijn er ook professionals, onderzoekers en beleidsmakers die juist op zoek gaan en bevestigen dat Positieve Gezondheid versterkend kan werken met het eigen domein. Scheijmans en Stoopendaal (2018) vergelijken Positieve Gezondheid met ergotherapie en constateren dat beide de rol van intermediair tussen de sectoren zorg en welzijn kunnen vervullen. Hier wordt ook weer de gemeenschappelijke taal uitgelicht als instrument om de samenwerking tussen professionals en domeinen te verbeteren.

In de vorige paragraaf is het diffusieproces geanalyseerd aan de hand van vijf ontwikkelmechanismen van transformatieve innovatie (Loorbach e.a., 2020). Het gebruik van deze ontwikkelmechanismen is een nuttige lens gebleken om de toegepaste diffusiestrategieën te duiden. Al is het ontwikkelmechanisme *groei* wellicht meer een resultaat van toegepaste strategieën als herhaling, samenwerking en kansen benutten. Naast de onderzochte ontwikkelmechanismen genoemd door Loorbach e.a. (2020) valt op basis van deze analyse nog een strategie te ontdekken: verstevigen van het concept/gedachtegoed. Uit de analyse komt naar voren dat veel acties gericht zijn op het verstevigen van de basis van het gedachtegoed. Spe-

cifieke acties in dit kader zijn evaluatieonderzoek en onderzoek naar meetbaarheid en operationalisatie (Van Vliet e.a., 2021) van het concept Positieve Gezondheid. Daarnaast wordt gewerkt aan versteviging van het concept door het aangaan van de publieke dialoog met criticasters. Een laatste actie die deze strategie ondersteunt is het onderzoeken van aanverwante concepten en deze zien als versterkend en niet concurrerend. Deze strategie van ‘versteviging van het concept en gedachtegoed’ doet daarmee denken aan de (discursieve) strategieën van verdiepen en verbreden zoals beschreven door Johansen en Van den Bosch (2017).

In het kader van Positieve Gezondheid wordt weinig expliciet gesproken over kostenbeheersing in de zorg, echter de omschrijving van beoogde resultaten (bijvoorbeeld minder verwijzingen naar de tweede lijn, oplossingen buiten het medische domein) kan wel in dat licht bezien worden. Deze uitingen van Positieve Gezondheid zijn in die zin ondersteunend aan het overheidsdiscours en er is sprake van overlappende probleemdefinities met betrekking tot onhoudbaarheid van het zorgstelsel, ontwikkeling van zelfredzaamheid van burgers en aanpak van medicalisering. Deze aansluiting, in combinatie met de bredere beweging in het denken van ziekte naar gezondheid, kan op zichzelf al voldoende zijn geweest voor het ministerie van VWS om Positieve Gezondheid vaker te gebruiken in beleid. Echter is het ook goed te realiseren dat VWS (en zijn aanverwante instituten en programma’s) vanaf de eerste ontwikkeling van Positieve Gezondheid betrokken is geweest bij iPH. Er werd financiële steun verleend en vanuit VWS is ook input geleverd bij de ontwikkeling van Positieve Gezondheid. Dit geldt voor meerdere stakeholders, zoals ook verzekeraars en diverse beroepsgroepen in de gezondheidszorg.

Met de groeiende toepassing van Positieve Gezondheid in de praktijk wordt ook de invloed van bestaande structuren en belangen zichtbaar (padafhankelijkheid; Loorbach e.a., 2017). Zo kunnen belemmerende financieringsmechanismen de effectieve vormgeving van Positieve Gezondheid frustreren. Dit kwam naar voren in een pilot met een huisartsenpraktijk waarbij de voorgeschreven tijd voor een gesprek van tien minuten naar een kwartier werd verlengd én een ander, op Positieve Gezondheid gebaseerd, gesprek werd gevoerd. Dit leidde tot 25 procent reductie in doorverwijzingen en een afname in het aantal medicatievoorschriften (Jung e.a., 2018). Maar de pilot werd door de opdrachtgevende/betalende zorgverzekeraar niet uitgebreid, ondanks de aanzienlijke daling van het aantal doorverwijzingen naar het regionale ziekenhuis (dat financieel in zwaar weer verkeerde). Het (financiële) belang van het ziekenhuis, zeker relevant om de regionale zorginfrastructuur voor inwoners te waarborgen, was reden om een barrière voor uitbreiding van het succesvolle project op te werpen. Dit terwijl de resultaten van het project wel in lijn waren met het doel van zowel de verzekeraar (zinnige zorg) als het ministerie van VWS (de juiste zorg op de juiste plek/passende zorg).

