

Positieve Gezondheid als uitwerking van een nieuw gezondheidsconcept

Gesprek met Machteld Huber

Machteld Huber is de drijvende kracht achter de ontwikkeling van een nieuw gezondheidsconcept. Dit concept is inmiddels alom bekend in de zorgsector en wordt door velen omarmd als een zinvol alternatief voor de WHO definitie. Huber was spreker op het jaarsymposium van de Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde over gezondheidsbegrippen. In dit interview vertelt zij hoe ze tot dit concept gekomen is en wat het inhoudt. We leggen haar ook enkele kritische vragen voor van de andere sprekers die in hun bijdragen in dit themanummer zijn terug te lezen.



Dr. Machteld Huber
Huisarts en onderzoeker
Institute for Positive Health
Stationsplein 121
3818 LE Amersfoort
www.ipositivehealth.com
E-mail: m.huber@ipositivehealth.com

Hoe bent u ertoe gekomen om aan een nieuw gezondheidsbegrip te gaan werken?

Dat is niet vanuit een vooropgezet plan gebeurd. Ik ben er min of meer ingerold. Uit mijn eigen ervaringen als huisarts en als patiënt leerde ik dat medisch-technische kennis alleen ontoereikend is om ziek zijn te bestrijden en patiënten goed te kunnen helpen. Ik vond dat er aandacht voor gezondheid en preventie bij moest. We weten immers dat chronische ziekten voor 50% met levensstijl samenhangen. En we steken als samenleving veel te weinig geld en energie in preventie: van de ruim 90 miljard die we aan gezondheidszorg uitgeven, gaat maar 4% naar preventie.

Voordat ik met de definitie van gezondheid begon te werken heb ik onderzoek gedaan naar veerkracht bevorderende factoren. Die vond ik onder andere onder invloed van voeding in onderzoek bij dieren. Ik kwam tot de overtuiging dat veerkracht moest worden opgenomen in ons denken over gezondheid, dat dit in het gezondheidsbegrip opgenomen moest worden. Maar dat stuitte op weerstand vanuit de kring van de wetenschap: veerkracht kon je niet zo maar gezondheid noemen. Dat paste niet in de definitie van de World Health Organisation (WHO). Ik kwam toen in gesprek met mensen van de Gezondheidsraad en ZonMw, en die herkenden het probleem. Eind 2009 hebben we daarop een conferentie georganiseerd met internationale kopstukken. Uit de veelheid aan inzichten die deze conferentie opleverde is toen het concept voortgekomen dat we nu nog steeds hanteren: *Health as the ability to adapt and selfmanage, in the face of social, emotional and physical challenges.*

Socioloog Paul Schnabel adviseerde om het geen definitie te noemen, maar een concept. Dit omwille van de betekenisbreedte die een concept toelaat, waar een definitie

heel nauw afbakt. Hetzelfde doel heeft het woordje 'as' in de formulering; er staat niet: 'health is the ability', maar 'health as the ability'. Ook dit is om de ruimte te behouden die een complex en omvattend fenomeen als gezondheid vraagt.

Hoe verhoudt dit nieuwe concept zich ten opzichte van de WHO definitie?

Er zitten twee belangrijke aspecten aan dit concept. Ten eerste is er bewust dezelfde breedte aangehouden als die van de WHO definitie. Volgens deze definitie omvat gezondheid meer dan alleen de lichamelijke dimensie, ook de psychologische en de sociale dimensie horen erbij. Ten tweede wijken we op een belangrijk punt af van de WHO, en wel van de problematische stellingname dat *gezondheid een toestand van compleet welbevinden is*. Dit betekent namelijk dat feitelijk vrijwel niemand gezond is, en dat ziekte en gezondheid elkaar uitsluitende begrippen en realiteiten zijn. Vanwege deze aanname is de WHO vaak bekritiseerd. De WHO definitie is te idealistisch en niet realistisch omdat er over *compleet* welzijn wordt gesproken. Ze is bovendien statisch doordat gezondheid als *toestand* wordt gezien. In ons concept benadrukken we dat gezondheid een proces is om te leren omgaan met *challenges*, iets waaraan gewerkt moet worden. Daarbij spreken we de vermogens van mensen aan om die uitdagingen aan te gaan, dat zijn dan hun vermogens om te 'copen'. Een ander belangrijk kenmerk van ons concept is dat we gezondheid relationeel hebben uitgewerkt. Daarmee bedoel ik dat het iets is dat in de context of in relatie tot andere essentiële zaken van het leven gestalte moet krijgen – *the social, emotional and physical challenges* – en de hulpbronnen uit die context als naasten en professionele zorgverleners worden aangesproken.

