

Hoe bruikbaar zijn de begrippen vitaliteit, veerkracht en positieve gezondheid voor interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn?

Verslag van een dialoogsessie

De laatste jaren is de samenwerking tussen disciplines toegenomen, bijvoorbeeld in sociale wijkteams waarin sociaal werkers en gezondheidswerkers vaak samen optrekken. Bij interprofessionele samenwerking blijkt het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal en de ontwikkeling van gedeelde concepten van belang. Daarbij spelen praktijkgerichte onderzoekers en lectoren een constructieve rol in kennisateliers of werkplaatsen sociaal domein. Lectoraten willen immers onderzoek, onderwijs, beleid en beroepspraktijk met elkaar verbinden.

Begin mei 2017 vond in Rotterdam een dialoogsessie plaats over de vraag naar de bruikbaarheid en betekenis van de begrippen positieve gezondheid, vitaliteit en veerkracht voor de beoogde interprofessionele samenwerking in zorg en welzijn. Dragen dergelijke begrippen bij aan een gemeenschappelijke basis in de domeinen zorg en welzijn? Of scheppen ze verwarring?

De bijeenkomst was georganiseerd door lectoren van Hogeschool Inholland en Hogeschool Rotterdam. Bijna 30 mensen namen deel aan de sessie, die bestond uit enkele rondes waarin korte presentaties fungeerden als aftrap voor de onderlinge uitwisseling van gedachten.

Interprofessioneel samenwerken

Ard Sprinkhuizen (associate lector Maatschappelijk Werk, Hogeschool Inholland) zoomt in op het verschijnsel interprofessioneel werken. Hij refereert aan eigen onderzoek naar het functioneren van breed samengestelde sociale wijkteams. Opvallend is de geringe focus op preventie en *outreaching* werken. Omdat de transitie in het sociale domein gepaard gaat met bezuinigingen, dreigt met de aandacht voor generalistisch werken de ambachtelijke vakkennis in sociale wijkteams te verdwijnen. De spanning tussen wat Sprinkhuizen de 'taak aan de voorkant' noemt (onterecht ingrijpen) en de 'taak aan de achterkant' (onterecht niet ingrijpen) is groot. Tegelijk is de regelruimte van de sociale professional gering ondanks de roep om vertrouwen in de burger en de professional. Hoe kan je dan in de praktijk ruimte maken voor (meer) interprofessioneel werken? Ondanks de ambitie te werken aan één plan voor één gezin is er sprake van een complexe 'taaie' beroepen- en

organisatiestructuur. Samenwerken is een mooi streven, maar het risico op *window dressing*, het benadrukken van statusverschillen en onderlinge wedijver is reëel.

In de praktijk blijkt interprofessionele samenwerking lastig vorm te geven. Vaak wordt gesproken over de zogenaamde *T-shaped*–professional wiens ‘breed’ georiënteerde handelen voortbouwt op ‘diepe’ vakkennis. Dit roept bij de opleiders in welzijn en zorg telkens de vraag op waaruit die generalistische en specialistische vakkennis dan bestaat.

In de discussie ontmoet het verhaal van Sprinkhuizen veel herkenning. Aanwezigen noemen dat de nadruk op interprofessioneel samenwerken haaks staat op de bestaande financieringssystemen in de zorg. Als gevolg daarvan wordt gekozen voor enkelvoudige gestandaardiseerde oplossingen waarbij maatwerk (zonder willekeur) is vereist. Tot slot is ook de spraakverwarring niet bevorderlijk voor interprofessioneel werken. Diverse deelnemers pleiten ervoor dat de taal (en de vraag) van burger als uitgangspunt te nemen en niet de gemeenschappelijke taal van de professionals.

