



*Positieve Gezondheidszorg*

# Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk

Het concept '*Positieve Gezondheidszorg*' verbindt het medische met het oplossingsgerichte model. We bespreken dit vanuit het perspectief van onzekerheid, en de beperkingen van oorzakelijkheid. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) publiceerde onlangs haar rapport *Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Hierin stelde ze de dominante positie van evidence-based practice (EBP) in de gezondheidszorg ter discussie. We raden u van harte aan dit rapport te lezen, want: "Hoewel formeel EBP een integratie is van externe kennis, klinische expertise en voorkeuren van de patiënten, heeft de EBP-beweging onvoldoende aandacht besteed aan hoe dit moet."

## ■ Fredrike Bannink & Pieter Jansen

### Onzekerheid

In onze moderne technologische samenleving heerst de (onuitgesproken) opvatting dat wanneer je maar lang genoeg onderzoek doet met steeds sterkere microscopen en steeds krachtigere computers, de onzekerheid zal afnemen en uiteindelijk elk fenomeen te begrijpen is. Sapolsky (2010) onderzocht de juistheid van deze opvatting. Hij koos een onderwerp waarover veel studies gepubliceerd zijn op verschillende niveaus van schaalgrootte. Hij verdeelde de studies in groepen: (1) studies die zich bezighielden met het geheel, (2) studies die zich concentreerden op deelelementen, en (3) studies met de focus op onderdelen van deelelementen, enzovoort. Volgens keek hij naar de resultaten met de vraag of de mate van onzekerheid afnam bij toenevend inzoomen op het onderwerp. De conclusie was ontvondend: dat bleek niet het geval.

Een andere manier om naar de grenzen van onderzoek en voorspelbaarheid (lees EBP) te kijken is met behulp van het begrip 'emergentie'. Emergentie laat het effect van de ontelbare interacties in onze complexe wereld zien. In een systeem kunnen door grote hoeveelheden interacties tussen kleine elementen nieuwe eigenschappen van het geheel zichtbaar worden. Dit wordt 'emergentie' genoemd wanneer de kleinere elementen deze eigenschap niet bezitten. Een voorbeeld van een emergente eigenschap is kleur. Individuele atomen hebben geen kleur; rangschikking van grote aantallen atomen doet bij absorberen en weerkaatsen van licht een kleur ontstaan. Een mierenkolonie wordt ook vaak als voorbeeld genoemd: aan de hand van het gedrag van een mier kan men niet afleiden hoe het gedrag van een hele mierenkolonie georganiseerd is. Ook gezondheid is een emergente eigenschap. Het begrip 'emergentie' onderscheidt zich van oorzakelijkheid doordat het niet specifiek van toepassing is op wetenschappelijke experimenten,

waarbij meestal maar een oorzaak-gevolgrelatie centraal staat. Bij emergentie is er sprake van een oneindige of zeer grote hoeveelheid oorzaken, die samen en tegelijkertijd optreden.

### Emergente gezondheid

Er bestond al lange tijd ontevredenheid over de WHO-definitie van gezondheid: een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden, en niet alleen de afwezigheid van ziekte of gebreken. In 2009 werd een internationale conferentie georganiseerd met als doel tot een betere omschrijving te komen. Huber en collega's (2011) formuleerden positieve gezondheid als 'het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Daarmee werd gezondheid een dynamisch begrip: een vermogen of kracht. Het maakt duidelijk dat (ook) patiënten met een chronische ziekte of beperking toch (deels) hun gezondheid kunnen terugwinnen.

Er kwam ook kritiek op het concept van Huber en collega's. Van der Stel (2016) argumenteerde dat het concept een eenzijdig accent legt op gedrag als kenmerk van gezondheid, omdat het alleen zou gaan over aanpassen en regie voeren. Naar ons idee vergeet Van der Stel echter dat het 'vermogen' om zich aan te passen en een eigen regie te voeren wordt bepaald door eindeloos veel factoren, zoals de lichamelijke gesteldheid, psychische gesteldheid, genetische factoren, economische, sociale en milieufactoren, en nog veel meer. Het gaat dus niet alleen om gedrag.

Poiesz, Caris en Lapré (2016) argumenteerden dat het geen goede, scherpe definitie is. Met de beschrijving van Huber en collega's zou het moeilijker worden om normen te stellen. Het concept zou te breed zijn en daardoor onbeheersbaar uitdijen tot het niet meer te hanteren is. En het zou geen onderscheid maken tussen oorzaak en gevolg. Als voorbeeld gaven zij dat eenzaamheid volgens het concept van positieve gezondheid zowel een oorzaak als een gevolg kan zijn van

ongezondheid.