Deze casus, waar duidelijk aan gerefereerd wordt in het adviesrapport *Samenwerken aan passende zorg; de toekomst is nú* van Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit (2020) maakt zichtbaar dat meer nagedacht moet worden over de mogelijke impact van denken, werken en organiseren vanuit Positieve Gezondheid voor het bestaande zorgsysteem en de financiële structuren: een omslag zal diep ingrijpen op de verdeling van middelen. Daarmee is het uitfasen van be-

Françoise Johansen, Derk Loorbach & Annemiek Stoopendaal

lemmerende elementen in de beweging van ziekte naar gezondheid die VWS wil maken, en iPH met Positieve Gezondheid, een cruciale maar voorlopig nog nauwelijks uitgewerkte uitdaging. De diffusiestrategieën die naar voren komen in deze analyse onderschrijven het belang van taal en daarmee de beïnvloeding van dominante cultuur en praktijken (Frantzeskaki & De Haan, 2009), maar markeren ook direct de impact van (achterblijvende) structuurveranderingen zoals financiering of echelons. De rapportages (van VWS en andere regimespelers) die Positieve Gezondheid omarmen gebruiken vaak woorden als ‘integraal’ en ‘domeinoverstijgend’, waarmee direct ook een belangrijke uitdaging wordt neergelegd ten aanzien van hoe we begrippen als gezondheid en gezondheidszorg interpreteren en vertalen in een werkbaar systeem. De onderzoeksagenda voor duurzame transities (Köhler e.a., 2019) richt zich uitdrukkelijk ook op de rol van bestaande organisaties en regimespelers (Turnheim & Sovacool, 2020) en de versterkende rol (Berggren e.a., 2015) die zij kunnen spelen in het realiseren van blijvende fundamentele verandering, vergelijkbaar met de strategie van iPH om al in een vroeg stadium nauw samen te werken met VWS en zorgverzekeraars.

Conclusie

In dit artikel is geschetst hoe het zorgstelsel onder druk staat, waardoor er ruimte komt voor alternatieven. Ogenschoonlijk wordt nu wezenlijk gezocht naar andere waarden om het stelsel van gezondheidszorg opnieuw in te richten. Hierbij wordt door de overheid gebruikgemaakt van begrippen als ‘passende zorg’, ‘de juiste zorg op de juiste plek’ en ‘integrale zorg’, maar vaak ook wordt Positieve Gezondheid genoemd. In dit artikel is getracht te begrijpen hoe en waarom het gedachtegoed van Positieve Gezondheid een prominente plek heeft weten in te nemen in het veranderende beleidsdiscours in de Nederlandse gezondheidszorg.

Positieve Gezondheid geeft invulling aan de voorgestelde paradigmashift van ‘ziekte’ naar ‘gezondheid’, geïntroduceerd bij beleidsmakers via de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in 2010. De conceptontwikkeling werd gesteund door de Gezondheidsraad en ZonMw. Hiermee was (beleidsmatig) een zachte landing mogelijk voor Positieve Gezondheid. Een tweede verklaring voor de warme ontvangst van Positieve Gezondheid is de vroegtijdige en voortdurende betrokkenheid van systeemspelers zoals het ministerie van VWS en de verzekeraars bij de ontwikkeling van het concept. Vanaf de vroege ontwikkeling van Positieve Gezondheid zijn partijen uitgenodigd om input te leveren en derhalve is er bij systeemspelers ook sprake van herkenning van het concept. Stichting iPH plukt hier de vruchten van een proactieve netwerkstrategie. Een laatste verklaring voor de opkomst van Positieve Gezondheid is gelegen in de taal zelf. Het discours rondom de paradigmashift van ziekte naar gezondheid kent begrippen als veerkracht, eigen regie, zelfredzaamheid, leefstijl (geneeskunde) en preventie en sluit aan bij het bredere overheidsdiscours over het uitfaseren van de verzorgingsstaat. De focus op gezondheid (in plaats van ziekte) past goed bij de preventie- en leefstijlgedachte en de mogelijkheid om daarmee kosten te besparen omdat mensen gezonder oud worden en minder een beroep doen op het zorgsysteem.

