

Samenhang tussen de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) en het begrip Positieve Gezondheid (PG)

Factsheet

Uitgave van: Public Private Partnership (PPP) Gezondheid; ertoe doen en meedoen.

Auteurs: Gonda Stallinga (UMCG), Yvonne Heerkens (NPI/ HAN), Machteld Huber (iPH)

Datum: Februari 2020

Contact: h.a.stallinga@umcg.nl; yvonne.heerkens@npi.nl; m.huber@iph.nl

Functioneren, veerkracht en eigen regie zijn termen die in veel recente beleidsstukken worden gehanteerd (Health~Holland, 2019; Taskforce Zorg op de juiste plek, 2018; Zorginstituut, 2016). In het denken over gezondheid, zorg en welzijn verschuift de focus van ziekte naar functioneren en betekenisvol leven. Functioneren is het centrale begrip in de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). De begrippen veerkracht en eigen regie worden gebruikt in het concept Positieve Gezondheid (PG), met in de toepassing een focus op betekenisvol leven. Omdat zowel ICF als PG in toenemende mate worden gebruikt, is het belangrijk om inzicht te geven in de unieke positie van beide. Het doel van deze factsheet is om – via het beschrijven van overeenkomsten en verschillen - inzicht te geven in de samenhang tussen ICF en PG.

Voor inhoudelijke informatie over ICF en PG wordt verwezen naar resp. de site van het RIVM (ICF) <https://www.whofic.nl/familie-van-internationale-classificaties/referentie-classificaties/icf> en de site van het Institute for Positive Health (PG) <https://iph.nl>.

Overeenkomsten

De belangrijkste overeenkomst tussen ICF en PG is de brede kijk op gezondheid, waarbij gezondheid meer is dan de afwezigheid van ziekte. De doelstelling is verschillend.

De WHO, als uitgever van ICF, formuleerde in 1948 de definitie van gezondheid als *‘een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en niet alleen de afwezigheid van ziekte of handicap’* (WHO, 1948). Deze definitie was destijds baanbrekend, maar kreeg gaandeweg veel kritiek omdat met name *‘volledig welbevinden’* niet als reëel en haalbaar wordt gezien. Met de publicatie van de International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (WHO, 1980), als

voorloper van ICF, werd afstand genomen van dit ideaalbeeld, maar in de ICIDH leek ziekte centraal te blijven staan. Dat werd pas losgelaten met de publicatie van ICF, een classificatie samengesteld door experts wereldwijd (WHO, 2001). In 2002 verscheen de Nederlandse versie (RIVM, 2002; update 2018). Het bij ICF horende conceptuele model van gezondheid, dat gebaseerd is op het biopsychosociale perspectief, representeert gezondheid als het resultaat van een dynamische interactie tussen functioneren, ziekte/aandoening en contextuele factoren (figuur 1). Persoonlijke factoren zijn opgenomen als component in het conceptuele model maar ICF bevat (nog) geen classificatie van persoonlijke factoren.

Machteld Huber, als initiatiefnemer en oprichter van iPH, heeft als reactie op de WHO definitie van 1948, gezondheid geherformuleerd als: *‘het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’* (Huber et al., 2011). Deze omschrijving vindt zijn oorsprong in een internationale conferentie, georganiseerd door ZonMw en de Gezondheidsraad in 2009, over het concept gezondheid. Dezelfde domeinen als in de WHO-definitie worden genoemd, maar meer als een dynamisch systeem dan als een statische toestand. In een vervolgonderzoek van Huber, in opdracht van ZonMw, werd het draagvlak voor deze nieuwe omschrijving getoetst en gezocht naar een eerste operationalisering. Het draagvlak bleek groot, maar bij de operationalisering bleken mensen met een chronische aandoening breder naar het concept gezondheid te kijken dan bijvoorbeeld beleidsmakers. Huber koos ervoor de visie van de zorgvragers te volgen - zij staan immers *‘centraal’* in de zorg - en noemde de brede interpretatie (operationalisering) van gezondheid, met zes dimensies en 32 aspecten, *‘Positieve Gezondheid’*.

Het biopsychosociale perspectief is ook hierin terug te vinden. De invulling is echter breder, o.a. met zingeving. Het begrip ‘positive health’ komt ook voor in het gezondheidsmodel van de Bauer et al. (2006) maar dan als tegenhanger van ‘ill health’. Tevens is het begrip ‘positive health’ door de WHO overwogen in 1946 voor hun brede definitie (World Health Organisation, 1946). In haar onderzoek vond Huber de aanbeveling de focus te leggen op een streven naar ‘betekenisvol leven’. Dat element komt terug in de aanbevelingen voor het werken met PG. Stichting iPH werd opgericht in 2015 om de implementatie van PG te ondersteunen.