Walburg (2015) stelde voor positieve gezondheid te omschrijven als "het vermogen tot aanpassen en zelf regisseren ten behoeve van een duurzame ontwikkeling en bloei". Gezondheid is zo een vaardigheid die ontwikkeling en bloei ondersteunt. Bloei is een proces richting "welbevinden waarin het individu zijn mogelijkheden kan ontwikkelen, kan omgaan met dagelijkse tegenslagen, productief is en in staat is om een bijdrage te leveren aan de gemeenschap". Dit is de definitie van positieve mentale gezondheid van de WHO (2001), die volgens Walburg eigenlijk net zo goed op fysieke gezondheid betrekking kan hebben.

We stellen voor het eens om te keren. Is het überhaupt mogelijk een ondubbelzinnige en scherpe definitie van positieve gezondheid te formuleren? Het lijkt het resultaat van een zeer groot aantal factoren, met voortdurende onder-

linge interacties. Het begrip is niet op te delen in losse bouwstenen waarin dezelfde gezondheidskenmerken zichtbaar zijn als in het geheel. Gezondheid is een emergente eigenschap van een individu. Er spelen oneindig veel interacties en oneindig veel oorzaken en gevolgen, die inderdaad niet meer te ontrafelen zijn. We stellen daarom voor het concept positieve gezondheid breder te formuleren: "Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de dynamiek van het leven." Met de dynamiek van het leven bedoelen we zowel de pieken als de dalen (en alles daartussenin) – en niet alleen de uitdagingen van het leven, zoals in het concept van Huber en collega's. De positieve gezondheid van Huber, Walburg en ons concept – alle hebben het 'vermogen' als centraal begrip – onderkennen de grote verscheidenheid aan factoren die meespelen bij gezondheid. In deze visie redden we het niet met alleen het probleemgerichte medische oorzaak-gevolg-

*Gezondheid is een emergente eigenschap van een individu*



model. Het *oplossingsgerichte model* biedt goede aanvullende mogelijkheden.

### Het oplossingsgerichte model

In de jaren tachtig ontwikkelden De Shazer, Berg en collega's de *Solution-Focused Brief Therapy* (SFBT). Ze merkten dat het onderzoeken van problemen niet altijd de beste resultaten opleverde. Daarom kozen ze een andere aanpak: ze begonnen bij het gewenste resultaat. Dit is een fundamenteel andere benadering dan het medische model, waarbij behandelaars eerst het probleem onderzoeken, een diagnose stellen en daarmee de behandeling bepalen. Bij de oplossingsgerichte aanpak zijn onderzoek en diagnose vaak niet nodig. Het gaat niet om de vraag 'waarom', maar om 'hoe'. Cliënten – men spreekt liever van cliënten dan van patiënten – zijn co-experts: zij kennen immers het best hun eigen omstandigheden. Cliënten worden uitgenodigd anders te denken, hun gewenste toekomst te beschrijven,

*diagnosis' benadering (Bakker & Bannink, 2008). De arts geeft erkenning voor de somberheid en informeert wat de man voor de klachten in de plaats wil. Deze geeft daarop een gedetailleerde beschrijving van zijn gewenste toekomst.*

Veel gestelde vragen over oplossingsgericht werken zijn: Wat als de cliënt geen doel kan formuleren? Wat als hij niet kan/wil veranderen? Het antwoord op deze vragen is dat dit nu juist de kern is van de oplossingsgerichte aanpak. De oplossingsgerichte vragen en interventies nodigen uit om anders te denken. Ze bevorderen de autonomie en activiteit van de cliënt. Anders dan bij de traditionele psychotherapieën, die gevormd zijn volgens het medische model, kent het oplossingsgerichte model het begrip weerstand niet, maar gaat ervan uit dat er altijd samenwerking is (ook als de cliënt bijvoorbeeld het advies van de behandelaar afwijst, omdat hij daarmee juist laat zien dat dit advies niet goed past). Als behande-



*Het gaat niet om de vraag 'waarom', maar om 'hoe'*

positieve verschillen op te merken en vooruitgang te boeken (Bannink, 2013). Onderzoek wijst uit dat oplossingsgericht werken minder tijd kost dan probleemgericht werken – en daarmee meer kosteneffectief is –, de autonomie van cliënten goed is gewaarborgd, en dat er minder burn-out bij behandelaars voorkomt (Franklin et al., 2012; Medina & Beyebach, 2014).