Vanuit transitieperspectief kun je de vraag stellen of met de diffusie van het concept Positieve Gezondheid de transitie van zorg naar gezondheid onomkeerbaar is geworden of dat het hier vooral gaat om de mainstreaming van een idee en concept, maar dat deze vooral is opgenomen in het bestaande regime zonder al te veel structurele veranderingen. Deze vraag laat zich alleen definitief beantwoorden door historici in de toekomst: het is te vroeg om te constateren of de omslag in denken ook tot diepe verandering in structuur en werken van de zorg leidt. Hoewel onmiskenbaar is dat het denken in brede zin fundamenteel aan het verschuiven is, is ook zichtbaar geworden dat onderliggende systeembarrrières en belangen nog zeer stabiel zijn. De vraag is dus in hoeverre partijen ook in staat zijn om gaandeweg het andere denken te internaliseren en gepaard te laten gaan met stapsgewijze veranderingen in de regels, procedures, routines, afspraken, samenwerkingsverbanden, investeringen en opleidingen. De transitietheorie is dat als ze hier niet in slagen, het nu nog dominante regime intact zal blijven, maar door de persistente problemen onvermijdelijk met toekomstige crises te maken gaat krijgen. Om dan wellicht alsnog in transitie te raken.

Noten

- 1 Positieve Gezondheid wordt bewust met hoofdletters geschreven. De term is niet nieuw en komt in de literatuur met verschillende betekenissen voor. Het gebruik van hoofdletters onderscheidt de (Nederlandse) versie met zes levensdomeinen.
- 2 Infiltratie wordt hier gebruikt in de (neutrale) betekenis van langzame doordringing (Van Dale).
- 3 Vroege interesse vanuit internationale hoek gaf aanleiding tot het kiezen van een Engelse naam.
- 4 ZonMw is de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren. Vilans is de landelijke kennisorganisatie voor de langdurige zorg. ZonMw en Vilans werken beide in opdracht van het ministerie van VWS.

Literatuur

- Austin, J.L. (1962). *How to do things with words: Lecture I. How to do things with words*. Oxford: Oxford University Press, 1-11.
- Avelino, F., Wittmayer, J.M., Pel, B., Weaver, P., Dumitru, A., Haxeltine, A., ... O’Riordan, T. (2019). Transformative social innovation and (dis) empowerment. *Technological Forecasting and Social Change*, 145: 195-206.
- Bannink, F.P., & Jansen, P. (2017). *Positieve gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk*. Amsterdam: Pearson.
- Berg, H. van den (2004). Discoursanalyse in de praktijk. *Tijdschrift Kwalon*, 9: 3.
- Berggren, C., Magnusson, T., & Sushandoyo, D. (2015). Transition pathways revisited: established firms as multi-level actors in the heavy vehicle industry. *Research policy*, 44 (5): 1017-1028.