Het concept van Positieve Gezondheid is door iPH gevisualiseerd in een spinnenweb met zes dimensies, dat als gespreksinstrument wordt gebruikt (figuur 2). De 32 aspecten, geordend in de zes dimensies, werden in 2016 in eenvoudiger taal omgezet en uitgebreid tot 42 aspecten van ‘Mijn Positieve Gezondheid’, dat ook digitaal beschikbaar is. Dat beoogt een gespreksinstrument te zijn, en geen evaluatief meetinstrument.

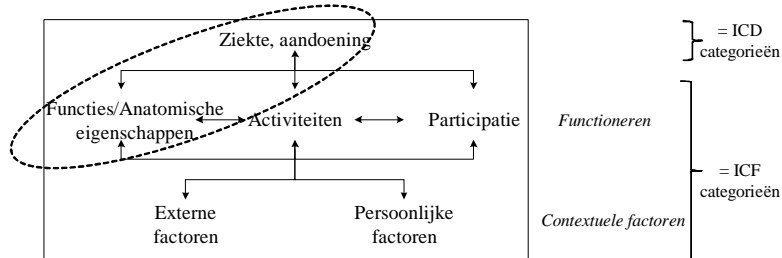
Naast de kijk op gezondheid en het biopsychosociale perspectief, zijn er ook inhoudelijke overeenkomsten tussen de componenten van ICF en de aspecten van

PG. Uit een studie (Heerkens & Huber, 2013) – waarbij gebruik is gemaakt van de ‘linking rules’ van Cieza et al. (2005) - blijkt dat alle oorspronkelijke 32 PG aspecten ondergebracht (gemapt) konden worden naar ICF componenten. Opgemerkt werd dat meerdere PG aspecten onder meerdere ICF componenten vallen. Verder viel op dat iets meer dan de helft van de PG aspecten persoonlijke factoren zijn.

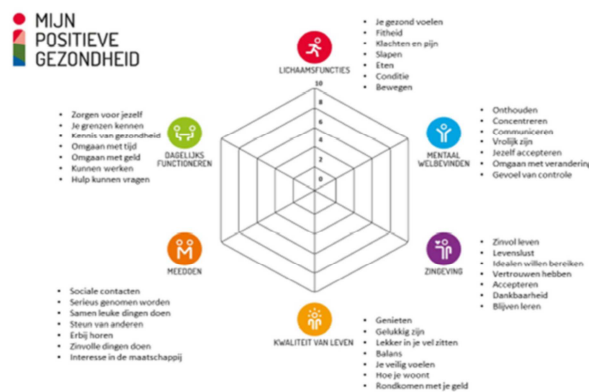
In figuur 3 staat het resultaat van een nieuwe mapping van de 42 aspecten van het PG spinnenweb naar ICF. Ook daaruit blijkt dat aspecten uit eenzelfde PG dimensie vaak onder meerdere ICF-componenten vallen (zo zijn aspecten van mentaal welbevinden gemapt naar [mentale] functies, activiteiten en persoonlijke factoren) en dat ruim 1/3 van de aspecten (15 van de 42) persoonlijke factoren zijn.