*Een man vertelt de huisarts over zijn sombere stemming, lusteloosheid en slapeloosheid. De NHG-standaard Depressie adviseert voor dergelijke situaties een 'brede klachtexploratie'. De huisarts kiest er echter voor geen onderzoek te doen. Dat kan zo nodig later. Hij volgt een 'stepped*

laars weerstand zien, kunnen ze geen samenwerking zien; als behandelaars samenwerking zien, kunnen ze geen weerstand zien. Het medische model (probleem, onderzoek, diagnose, behandeling) is bekend en vertrouwd. In een stabiele omgeving geeft het goede resultaten. De werkelijkheid is echter niet altijd voorspelbaar, maar vaak complex en snel veranderend. Het aantrekkelijke van positieve gezondheidszorg is de combinatie van het medische model met het oplossingsgerichte model.

*Client: "Na jaren met pillen en gesprekken die niet hielpen tegen mijn depressie wilden ze mij behandelen voor een persoonlijkheidsstoornis:*

Tabel 1. Analyse versus synthese

Analyse	Synthese
Oorzaak-gevolg	Onvoorspelbaar, groei
Medisch model	Oplossingsgerichte model
Reductionistisch denken	Divergent denken Creativiteit Design
Verleden	Toekomst
Biomedische wetenschappen: RCT's (rekenen met gemiddelden)	Informatietheorie (rekenen met onzekerheid)
Normen, richtlijnen, protocollen (ligt vast)	Verminderen van entropie (geeft richting aan)

*er was dus blijkbaar nog meer mis met mij. Ik voelde me zo'n loser. Toen stelde mijn huisarts voor het anders aan te pakken: hij verwees me naar een psycholoog die niet vroeg naar wat er allemaal verkeerd was. Bij haar leerde ik te kijken naar wat er wel goed was en ontdekte ik mijn sterke kanten."*

*Huisarts: "Het consult is veel lichter en leuker, het is minder zwaar. En daar kan je heel vrolijk van worden. Patiënten komen vaak ook verder; het is dikwijls effectief."*

In termen van wetenschapsfilosofie gaat het bij het medisch model om het paradigma van de analyse. Het oplossingsgerichte model volgt het paradigma van de synthese (Tabel 1).

### Honing theory

Dat het vinden van nieuwe mogelijkheden een natuurlijk proces is, leert de *honing theory* ('to hone' = aanscherpen, perfectioneren; Gabo-  
ra, 2016). Ze beschreef hoe wij doorlopend alternatieven vergelijken en (onderdelen van) bestaande voorbeelden combineren totdat de best mogelijke uitkomst gevonden is. Dit is

onze creativiteit: zo vinden we telkens de meest passende manier om vooruit te komen. We zouden onzekerheid dus moeten omarmen en gebruiken. De positieve kant van onzekerheid is het aanbod aan keuzemogelijkheden: kansen voor creativiteit.

Er zijn veel parallellen te vinden tussen de *honing theory* en oplossingsgericht werken, waarbij de laatste bedoeld is om, bij haperen of vastlopen van het natuurlijke proces, dit weer vlot te trekken.

In de gezondheidszorg gaat de meeste aandacht nog uit naar de analytische aanpak en EBP, en worden er weinig woorden vuil gemaakt aan de vertaling naar het individu. In haar rapport werpt de RVS onder meer de vraag op hoe we kennis kunnen combineren met context.

In *Positieve Gezondheidszorg* (2017) beschrijven we hoe de expertise van cliënten ontdekt en ingezet kan worden en hoe dit gecombineerd kan worden met het medische model. Dit vraagt om een andere samenwerking tussen behandelaar en cliënt, waarbij behandelaars de externe kennis en klinische expertise inbrengen, en cliënten de deskundigen zijn wat betreft hun compe-

tenties, hulpbronnen en omstandigheden. De Shazer gebruikte de metafoer van danspartners. Wij zijn van mening dat behandelaars in de (g)gz dit dansen moeten beheersen om samen met cliënten tot het beste resultaat te komen. ■

### Casus

Een vrouw, moeder van twee jonge kinderen heeft onbegrepen moeheidsklachten. Hierdoor valt ze vaak en langdurig uit op haar werk. Het lukt haar niet haar werkzaamheden uit te breiden naar het oude niveau. Ze heeft onderzoeken gehad bij een longarts en internist, maar er werd geen voldoende verklaring voor haar klachten gevonden.

