

# Anders kijken, anders leren, anders doen

Grensoverstijgend leren en  
opleiden in zorg en welzijn in het  
digitale tijdperk

HOOFDLIJN 1

# Hoofdpijn 1. Functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers staan centraal

## Kernboodschap

Wat voor de gezondheid van burgers belangrijk is, daar draait het om voor professionals in zorg, welzijn en in hun opleidingen. Niet langer is de ziekte of beperking leidend maar het functioneren van burgers in al hun verscheidenheid en in hun sociale netwerken. Hoe functioneert iemand in het dagelijks leven, hoe ziet zijn leefomgeving eruit, hoe neemt hij deel aan de samenleving en wat geeft zin aan zijn leven? Om de uitdagingen aan te gaan op lichamelijk, emotioneel of sociaal gebied, zijn veerkracht en eigen regie belangrijk. Wanneer deze al of niet tijdelijk ondersteund moeten worden, werken zorg- en welzijnsprofessionals samen in arrangementen. Het is van belang dat het zorg- en het sociale domein sterk zijn verbonden. Zorg- en welzijnsprofessionals verwerven de vakbekwaamheid om samen bij te dragen aan het bevorderen of herstel van het functioneren en het versterken en ondersteunen van veerkracht en eigen regie.

## Wat betekent dit voor burgers, professionals, opleiders en beleidsmakers?

### Voor ons als burgers betekent dit:

- ... dat wij zoveel mogelijk verantwoordelijkheid nemen voor onze gezondheid
- ... dat wij zoveel mogelijk een beroep kunnen doen op ons sociale netwerk en professionals

### Voor ons als professionals in de praktijk betekent dit:

- ... dat wij uitgaan van het functioneren, de veerkracht en eigen regie van burgers
- ... dat wij onze expertise ter beschikking stellen aan burgers om samen tot een besluit te komen
- ... dat wij bij ons handelen uitgaan van de diversiteit van burgers (zoals leeftijd, sociaal-culturele achtergrond, gender)
- ... dat wij bijdragen aan het verbeteren van de sociale en fysieke omgeving van burgers
- ... dat wij samenwerken in multidisciplinaire teams.

### Voor ons als opleiders betekent dit:

- ... dat wij functioneren, veerkracht en eigen regie van burgers als rode draad zien in opleidingen en leertrajecten

### Voor ons als beleidsmakers betekent dit:

- ... dat wij streven naar kwalitatief hoogwaardige welzijn en zorg, beschikbaar en betaalbaar voor iedereen
- ... dat wij in wetgeving voorwaarden scheppen voor de verschuiving van zorg naar welzijn
- ... dat wij de bekostigingsstructuur van zorg en welzijn aanpassen
- ... dat wij bijdragen aan de verbetering van de sociale en fysieke omgeving van burgers
- ... dat wij er naar streven sociaal economische verschillen te verkleinen.

## Wat is het verschil met de bestaande situatie?

- Gezondheid en gedrag staan centraal in plaats van ziekte en zorg
- Zorg en welzijn zijn vraaggericht en samenhangend in plaats van aanbodgericht en gefragmenteerd
- Opleidingen zijn vraaggericht en samenhangend in plaats van aanbodgericht en losstaand.

## Hoe kan het eruit zien? Illustratieve praktijken (zie bijlage 4)

- 1.1 BigMove: mensen versterken in hun functioneren (broedplaats Amsterdam-Amstelveen)
- 1.2 Sociale wijkteams Leeuwarden: samen doen wat nodig is (broedplaats Friesland)
- 1.3 Digitaal wijkportaal: verbinding en ondersteuning (broedplaats Heerlen)
- 1.4 Samen één in Feijenoord: de leefwereld van burgers centraal (broedplaats Rotterdam)

## Onderbouwing

### 1.1 Van biomedische naar biopsychosociale benadering

In het klassieke model wordt ziekte als een probleem gezien in biomedische processen. De arts heeft samen met andere hulpverleners de taak om deze te verhelpen. Ziekte en gezondheid zijn daarmee kwantificeerbare grootheden in een lineair proces; er is geen sprake van een continuüm. Mensen zijn of ziek of gezond. Persoonlijke en sociale aspecten zijn in het biomedische model van ondergeschikt belang. Echter, deze aspecten zijn wel degelijk van invloed op het functioneren van mensen en de interventies die worden ingezet. Volgens het klassieke model is het percentage chronisch zieke mensen 35% (5,3 miljoen). Zij kunnen door de term chronische ziekte worden gestigmatiseerd als 'niet inzetbaar', terwijl ze met ondersteuning van geneesmiddelen en/of hulpmiddelen niet beperkt hoeven te zijn in activiteiten en participatie.