Françoise Johansen, Derk Loorbach & Annemiek Stoopendaal

- Berkers, E. (2017). Contested health system, 1970 to the present. In: J.E. Broerse & J. Grin (red.), *Toward sustainable transitions in healthcare systems*, New York: Routledge, 23-45.
- Boers, I., Huber, M., & Netwerk Positieve gezondheid Noordelijke Maasvallei. (2015). *Hoe krijgt het concept 'Positieve gezondheid' regionaal handen en voeten?: procesbeschrijving van het traject dat wordt afgelegd door het Netwerk Positieve gezondheid in de Noordelijke Maasvallei*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Boven, K. van, & Versteegde, T. (2019). Positieve Gezondheid een onsamenhangend concept. *Bijblijven*, 35 (8): 55-58.
- Broerse, J.E., & Bunders, J.G.F. (2010). *Transitions in Health Systems: dealing with persistent problems*. Amsterdam: VU University Press.
- Broerse, J.E., & Grin, J. (2017). *Toward sustainable transitions in healthcare systems*. New York: Routledge.
- Commissie Werken in de Zorg (2019). *Rapportage commissie Werken in de Zorg: 'behoud en innovatie als dé opgave'*. www.eerstekamer.nl/overig/20191220/rapportage_commissie_werken_in_de/meta.
- Fairclough, N. (2005). Critical discourse analysis in transdisciplinary research. In: R. Wodak & P. Chilton (red.), *A new agenda in (critical) discourse analysis*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 53-70.
- Federatie Medisch Specialisten (2017). *Visiedocument Medisch Specialist 2025*. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten. <https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>.
- Frantzeskaki, N., & Haan, H. de (2009). Transitions: Two steps from theory to policy. *Futures*, 41 (9): 593-606.
- Geels, F.W. (2002). Technological transitions as evolutionary reconfiguration processes: a multi-level perspective and a case-study. *Research policy*, 31 (8-9): 1257-1274.
- Grin, J., Rotmans, J., & Schot, J. (2010). *Transitions to sustainable development: new directions in the study of long term transformative change*. New York: Routledge.
- Grujter, M. de, Nederland, T., & Stavenuiter, M.M.J. (2014). *Meedenkers aan het woord. Focusgroepen over 'Zorg voor Gezondheid in 2030'*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Hajer, M.A. (2006). Doing discourse analysis: coalitions, practices, meaning. In: M. van den Brink & T. Metzke (red.), *Words matter in policy and planning: discourse theory and method in the social sciences*, Utrecht : Koninklijk Nederlands Aardrijkskundig Genootschap, 65-74.
- Huber, M. (2016). Antwoord op 'Gezondheid: een definitie?' van Poiesz, Caris en Lapré. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 94 (8): 292-296.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343:d4163: 235-237.
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., & Knottnerus, A. (2013). *Towards a Conceptual Framework relating to 'Health as the ability to adapt and to self manage'*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Johansen, F., & Bosch, S. van den (2017). The scaling-up of Neighbourhood Care: From experiment towards a transformative movement in healthcare. *Futures*, 89: 60-73.
- Jørgensen, M.W., & Phillips, L.J. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. Londen: Sage.
- Jung, H.P., Jung, T., Liebrand, S., Huber, M., Stupar-Rutenfrans, S., & Wensing, M. (2018). Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen. *Huisarts en wetenschap*, 61 (3): 39-41.
- Kingma, E. (2017). Kritische Vragen bij Positieve Gezondheid. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 3: 81-83.