U gebruikt ook de term 'Positieve Gezondheid': is dat de naam van het concept?

Nee, dat onderscheid ik, dat is een verdere uitwerking van het concept. Na de formulering van dit concept heeft er

een tweede onderzoek plaatsgevonden, om onder een breder publiek te toetsen wat men ervan vond en op die manier het concept ook nader in te vullen. Dat bredere publiek bestond uit zes groepen, variërend van patiënten, tot onderzoekers, artsen en beleidsmakers in de zorg. We hebben hen drie vragen voorgelegd: de eerste was 'Wat vindt u van dit nieuwe concept, wat vindt u er positief aan en wat negatief?' De tweede luidde: 'Wat zijn voor u indicatoren van gezondheid ofwel waar leest u gezondheid aan af?' en de derde: 'Vindt u dat uw indicatoren passen bij ons concept?' Er bleek een grote mate van consensus onder de groepen over de herkenbaarheid en bruikbaarheid van het concept. Uit de verzamelde indicatoren kwam echter een wezenlijk verschil naar voren tussen de patiënten en de zorgprofessionals. Waar de zorgprofessionals gezondheid identificeerden met fysieke aspecten, zagen patiënten gezondheid als een veel breder, het gehele leven omvattend fenomeen. Vanuit de alom beleden premisse dat we 'de patiënt centraal' moeten stellen in de zorg, hebben we ervoor gekozen om de visie van de patiënten te volgen. Deze bredere uitwerking van het concept hebben we Positieve Gezondheid genoemd. Zo heeft onze zoektocht tot dusver twee zaken opgeleverd: het basale concept en de uitwerking daarvan als Positieve Gezondheid.

Is Positieve Gezondheid het spinnenweb waarmee u werkt?

Dat is inderdaad onder andere het spinnenweb. Dat bestaat uit zes categorieën die op gezondheid betrekking hebben: lichaamsfuncties, dagelijks functioneren, sociaal maatschappelijk participeren, kwaliteit van leven, mentaal welbevinden en zingeving (zie onze site: www.ipositivehealth.com). Van elke categorie kan op een schaal van 0 tot 10 aangegeven worden hoe die ervaren wordt. De patiënt vult het spinnenweb in, eventueel samen met de zorgverlener, en dit plaatje dient als leidraad voor het 'andere gesprek'. Bedoeling hiervan is niet primair naar klachten te vragen, maar te achterhalen wat voor de patiënt belangrijk is, wat hij of zij van waarde vindt en van belang vindt om iets mee te doen. Het derde element van Positieve Gezondheid is het kennen van of kunnen verwijzen naar 'handelingsperspectieven', als de patiënt/cliënt daar behoefte aan heeft.

Een van de zorgen van enkele sprekers was of deze aanpak niet, net als de WHO definitie, medicaliserend zou kunnen werken. Hoe ziet u dat?

Bij de WHO definitie komt dat door de typering van gezondheid als volledig welzijn ofwel de afwezigheid van ziekte. Dit maakt dat je ieder die iets mankeert als ziek beschouwt en dus zou kunnen behandelen. Oorspronkelijk was dat niet zo bedoeld en pakte dat ook niet zo uit: de definitie is ontwikkeld in de tijd dat infectieziekten de meest voorkomende ziekten waren en men verwachtte met antibiotica deze binnen afzienbare tijd volledig uit de wereld te helpen. Inmiddels hebben chronische ziekten die plek van infectieziekten ingenomen en heeft de

medische technologie een gigantische vlucht genomen. Bij iedereen is wel iets te vinden en dat zou je dan kunnen/moeten behandelen. Men vraagt zich terecht af of alles moet wat kan.

En uw eigen aanpak? Door zo breed en gedetailleerd te kijken, gaat dat niet veel vraag genereren?