Engel (1977) heeft het biomedische model verbreed tot een *biopsychosociaal* model. Daarin gaat de aandacht uit naar het functioneren van mensen in het dagelijks leven, de uitvoering van activiteiten en participatie in de maatschappij. De focus op functioneren in plaats van op ziekte wordt in toenemende mate als cruciaal gezien voor het bevorderen van gezondheid.

De definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie WHO uit 1948 als '*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*' is anno 2016 en zeker in 2030 niet langer houdbaar. De commissie heeft daarom het concept van gezondheid van Huber (Huber et al., 2011) geadopteerd: 'Het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Dit nieuwe concept gaat uit van de bestaande en toekomstige werkelijkheid. Een groot deel van de burgers heeft chronische problemen of aandoeningen die zijn functioneren beïnvloeden en om een andere benadering vragen dan alleen een medische. Voor de samenleving is het een uitdaging om van de klassieke visie op gezondheid en het geloof in de medische mogelijkheden over te gaan op een eigentijds en realistischer concept. Een concept waarin burgers zelf zoveel mogelijk de regie voeren en veerkracht hebben wanneer zij te maken krijgen met lichamelijke, emotionele en sociale problemen. Dit heeft ook gevolgen voor de wijze van financiering van de zorg die momenteel is gebaseerd op ziekte via de Diagnose-Behandel Combinaties (DBC).

### 1.2 Implicaties voor de toerusting van burgers en professionals

De voorgestelde verandering in gezondheidszorg en welzijn naar een focus op functioneren, veerkracht en eigen regie zal leiden tot een grotere betrokkenheid bij en verantwoordelijkheid van burgers voor hun gezondheid. Dit kan worden bereikt door mensen te stimuleren om een actieve(re) rol in de zorg voor hun eigen gezondheid op zich te nemen doordat burgers en professionals samen op zoek gaan naar de manier waarop iemand zijn of haar gezondheidswinst kan en wil vergroten. En niet doordat professionals burgers vertellen wat de geboden en verboden zijn voor een gezond leven.

Professionals leren in hun opleiding hoe zij kunnen aansluiten bij de behoeften van een persoon in relatie tot het verminderen van de klachten. Inlevingsvermogen speelt daarbij een belangrijke rol. Behalve goede diagnostiek, behandeling, zorg en begeleiding is het van belang dat professionals kennismaken met methoden om te onderzoeken wat werkt in plaats van wat niet werkt, zoals de 'appreciative inquiry' (Lee, 2015). Dit stelt hen in staat om de vraag achter de vraag te ontdekken, vanuit een waarderen en positief perspectief.

### Diversiteit

Door de pluriformiteit van de samenleving en de diversiteit aan etnische en culturele groepen leven burgers vanuit zeer verschillende kaders, zoals cultuur en religie. De nieuwe visie op gezondheid maakt het enerzijds mogelijk om beter aan te sluiten bij de leefwereld van mensen. Anderzijds kunnen concepten als veerkracht en eigen regie onbedoeld leiden tot het 'opleggen' van dominante culturele waarden of verschrallen naar 'zoek het zelf maar uit'.

Diversiteit is een veelomvattend begrip. Belangrijke diversiteitskenmerken of -factoren zijn sekse, etnische en culturele herkomst, inkomen en sociale status, opleiding en seksuele voorkeur en de interactie daartussen. Diversiteitsfactoren zijn van invloed op verschillen in gezondheid en op het gebruik van zorg. Het is belangrijk dat (toekomstige) professionals in onderwijs, zorg en welzijn sensitiviteit ontwikkelen voor en rekening houden met diversiteit. Daarom is het van belang dit in de verschillende curricula te integreren. Een biopsychosociale benadering gaat uit van doelen van burgers en biedt handvatten om aan te sluiten bij de individuele en collectieve beleving van en opvattingen over functioneren, veerkracht en eigen regie en wat daarvoor nodig is.