- Köhler, J., Geels, F.W., Kern, F., Markard, J., Onsongo, E., Wieczorek, A., ... Wells, P. (2019). An agenda for sustainability transitions research: State of the art and future directions. *Environmental innovation and societal transitions*, 31: 1-32.
- Loorbach, D. (2007). *Transition management. New mode of governance for sustainable development*. Utrecht: International Books.
- Loorbach, D. (2014). *To Transition! Governance panarchy in the new transformation*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Loorbach, D., Frantzeskaki, N., & Avelino, F. (2017). Sustainability transitions research: transforming science and practice for societal change. *Annual Review of Environment and Resources*, 42: 599-626.
- Loorbach, D., Wittmayer, J., Avelino, F., Wirth, T. von, & Frantzeskaki, N. (2020). Transformative innovation and translocal diffusion. *Environmental Innovation and Societal Transitions*, 35: 251-260.
- Nederlandse Zorgautoriteit & Zorginstituut. (2020). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*. Utrecht: NZa. www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2020/11/27/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu.
- Nelissen, J., & Degryse, J. (2015). Salutogenese. *Huisarts Nu*, 44 (1): 26-31.
- NFU (2020). *Raamplan Artsopleiding 2020*. Utrecht: NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. www.nfu.nl/sites/default/files/2020-08/20.1577_Raamplan_Artsenopleiding_-_maart_2020.pdf.
- Poiesz, T., Caris, J., & Lapré, F. (2016). Gezondheid: een definitie? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 94 (7): 252-255.
- Raak, R. van (2016). *Transition Policies; connecting system dynamics, governance and instruments in an application to Dutch Healthcare* (PhD thesis). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. <https://repub.eur.nl/pub/80061>.
- Rijksoverheid (2020). *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel, Brede maatschappelijke heroverweging*. <https://open.overheid.nl/repository/ronl-f5a6a54c-f4ae-40b9-9344-21d0a6fe86ac/1/pdf/bmh-2-naar-een-toekomstbestendig-zorgstelsel.pdf>.
- Rip, A., & Kemp, R. (1998). Technological change. In: S. Rayner & E.L. Malone (red.), *Human choice and climate change: Vol. II, Resources and Technology*, Columbus, Ohio: Battelle Press, 327-399.
- Rotmans, J. (2012). *In het oog van de orkaan. Nederland in transitie*. Boxtel: Æeneas.
- Rotmans, J. (2014). *Verandering van tijdperk: Nederland kantelt*. Boxtel: Æeneas.
- Rotmans, J., & Loorbach, D. (2009). Complexity and transition management. *Journal of industrial ecology*, 13 (2): 184-196.
- Ruwaard, D. (2012). *De weg van nazorg naar voorzorg: buiten de gebaande paden*. Maastricht: Maastricht University.
- RVS (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving.
- RVZ (2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid, 'de nieuwe ordening'*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Scheijmans, C., & Stoopendaal, A. (2018). Ergotherapie en Positieve Gezondheid: vinden, versterken en samenwerken. *Ergotherapie Magazine*, 2: 20-23.
- Schot, J.W. (1998). The usefulness of evolutionary models for explaining Innovation. The case of the Netherlands in the nineteenth century. *History and Technology*, 14 (3): 173-200.
- Schuitmaker, T.J. (2010). Persistent problems in the Dutch healthcare system: an instrument for analysing system deficits. In: J.E. Broerse & J.G.F. Bunders (red.), *Transitions in Health Systems: dealing with persistent problems*, Amsterdam: VU University Press, 21-47.

Françoise Johansen, Derk Loorbach & Annemiek Stoopendaal

- Seligman, M.E. (2008). Positive health. *Applied psychology*, 57: 3-18.
- Staa, A.L. van, Cardol, M., & Dam, A. van (2017). Positieve gezondheid kritisch beschouwd: Niet nieuw, onduidelijk, misleidend en niet zonder risico. *Positieve Psychologie*, 4: 33-39.
- Stel, J. van der (2016). Definitie 'gezondheid' aan herziening toe. *Medisch Contact*, 23: 18-19.
- Stuurgroep Kwaliteitskader Wijkverpleging (2018). *Kwaliteitskader wijkverpleging*. www.kwaliteitwijkverpleging.nl/wp-content/uploads/2021/03/kwaliteitskader-wijkverpleging.pdf.
- Taskforce JZJP (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?* www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/over-ons/.
- Turnheim, B., & Sovacool, B.K. (2020). Forever stuck in old ways? Pluralising incumbencies in sustainability transitions. *Environmental Innovation and Societal Transitions*, 35: 180-184.
- Vaandrager, L., & Koelen, M. (2011). Van pathogenese naar salutogenese. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89 (7): 350-351.
- Vliet, M. van, Doornenbal, B.M., Boerema, S., & Akker-Van, E.M. van den (2021). Development and psychometric evaluation of a Positive Health measurement scale: a factor analysis study based on a Dutch population. *BMJ Open* 2021, 11 (2): e040816.
- Vosman, F. (2017). Ongebreidelde zorg. Het gezondheidsconcept van Huber onder de loep. *Waardenwerk*, 68: 61-68
- VWS (2020). *Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2021). *Discussienota Zorg voor de Toekomst*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Walburg, J.A. (2010). Wat heeft de positieve psychologie te bieden? *Psychologie en Gezondheid*, 38 (1): 38-41.
- Walg, C. (2014). *Gezond centraal. Opschudding in de gezondheidszorg*. Barneveld: Uitgeverij Boekenbent.
- Walg, C. (2019). Een andere kijk op gezondheid en zorg. *Bijblijven*, 35 (8): 59-69.
- WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.