Verschillen

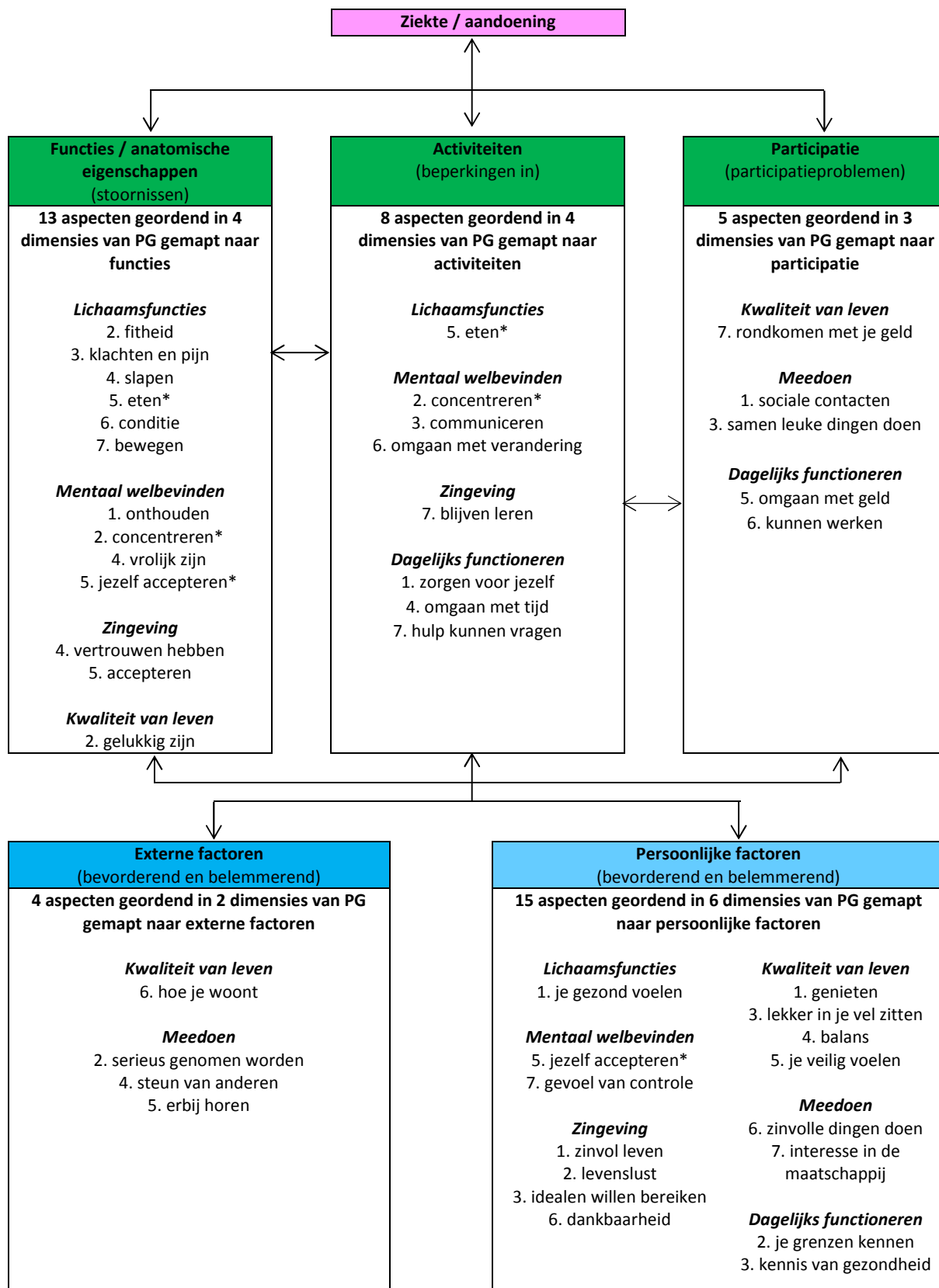
De verschillen tussen ICF en PG zijn geordend in tabel 1 naar: uitgangspunt, onderdelen, instrument, ontstaan, methode van ontwikkeling, omvang, versie, terminologie, updates en beheersorganisatie



Figuur 1. Het conceptuele model van gezondheid van de WHO 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 (ovaal) versus het biopsychosociale perspectief (rechthoek). ICD: International Classification of Diseases (World Health Organization, 1992) ; ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health (Stallinga, 2015).



Figuur 2. Het spinnenweb van Positieve Gezondheid



Figuur 3. ICF-schema met de 42 aspecten geordend in de 6 dimensies van PG: de aspecten met dimensies (vet en cursief) zijn gemapt naar bijbehorende ICF-componenten.

*aspect staat bij twee ICF componenten

Tabel 1. Verschillen ICF (WHO) en PG (iPH).

	ICF (WHO)	PG (iPH)
Uitgangspunt	Gezondheid / Functioneren.	Breed ervaren gezondheid, Positieve Gezondheid genoemd.
Onderdelen	ICF is een classificatie (feitelijk vier classificaties waarmee voorzien wordt in de standaard terminologie voor functioneren en externe factoren) en een schema dat het conceptuele model van gezondheid representeert. Voor persoonlijke factoren is (nog) geen classificatie beschikbaar.	PG is een narratieve weergave van empirisch verzamelde uitspraken over gezondheid, geordend in een overzicht (spinnenweb) van zes dimensies waaronder bijbehorende aspecten zijn geordend.
Instrument	Op zichzelf is de ICF geen instrument. Wel kunnen instrumenten afgeleid worden van, c.q. ontwikkeld worden gebruikmakend van ICF-termen, waarmee het functioneren in kaart gebracht c.q. gemeten kan worden of voor een bepaalde doelgroep in een bepaalde context. Afhankelijk van het instrument en het doel scoort de persoon zelf of de professional.	Het spinnenweb kan dienen als gesprekstool. De persoon beoordeelt zichzelf. Door met behulp van een VAS ¹ de aspecten te scoren, wordt met de dimensies een beeld van iemands ervaren gezondheid verkregen. Daarmee wordt zelfreflectie bevorderd en een mogelijke veranderwens bewust gemaakt.
Ontstaan	Kwalitatieve en kwantitatieve data uit duizenden verschillende internationale bronnen.	Kwalitatieve en kwantitatieve data van 2000 Nederlandse respondenten (Huber et al., 2016).
Methode	Ontologisch en deels gevalideerd.	By judgement door burger- en expertpanel.
Omvang	Vier classificaties (functies, anatomische eigenschappen, activiteiten & participatie, externe factoren), ca. 1500 categorieën.	Zes dimensies (lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen en dagelijks functioneren) in 42 aspecten.
Versie	Versie voor volwassenen (ICF) en versie voor kinderen en jeugdigen (ICF-CY; RIVM, 2008, update 2018). Daarnaast zijn ICF-core sets – selecties uit de ICF – beschikbaar voor verschillende cliëntgroepen en situaties.	Versie voor volwassenen, voor kinderen, voor jongeren en een eenvoudige versie voor laaggeletterden.
Terminologie	Internationale standaard terminologie; de klassen hebben een code, een scope note (omschrijving) en in- en exclusiecriteria. Beschikbaar in 23 talen (inclusief de WHO talen: Arabisch, Chinees, Engels, Frans, Russisch, Spaans).	Betekenis van dimensies en aspecten ter beoordeling aan de gebruiker; geen codering. Beschikbaar in de talen: Engels, Frans en Duits.
Updates	Jaarlijkse voorstellen voor updates/aanpassingen, die volgens een vaste methode worden getoetst en via de website worden gepubliceerd.	Versie van 32 aspecten in 2016 omgewerkt naar ‘Mijn Positieve Gezondheid’ versie 1.0, met 42 aspecten. Nieuwe versies worden met de doelgroepen (zorgvragers) gemaakt. Versie 2.0 in voorbereiding.
Beheersorganisatie	Overheidsinstelling (WHO, RIVM voor Nederland).	ANBI-stichting (iPH).