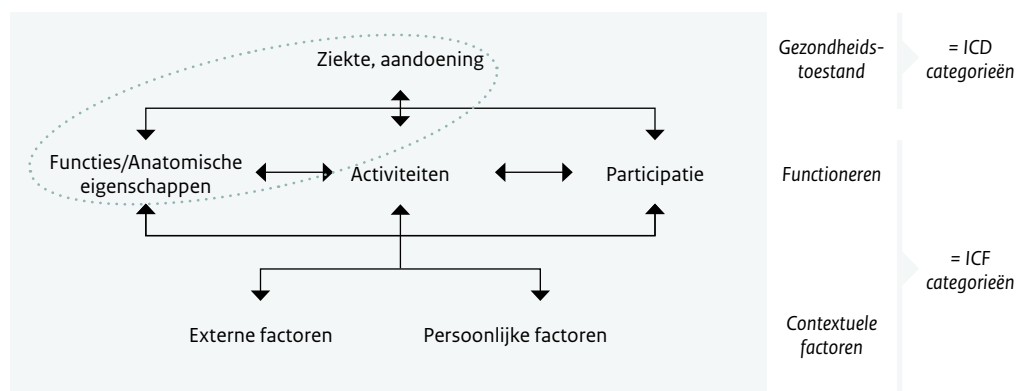
### 1.3

#### Centrale concepten en biopsychosociale modellen

Bij de centrale concepten functioneren, veerkracht en eigen regie horen biopsychosociale modellen als het gezondheidsmodel in de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en de pijlers van positieve gezondheid (Huber, 2014).

#### International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

De WHO heeft de ICF gepubliceerd in 2001 als de internationale standaardterminologie voor het menselijk functioneren, samen met het conceptuele model van gezondheid. Het conceptuele model van gezondheid representeert gezondheid als een interactie tussen ziekte, functioneren en contextuele factoren. Niet alleen ziekte is van invloed op het functioneren, maar ook omgevings- en persoonlijke factoren, zowel in positieve als in negatieve zin. Preventie maakt onderdeel uit van dit gezondheidsmodel. De ICF beschrijft het functioneren vanuit drie perspectieven: het menselijk organisme, het menselijk handelen en de mens als deelnemer aan de maatschappij (zie figuur 1). De ICF is sinds het ontstaan in 2001 regelmatig geëvalueerd en aangepast.



Figuur 1: ICD en ICF

Het conceptuele model van gezondheid, waarin de interactie tussen de componenten (ziekte, functies/anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie, externe en persoonlijke factoren) wordt weergegeven. Let op het perspectief van gezondheid gebaseerd op het biomedische model (ovaal) versus het biopsychosociale model (rechthoek). ICD = International Classification of Diseases, ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health (Stallinga, 2015).

Het doel van de ICF is om een basis te leggen voor een gemeenschappelijke standaardtaal door middel van het in kaart brengen van relevante begrippen. Aspecten van het menselijk functioneren, die gerelateerd kunnen zijn aan een gezondheidsprobleem, zijn in de ICF op systematische wijze geordend. In aanvulling op de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD) worden in de ICF naast gezondheidscomponenten een aantal met de gezondheid samenhangende factoren gedefinieerd, onder andere op het gebied van werk en onderwijs.

Met behulp van het ICF-model kan het functioneren en de waarde die iemand toekent aan bepaalde elementen van het functioneren in kaart worden gebracht. Burgers zoeken samen met professionals naar passende middelen, zorg, begeleiding en behandeling. Eigen regie waar mogelijk, escaleren indien nodig, en de-escaleren als het kan. Doel is steeds het versterken van het functioneren, waarbij het eigen oordeel leidend is, niet de maximale benutting van alle behandelingsmogelijkheden.

### **Veerkracht en eigen regie en de pijlers van positieve gezondheid**

De concepten veerkracht en eigen regie zijn ontleend aan het nieuwe concept van gezondheid: gezondheid als het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (Huber et al., 2011).

*Veerkracht* is het vermogen van (groepen) burgers om lichamelijk, psychisch en sociaal succesvol te anticiperen, te reageren op en te adapteren aan een voorspelbare of onvoorspelbare ingrijpende gebeurtenis of verandering in de context van de persoonlijke leefwereld<sup>1</sup>. Hoewel veerkracht lang werd opgevat als een persoonlijke, relatief vaststaande eigenschap, wijst steeds meer onderzoek uit dat veerkracht een dynamisch en veranderbaar concept is, waarin ook de omgeving een rol speelt (Windle, Bennett & Noyes, 2011; Huber et al., 2011).