Een belangrijk doel van de methodiek van het spinnenweb is de zorgvraag beter te preciseren, en beter te selecteren of er iets mee moet en wat er dan gedaan kan worden. Niet alles vraagt om een medisch antwoord in engere zin en niet alles hoort bij de dokter. Er zijn ook vragen of problemen die in het sociale of het geestelijke domein thuishoren en die dus door andere hulpverleners opgepakt kunnen worden. Ook vraagt niet elk probleem om professionele hulp; mensen kunnen er ook zelf mee aan de slag of in zelfhulpgroepen. Voor deze werkwijze is het nodig dat zorgverleners meer samenwerken, weten waar ze voor welke hulp terecht kunnen en doorverwijzen. Het gesprek wordt gevoerd door een professioneel zorgverlener, vaak de huisarts, maar het kan ook een praktijkondersteuner zijn.

Een belangrijk uitgangspunt is, zoals al eerder gezegd, dat we de patiënt echt centraal stellen. We zoeken met de hulpvrager wat hij of zij belangrijk vindt. Het is aan de hulpvrager of deze iets wil met wat er uit het spinnenweb komt, afgezien natuurlijk van acute zorgvragen. Vervolgens wordt dan uitgezocht wat de patiënt nodig heeft aan hulp en tevens worden zijn eigen copingvermogens aangesproken. Veel vragen worden zo buiten het professionele zorgcircuit aangepakt en niet automatisch op een medische manier opgelost. Dat is de manier waarop we medicalisering proberen tegen te gaan.

Kiest u er bewust voor om gezondheid en welzijn niet zo strikt van elkaar af te bakenen? Dat is een gedeeld kritiekpunt van de andere sprekers, dat gezondheid en welzijn ineengeschoven worden in uw visie.

De ondervraagde patiënten gaven haast unaniem aan dat gezondheid voor hen alles met kwaliteit van leven en welzijn te maken heeft. De zorgprofessionals bakenen die domeinen inderdaad strikt af. Wij vinden dat je patiënten hierin serieus moet nemen, zij zijn degenen die leven met een chronische ziekte en dus van binnenuit kunnen aangeven wat in hun optiek welzijn met ziekte en gezondheid te maken heeft. Als je zegt de patiënt centraal te stellen kun je hun inzichten en ervaringen niet naast je neer leggen. De vraag is dan veeleer: wat betekent het in hun context, wat ze zeggen? Patiënten kunnen met een chronische ziekte een goed en betekenisvol leven leiden. Daar zit vaak een heel proces van ervaren en leren achter; leren om met de beperkingen maar ook met de eigen vermogens en mogelijkheden om te gaan. Als bijvoorbeeld mensen met een lichamelijke handicap zeggen dat de kwaliteit van hun leven 'top' is, dan betekent dat heel iets anders dan dat hun leven vrij zou zijn van kwalen

of lichamelijke klachten. Als je gezondheid verengt tot afwezigheid van ziekte, dan worden dit soort ervaringen waarin gezondheid, ziekte en welzijn door elkaar lopen, moeilijk te benoemen.

Een soortgelijk probleem zien sommige sprekers in 'the ability to adapt', het vermogen zich aan te passen. Volgens hen is het niet nauwkeurig genoeg beschreven om te helpen onderscheiden tussen goede en verkeerde vormen van aanpassing. Passief op de bank blijven zitten is ook een vorm van aanpassing aan een depressie. Dat lijkt mij een probleem van een bepaald type filosofie, dat ontstaat als je zo'n begrip isoleert uit de context van de gehele visie en daarbij eenduidigheid van betekenis eist. Aanpassing is een fundamenteel fysiologisch proces, het is de manier waarop organismen op veranderingen in hun omgeving reageren. Ons lichaam doet dat voortdurend, bijvoorbeeld als het immuunsysteem reageert op virussen en bacteriën die ons lichaam binnendringen en bestreden worden. Op een hoger niveau hebben mensen ook dit soort vermogens in aanleg, psychische coping bijvoorbeeld. Die vermogens kun je aanspreken en versterken, mensen kunnen daarin leren, beter worden. Dat is wat we beogen. Aanpassen moet je dan niet zien als een elastiekje dat telkens in zijn oorspronkelijke vorm terugspringt, maar als een telkens nieuwe afstemming op de zaken die zich voordoen in het leven en waar je je op de een of andere manier toe moet zien te leren verhouden. Dat zijn 'de uitdagingen' uit het concept. Dit idee van aanpassen staat niet los van de andere aspecten van het spinnenweb, die geven er mede invulling aan. Dat helpt dus onderscheiden in goede en verkeerde vormen van aanpassing. De zorgverlener kan door een gesprek te voeren over iemands idealen helpen een 'verkeerde' aanpassing te doorbreken.