Naast belemmeringen bestaan er ook kansen, vinden de deelnemers. De decentralisatie kan wellicht als hefboom fungeren omdat de geldstromen van gemeenten minder gescheiden zijn dan voorheen. In de discussie worden experimenten met *lump sum* of cliëntvolgende financiering en regelvrije ruimtes genoemd (zoals bijvoorbeeld ‘Samen in Noord’), die waardevol zijn en navolging verdienen.

Positieve gezondheid

Vervolgens gaan zowel Carla Kolner (verbonden aan het Lectoraat Maatschappelijk Werk van Hogeschool Inholland) als AnneLoes van Staa (lector Hogeschool Rotterdam) in op het ‘nieuwe’ concept van positieve gezondheid dat op brede instemming in het veld (en van financiers) kan rekenen. Beiden sprekers verbazen zich over deze kritiekloze omarming en zetten kritische kanttekeningen bij de beschrijving van gezondheid van Huber et al. (2014): *‘Gezondheid is het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, sociale en emotionele uitdagingen in het leven’*

Kolner, die een promotieonderzoek doet naar de betekenis van het begrip preventie in sociale wijkteams, vraagt zich af wat de bruikbaarheid is van het concept. Net als Van Staa later wijst zij op de discussies in de medische sociologie over de sociaal-culturele constructie van het begrip ‘gezondheid’.

Hoe gezondheid wordt gezien wordt bepaald door de culturele sociale en politieke omstandigheden. In dat opzicht heeft ook het concept 'positieve gezondheid' een morele dimensie. De neiging om alles te zien als gezondheid maakt het verlangen naar gezondheid grenzeloos. Kolner waarschuwt voor medicalisering en interventionisme: een allesomvattende definitie van positieve gezondheid dreigt elke verstoring van geluk tot een gezondheidsprobleem te maken. Ook de toevoeging 'positief' roept bij Kolner vraagtekens op. Bestaat er ook 'negatieve gezondheid'? Ben je pas gezond als je je best doet of je aanpast aan de omstandigheden? Kolner mist aandacht voor de omgevingsfactoren in de definitie. In de publieke gezondheidszorg is er juist aandacht voor salutogenese: (omgevings- en individuele) factoren die gezondheid en welzijn bewerkstelligen. De mobiliserende aandacht voor kansen bij Huber et al. is weliswaar waardevol, maar teveel nadruk op het positieve kan ook resulteren in het wegdrukken van ziekte en kwetsbaarheid en leiden tot een beschuldigend discours. Ben je ziek geworden omdat je niet goed genoeg je best doet?

De burger vraagt om een pil of een behandeling en niet naar collectieve preventie. Maar er zijn grenzen aan de bemoeienis van professionals. Daarom is het nodig is om duidelijkheid te verschaffen over wat we als individueel en wat we als collectief risico moeten aanpakken. Zo ook over het gewenste handelingsrepertoire van de professional.

Ook Van Staa verwijst naar het langdurige debat over gezondheid in de medische sociologie, dat door Huber et al. genegeerd wordt. Mildred Blaxter (2004) besloot haar baanbrekende studie naar lekenopvattingen over gezondheid met: *'Health can be defined negatively, as the absence of disease, functionally, as the ability to cope with everyday activities, or positively, as fitness or well-being.'* Opvallend is dat Huber gezondheid reduceert tot het functionele aspect, dat wil zeggen een individuele *capaciteit*: het *'vermogen tot aanpassing en tot eigen regie'*. De invulling van de 'positieve' als de 'negatieve' aspecten van gezondheid blijft buiten beeld. In dat opzicht verwacht Huber gezondheid met gedrag, zoals Van der Stel (2016) al heeft opgemerkt. Positieve gezondheid impliceert een verplichting om je aan te passen (actieve coping) en een verplichting om te werken aan je gezondheid. De nadruk ligt op het individuele gedrag en het zelf zorgen.