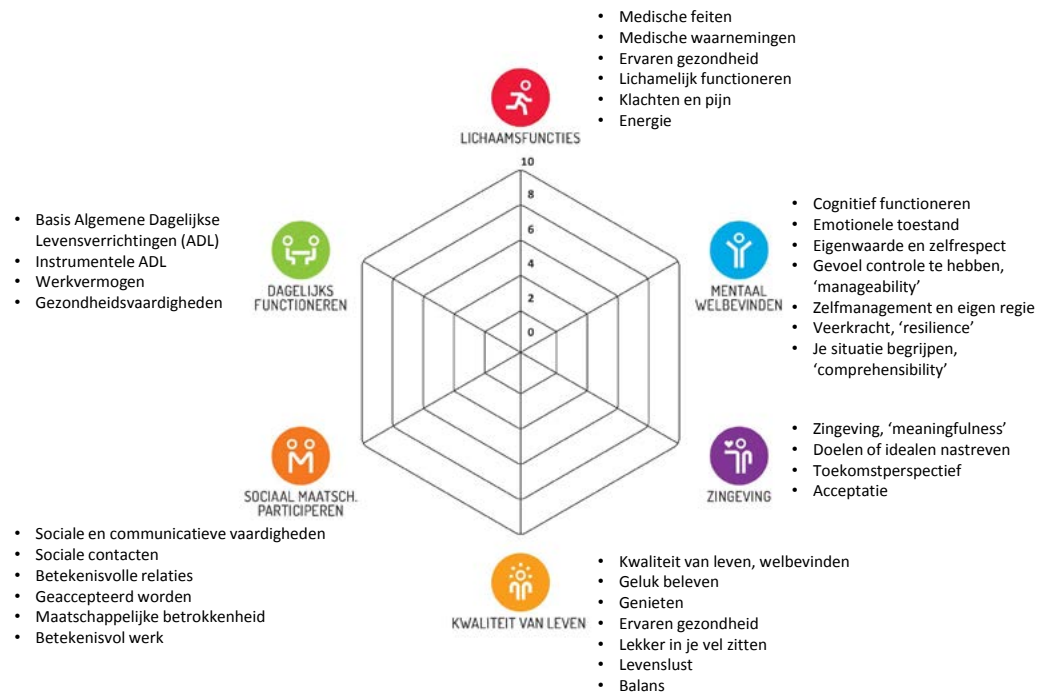
*Eigen regie* is het vermogen zelf sturing te geven aan het leven. Andere begrippen die veel gebruikt worden zijn 'zelfregie', 'autonomie' en 'zelfbeschikking'. De betekenis van deze begrippen verschillen niet wezenlijk van eigen regie, zij vinden hun grondslag in verschillende maatschappelijke en institutionele contexten.

Het nieuwe concept van gezondheid is in een onderzoek met verschillende stakeholders in het gezondheidsdomein geoperationaliseerd (Huber 2014, Huber et al., 2016). Dat leidde tot een identificatie van en ordening in zes pijlers die zijn gevisualiseerd in een spinnenwebmodel (figuur 2). Op basis van deze studie wordt deze brede kijk op gezondheid 'positieve gezondheid' genoemd. De zes pijlers zijn:

1. lichaamsfuncties
2. mentaal welbevinden (o.a. veerkracht en eigen regie)
3. zingeving
4. kwaliteit van leven
5. sociaal maatschappelijk participeren
6. dagelijks functioneren

In het nieuwe concept van gezondheid zijn veerkracht en eigen regie indicatoren van de dimensie mentaal welbevinden.

<sup>1</sup> *Leefwereld: het totaal van de sociale, culturele en etnische achtergrond.*



Figuur 2: Pijlers van positieve gezondheid (Huber, 2014).

### Functioneren, veerkracht en eigen regie als dynamische concepten

Functioneren, veerkracht en eigen regie zijn geen statische kenmerken. *Empowerment* is een voorbeeld van een concept dat recht doet aan functioneren, veerkracht en eigen regie als dynamische en veranderbare concepten. *Empowerment* is een waardegedreven proces, dat gericht is op het vergroten van de bewustwording, op het maken van keuzes en op het vermogen van individuen, organisaties en gemeenschappen om deze keuzes om te zetten in gewenste acties en uitkomsten. Dit gebeurt via het verwerven van controle, het aanscherpen van het (kritisch) bewustzijn en het stimuleren van participatie, al dan niet met ondersteuning van anderen, inclusief deskundigheid van professionals (Van Regenmortel, 2002; Alsop, 2006).