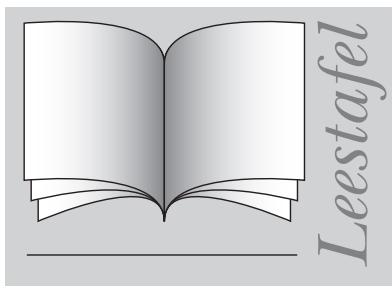
Een laatste punt van kritiek dat bij verschillende sprekers terugkomt betreft het idee van zelfmanagement. Focust dat niet te eenzijdig op het individu en zelfredzaamheid? Is er voldoende oog voor kwetsbaarheid, beperkingen en onvermogen alsook wezenlijke aspecten van ziek zijn?

Je kunt geen veranderingen in gang zetten, of iemand helpen zonder hem of haar zelf daarin te betrekken. Je kunt niet om het individu heen. Ik ben het er niet mee eens dat we het individu isoleren uit zijn context en alles van zelfredzaamheid verwachten. Integendeel, met het spinnenweb breng je juist die hele context in kaart. Zowel wat wensen en verwachtingen van patiënten betreft op allerlei dimensies van hun leven als de hulpbronnen. In een gesprek kunnen we dan de hulpbronnen, die in die context te vinden zijn, in kaart brengen. En die hulpbronnen zijn naast eventuele technische middelen altijd ook andere mensen, van zorgprofessionals tot naasten. We zetten er juist op in om samen aan de slag te gaan, en daarin zit uiteraard ook empathie en het tegemoetkomen aan de kwetsbaarheid van mensen. De doelen van wat wenselijk en haalbaar is stellen de mensen zelf in overleg met een professional en bij het werken aan die doelen is er de steun van anderen.

Tot slot: Staat de WHO inmiddels welwillender tegenover uw nieuwe visie?

We hebben heel veel positieve reacties gehad, uit de hele wereld. Er zijn veel zorgverleners en patiënten die ons gedachtegoed omarmen en er enthousiast mee werken. Maar of de WHO het ooit gaat erkennen; ik denk niet dat ik dat nog ga meemaken.

Interview en uitwerking: Eric van de Laar en Gert Olthuis



Staveren R van. *HART voor de GGZ. Werken met compassie in een nieuwe ggz.* Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom, 2016. ISBN: 9789058982889. 144 blz. Prijs: € 24,00.

HART voor de GGZ – werken met compassie in een nieuwe GGZ is een boek waar een roep om verandering uit blijkt. Het kan geschaard worden in een lange reeks van uitgaven die eenzelfde doel lijken te hebben: het moet allemaal anders in de geestelijke gezond-

heidszorg. En dat hangt weer samen met wat door velen een crisis in de psychiatrie genoemd wordt. De introductie van de DSM-5, de overheveling van de jeugdzorg naar de gemeentes, verschillende problemen die breed uitgemeten worden in de media en de steeds stijgende zorgkosten zonder duidelijke resultaten, dragen daar aan bij.

De vraag is echter in hoeverre een boek als *HART voor de GGZ* bijdraagt aan een oplossing voor die crisis. Gezien enkele lovende recensies, onder andere in Medisch Contact, waren de verwachtingen wellicht wat hoog gespannen, want dit boek valt tegen. Vanzelfsprekend las ik dit werk vanuit mijn medisch-ethische achtergrond en was ik bijvoorbeeld benieuwd naar de paragraaf over Moreel Beraad. Helaas wordt deze belangrijke en steeds meer toegepaste manier van omgaan met dilemma's niet alleen onzorgvuldig omschreven, er ontbreekt ook enige verwij-

zing naar relevante literatuur. Dat terwijl vele onderzoekers heel veel jaren hard gewerkt hebben aan de filosofische, wetenschappelijke en wijsgerige onderbouwing van deze manier van dialoogvoering voor praktici.

Voor de psychiater is dit boek te oppervlakkig en voegt het te weinig nieuws toe. Het gros van het boek is namelijk al in de opleiding tot psychiater behandeld. Voor de andere GGZ-professionals is het te eclectisch en te hapsnap. Jammer, want een boek als *HART voor de GGZ* zou mooi gepast hebben in de traditie van de zorgethiek, waarin concepten als *compassionate interference* hun intrede deden de afgelopen jaren. Een begrip dat juist ook zo van belang is in de psychiatrie en een kernbegrip had kunnen zijn in een boek met deze titel.

Dr. Andrea Ruissen, psychiater en filosoof, Amadea.nl