Afgezien van de definitiekwestie betwist Van Staa ook de validiteit van het conceptuele model dat de uitwerking vormt van positieve gezondheid. De zes dimensies sluiten elkaar niet onderling uit. Kwaliteit van leven wordt als een van de dimensies gepresenteerd, terwijl lichamelijk en mentaal functioneren een onderdeel zijn van kwaliteit van leven. Gezondheid is een onderdeel van

kwaliteit van leven, maar niet andersom. In navolging van Poiesz et al. (2016) pleit zij voor een heldere definitie als grondslag voor scherp beleid. Hoe nu verder? Van Staa benadrukt de opgave na te gaan wat werkt. De holistische blik van Huber et al. moeten we behouden, want die is bijvoorbeeld voor iedereen die leeft met chronische ziekte betekenisvol. Een echt 'positieve' benadering gaat volgens Van Staa uit van versterking van vitaliteit, veerkracht en eigen regie. Laat de patiënt meer de agenda van het gesprek bepalen en niet de gezondheidsdoelen van de professional. Zij pleit voor het gebruik van een brede definitie van zelfmanagement en presenteert een gespreksinstrument dat hierbij ondersteunt en patiënt uitnodigt zelf doelen te stellen (*Zelfmanagement Web*). Zij sluit af met de conclusie dat gezondheid meer is dan afwezigheid van ziekte, maar niet alles is gezondheid. Laten we de grenzen van gezondheid en welzijn verkennen maar niet per se uitvlakken.

Er ontstaat een levendige discussie over de morele implicaties van het concept 'positieve gezondheid'. Diverse aanwezigen uiten zorg over de manier waarop gemeentes het nieuwe concept gaan gebruiken in hun beleid. Er dreigt overmatige individualisering van maatschappelijk problemen (*blaming the victim*). Gebrekkige gezondheidsvaardigheden van de cliënt gecombineerd met de bewust 'ontzorgende' insteek van de sociale wijkteam medewerkers kan de toegang tot noodzakelijke ondersteuning en zorg belemmeren. Zo raken bij de activering van burgers tot verplicht vrijwilligerswerk de fysieke klachten weleens uit beeld.

Machteld Huber benadrukt dat haar intenties juist het tegenovergestelde zijn van medicalisering. Zij onderschrijft dat de omgeving van groot belang is voor gezondheid. Maar gezondheid wordt door de sprekers volgens Huber nog teveel als lichamelijke gezondheid opgevat, terwijl positieve gezondheid laat zien dat het om veel meer gaat. Huber benadrukt de waarde van de empirische gegevens waarop het model is gebaseerd: de patiënten wilden 'kwaliteit van leven' er beslist bij. Over het begrip 'positief' zegt zij dat ook de positieve psychologie niet verward mag worden met 'positief denken á la Emile Ratelband'. Huber meent dat de moraliserende werking van de nieuwe definitie niet vanzelfsprekend is, maar er juist van buitenaf 'opgeplakt' wordt. Het gaat haar erom dat het model werkt in de praktijk. Het gespreksmodel "Mijn Positieve Gezondheid" genereert veel energie en herkenning: daar draait het volgens Huber om.

In reactie daarop komt naar voren dat juist bij het interdisciplinaire werken helder wordt dat modellen complementair kunnen zijn; dan kan ook besproken worden welke factoren de weg naar welzijn en gezondheid belemmeren. Daarnaast wordt gesteld dat élk begrip morele implicaties heeft, dus ook

‘veerkracht’, ‘eigen regie’ of ‘vitaliteit’. Hoe begrippen ‘werken’ moet meer aandacht krijgen.

De discussie richt zich vervolgens op de nieuwe focus van gemeenten op veerkracht (*‘resilience’*). Deze kan helpen de brede context te definiëren, maar ook handelingsverlegenheid met zich meebrengen. Werken aan preventie vereist andere vaardigheden dan crisisbezwering. Een warme overdracht tussen professionals en ook kennis van het werk van de aanpalende professie lijkt noodzaak. Tegelijkertijd kan de zelfredzaamheid van de burger worden onderschat en kan interprofessioneel werken nieuwe (onnodige) hulpverleningsvragen genereren. Verwijzing van deur tot deur is niet altijd nodig. Burgerinitiatieven blijven bij de sociale wijkteams regelmatig buiten beeld. En in de interactie met de hulpverlener staat de beleving van de patiënt niet altijd voorop. Zo is therapietrouw veelal geen item voor patiënten, maar vitaliteit wel.