¹ VAS: Visueel Analoge Schaal 1 (slecht) – 10 (goed).

Samenvattend / de samenhang

ICF en PG gaan beide uit van een breed concept van gezondheid, waarbij ICF het functioneren en PG het betekenisvol leven van mensen centraal stelt. Het begrip PG en het bijbehorende spinnenweb kunnen worden ingezet om met cliënten 'het andere gesprek' aan te gaan en zo inzicht te krijgen in wat voor de cliënt zelf belangrijk is; deze informatie kan ook worden gebruikt bij het formuleren van doelen van ondersteuning van de client. Het is een krachtig concept waarmee de paradigmashift in zorg en welzijn wordt geduid. De ICF kan worden gebruikt voor het beschrijven van het functioneren door de cliënt zelf, maar ook door de zorgverlener of welzijnswerker. Het biedt hulp bij het klinisch

redeneren en bij het vastleggen van de gegevens die daarbij ontstaan (denk aan klachten / bevindingen van de cliënt zelf bij de anamnese, de bevindingen van de professional, de functionaliteitsdiagnose, de behandeldoelen als onderdeel van het behandelplan en de behaalde resultaten). Daarbij biedt de ICF standaard terminologie zodat functioneren eenduidig kan worden gemonitord, geregistreerd en gecommuniceerd. ICF en PG vullen elkaar aan. De ervaring leert dat het PG-gesprek met de cliënt desgewenst goed om te zetten is in een codering van ICF. Daarmee wordt dan een soort 'tweetaligheid' ontwikkeld.

Referenties

- Bauer, G., Davies, J. K., & Pelikan, J. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*. <https://doi.org/10.1093/heapro/dak002>
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustun, B., Stucki, G. (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med* 37:212–218.
- Health~Holland (2019). *Gezondheid en Zorg. Kennis- en innovatieagenda (KIA) 2020-2023*. Den Haag: Health~Holland.
- Heerkens, Y., & Huber, M. (2013). A new concept of health and its relation with ICF. *WHO Family of International Classifications (FIC) Newsletter*, 11(1), 1–2.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. v. d., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343(jul26 2), d4163–d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a "patient-centred" operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *Bmj Open*, 6(1), e010091–e010091. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010091>
- RIVM. ICF Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2002. Update, 2018.
- RIVM. ICF-CY Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth version. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2008. Update 2018
- Stallinga, H. A. (2015). *Human Functioning in Health Care. Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. University of Groningen, Groningen, the Netherlands.
- Taskforce Zorg op de juiste plek (2018). *De juiste zorg op de juiste plek. Wie durft?'* Den Haag: Taskforce Zorg op de juiste plek
- WHO: Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. (1946). WHO definition of Health. (*Official Records of the World Health Organization, No. 2, p. 100*) and Entered into Force on 7 April 1948., p. 100. <https://doi.org/10.1016/B978-012466044-1/50296-9>
- WHO. (1980). *ICIDH, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organisation. (1946). *Minutes of the Technical Preparatory Committee for the International Health Conference. Official Records of the World Health Organization*. Paris.
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF (1st ed., Vol. 2nd)*. Geneva: World Health Organization.
- Zorginstituut (2016). *Rapport 'Anders leren, anders kijken, anders doen': acht hoofdlijnen voor grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk*. Den Haag: Zorginstituut.