Ze heeft een afspraak gemaakt bij de huisarts om te bespreken hoe het verder moet.

De huisarts vraagt wat het doel van haar komst is. Ze wil weten wat er met haar aan de hand is: heeft ze misschien een burn-out? De arts vraagt welk verschil het zal maken als ze dat zou weten. De vrouw wil weten of ze weer beter zal worden. "Wat is uw mening?", vraagt ze de huisarts. Hij zegt dat het misschien niet nodig is om de oorzaak van de vermoeidheid te kennen en dat de vrouw veel sterke kanten heeft.

Dat je vaak kunt werken aan verbetering zonder het probleem of de klacht in detail te kennen. "Dus het moet vanzelf overgaan?", vraagt de vrouw. Dan volgt een gesprek over hoe je actief, met kleine stapjes, kunt werken aan verbetering. Een behandelaar kan helpen door samen met de cliënt te zoeken naar mogelijkheden en naar het begin van succes, waarvan misschien al stukjes zichtbaar zijn.

De vrouw vertelt dan dat ze begonnen is met een mindfulness training, in de hoop dat ze rustiger wordt en dat dit een positief effect heeft. Samen ontdekken ze dat de mindfulness oefeningen een goed voorbeeld zijn van wat voor haar werkt. En dat

ze meer dingen kan zoeken die werken. Omdat ze al gesprekken heeft met haar trainer stelt de vrouw voor om met hem verder te werken aan mogelijkheden voor verbetering. De huisarts complimenteert haar met dit goede idee.

In dit consult veranderde bij de vrouw een analytische houding, een behoefte aan begrijpen van het probleem, in een constructieve houding van bouwen aan succes.

Fredrike Bannink is klinisch psycholoog en jurist. Ze heeft een praktijk voor therapie, training, coaching en mediation in Amsterdam. Ze is een internationaal keynote speaker, trainer en auteur van rond de veertig boeken.  
[www.fredrikebannink.com](http://www.fredrikebannink.com)

Pieter Jansen is huisarts in Gezondheidscentrum Veldhuizen in Ede. Samen met dit gezondheidscentrum en met andere partners heeft hij Gezondhuizen opgezet; een project voor positieve en oplossingsgerichte gezondheidsbevordering. Met Fredrike Bannink schreef hij het boek *Positieve Gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk*.  
[www.gezondhuizen.nl](http://www.gezondhuizen.nl)

Voor meer informatie over de auteurs en hun werk zie: [www.positievegezondheidszorg.nl](http://www.positievegezondheidszorg.nl)

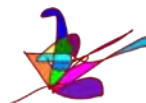
### Referenties

- Bakker, J.M., & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 1, 55-59.
- Bannink, F.P. (2013). *Oplossingsgerichte vragen: Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering* (3e gewijzigde druk). Amsterdam: Pearson.
- Bannink, F.P., & Jansen, P.J.H.A. (2017). *Positieve gezondheidszorg: Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk*. Amsterdam:

- Pearson.
- Gabora, L. (2016). Honing theory: A complex systems framework for creativity. *Cornell University Library*. <https://arxiv.org/abs/1610.02484>
  - Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., et al. How should we define health? *British Medical Journal (Online)*; London 343 (Jan 1, 2011).
  - Poiesz, T., Caris, J., & Lapré, F. (2016). Gezondheid: een definitie? *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 94, 7, 252-255.
  - Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (2017). *Zonder context geen bewijs: De illusie van evidence-based practice in de zorg*. <https://www.raadvr.nl/publicaties/item/zonder-context-geen-bewijs>.
  - Sapolsky, R. (2010). *Chaos and Reductionism*, lecture Stanford University. [https://www.youtube.com/watch?v=\\_njf8jwEGRo](https://www.youtube.com/watch?v=_njf8jwEGRo).
  - Stel, J. van der (2016). Definitie 'gezondheid' aan herziening toe? *Medisch Contact*, 23, 18-19.
  - Walburg, J.A. (2015). *Positieve gezondheid*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



AMETHIST  
Developing People



# Laat jij jezelf écht zien?

Training Persoonlijk Leiderschap  
Training Communicatiestijlen  
Beroepsopleiding tot Senior Practitioner Coach