Veerkracht

Roel van Goor (associate lector Leefwerelden van Jeugd, Hogeschool Inholland) schenkt aandacht aan de recente discussie en de werking van begrippen. In het alledaagse leven speelt gezondheid pas een rol als er iets aan de hand is. Daarom lijkt een discussie over de bruikbaarheid en betekenis van begrippen (positieve) gezondheid, vitaliteit en veerkracht voor interprofessionele samenwerking tegen-intuïtief. Dit geldt ook voor de opgave te ‘werken aan zelfregie’ of interprofessionaliteit. Om te bereiken wat wenselijk is moet je kennelijk iets organiseren. De kloof tussen deskundigen en leken wordt hiermee vergroot.

Aandacht voor gezondheid kan fungeren als in- en uitsluitingscriterium. Gewoon leven is kennelijk niet genoeg, je moet gezond leven. Met de introductie van de nieuwe definitie verloopt de in-en uitsluiting weliswaar niet langer volgens de lijn ziek-niet ziek, maar ook de nieuwe definitie kan uitsluiting genereren. Zo wordt de nieuwe definitie niet omarmd door *Ieder In*, een belangenorganisatie van chronisch zieken en mensen met een beperking. Bepaalde dimensies van de klassieke benadering, waarin de ziekte meer voorop staat, raken op de achtergrond. Al met al bestaat het risico dat met de focus op de definiëring van gezondheid het professionele leven het alledaagse leven gaat domineren. We dreigen te vergeten wat het handelen van de professional legitimeert. Onze *raison d’être* is en blijft de behoefte van de burger aan ondersteuning of zorg.

Aan het einde van de levendige discussiemiddag wordt opnieuw kort stil gestaan bij de bruikbaarheid van nieuwe begrippen. *Framing* door de diverse belanghebbenden, c.q. de politieke dimensie speelt daarbij een belangrijke rol. Zelfredzaamheid lijkt verworden tot een vereiste. Hoe staat het met de bereidheid om te de-institutionaliseren? Wanneer is de maat vol? Moeten we in navolging van de onlangs in Engeland door vooral sociaal werkers gehouden *Mars Against Austerity* de barricades op?

Interprofessioneel werk gaat telkens gepaard met handelingsverlegenheid en professionele dilemma's. De samenwerking wordt niet alleen belemmerd door taal, maar ook financiële en juridische obstakels. In de discussie werd het belang van vakmanschap en diepe kennis (de hersenchirurg die zijn mes feilloos kan hanteren) steeds verbonden met de noodzaak voor brede competenties (die chirurg moet ook het gesprek kunnen aangaan met haar/zijn patiënt). Een scherpe focus maar een brede blik. Dat is ook nodig als we kijken naar de werking van begrippen zoals positieve gezondheid, veerkracht of vitaliteit.

Drs. Rob Arnoldus, hogeschooldocent Hogeschool Rotterdam; Werkplaats Sociaal domein Zuid-Holland

Dr. AnneLoes van Staa, lector Transitie in Zorg; Hogeschool Rotterdam

Drs. Guido Walraven, lector Dynamiek van de Stad; Hogeschool Inholland

Literatuur

Blaxter M. Health. Cambridge: Polity Press, 2004

Huber M. Towards a New, Dynamic Concept of Health. Proefschrift. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2014.

Poiesz T, Caris J, Lapré F. Gezondheid: een definitie ? TSG 2016;94(7):252-5.

Stel J. van der. Definitie 'gezondheid' aan herziening toe. Med Contact 2016;71:18-9.