



## Focus op functioneren

### Voorstel voor een aangepast ICF-schema

**Yvonne Heerkens · Marjolein de Weerd · Machteld Huber · Carin de Brouwer · Sabina van der Veen · Rom Perenboom · Coen van Gool · Huib ten Napel · Marja van Bon-Martens · Hillegonda Stallinga · Nico van Meeteren**

Published online: 5 May 2017  
© Bohn Stafleu van Loghum 2017

De International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wordt sinds de publicatie in 2001 in toenemende mate gebruikt om het functioneren van mensen en de daarbij relevante factoren te beschrijven, zowel in de zorg als in onderzoek, onderwijs en beleid. Het ICF-begrippenkader bestaat uit: (1) een schema dat de componenten van de ICF weergeeft, inclusief het onderliggende biopsychosociale perspectief; en (2) een standaardterminologie: de verschillende classificaties (functies, anatomische eigenschappen, activiteiten/participatie, externe facto-

ren), bestaande uit hoofdstukken met daaronder categorieën op verschillend detailniveau.

Het ICF-schema (zie fig. 1) visualiseert het functioneren als resultaat van een dynamische interactie met aandoeningen/ziekten en contextuele (persoonlijke en externe) factoren. Ondanks of wellicht juist dankzij de grotere bekendheid en het toenemende gebruik van de ICF, neemt de roep in de literatuur om het ICF-schema aan te passen toe. Doel daarbij is om het biopsychosociaal perspectief van de ICF meer tot uiting te laten komen en het schema beter te laten aansluiten bij de huidige maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen. Een voorbeeld hiervan is het discours rond het begrip ‘gezondheid’, zoals dat ook in *TSG* wordt gevoerd en zoals dat in het werkveld van de publieke gezondheid en het sociaal domein wordt omarmd.

---

Dit artikel is een vertaling en uitbreiding van de Engelse samenvatting van: Heerkens YF, Weerd M de, Huber M, Brouwer CPM de, Veen S van der, Perenboom RJM, et al. Reconsideration of the scheme of the international classification of functioning, disability and health: incentives from the Netherlands for a global debate. *Disabil Rehabil*, 2017 Jan 27:1–9.

---

Dr. Y. Heerkens (✉)  
Nederlands Paramedisch Instituut, Amersfoort/Lectoraat Arbeid & Gezondheid, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Berkenweg 7, 3818 LA Amersfoort, Nederland  
yvonne.heerkens@npi.nl

Dr. Y. Heerkens  
Lectoraat Arbeid & Gezondheid, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen, Nederland

Dr. M. de Weerd  
Kennisinstituut van Medisch Specialisten, Utrecht, Nederland

Dr. M. Huber  
Institute for Positive Health, Amersfoort, Nederland

Ir. C. de Brouwer  
Department of Epidemiology, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, Nederland

Master Advanced Nursing Practice, Mens en Gezondheid, Fontys Hogescholen, Tilburg, Nederland

---

S. van der Veen, MPH  
Zorgadvies Z!N, Bergen, N.H., Nederland

Dr. R. Perenboom  
TNO, Leiden, Nederland

Dr. C. van Gool · H. ten Napel  
WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in The Netherlands, RIVM, Bilthoven, Nederland

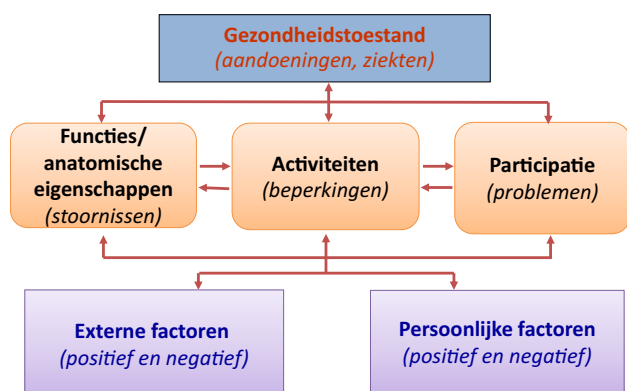
Dr. M. van Bon-Martens  
Trimbos-instituut, Utrecht, Nederland

Dr. H. Stallinga  
Gezondheidswetenschappen-Verpleegkundig Onderzoek, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universiteit van Groningen, Groningen, Nederland

Prof.dr. N. van Meeteren  
Topsector Life Sciences and Health (Health-Holland), Den Haag, Nederland

CAPHRI, Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland





**Figuur 1** Het ICF 2001-schema.

In januari 2017 verscheen in *Disability & Rehabilitation* een artikel geschreven door elf Nederlandse onderzoekers, docenten en beleidsmakers op het gebied van de ICF, gezondheid, gezondheidszorg en arbozorg. In dat artikel wordt een eerste voorzet gegeven om tot een nieuw schema te komen. Doel van de auteurs met dit artikel is om de discussie rond het ICF-schema (inter)nationaal te stimuleren. Hiermee levert het een bijdrage aan de discussie rond het omschrijven van de gezondheid van mensen in relatie tot onder andere functioneren en de betekenis hiervan voor de innovatie van zorgberoepen. Intussen is er uit het werkveld al een aantal reacties gekomen en vindt er overleg plaats met ZonMw over het gebruik van het begrip 'positieve gezondheid' in combinatie met de ICF.

De auteurs nodigen bij dezen de lezers van *TSG* uit om ook te reageren (contactadres: yvonne.heerkens@npi.nl).

## Doel

Gezien de nieuwe ideeën binnen de samenleving en de zorg, zoals de huidige discussie over het begrip 'gezondheid', loopt men in zorg, onderzoek, onderwijs en beleid tegen een aantal tekortkomingen van het ICF 2001-schema aan. Een nieuw ICF-schema zou moeten leiden tot een betere weergave van het ICF-begrippenkader en daardoor meer geschikt zijn voor de doelen van gebruikers. Dit artikel beschrijft de totstandkoming en beoordeling van alternatieve schema's.

## Methode

De herbeschouwing van het ICF 2001-schema is gebaseerd op een inventarisatie van andere veelgebruikte modellen van functioneren en functioneringsproblemen, en de kritiek op de ICF-2001. De uit de literatuur afgeleide thema's vormden de basis voor discussies met 23 Nederlandse deskundigen op het gebied van ICF, gezondheidszorg, publieke gezondheid, arbozorg, opleidingen, en gezondheidsgerelateerd onderzoek. De uit deze discussie resulterende drie alterna-

tieve ICF-schema's zijn voorgelegd aan 26 experts met het verzoek deze te prioriteren.

## Resultaten

Op grond van de literatuur zijn vijf thema's geformuleerd als basis voor het ontwikkelen van alternatieven voor het huidige ICF-schema:

1. maatschappelijke ontwikkelingen/invloeden (bijvoorbeeld met betrekking tot het omgaan met mensen met chronische aandoeningen);
2. invloeden vanuit het denken over gezondheidszorg en onderzoek;
3. conceptualisatie van gezondheid door de eeuwen heen;
4. modellen/begrippenkaders van (on)gezondheid;
5. kritieken op de ICF.

Bij thema 4 is onder andere dieper ingegaan op het begrip 'positieve gezondheid' zoals dat door Machteld Huber et al. [1, 2] is geformuleerd en op de *capability approach* van Amartya Sen [3]. Aan het begrip 'positieve gezondheid' is al in 2013 een Spectrum [4] gewijd en onlangs was er ook aandacht in *TSG* voor de discussie over dit begrip [5].

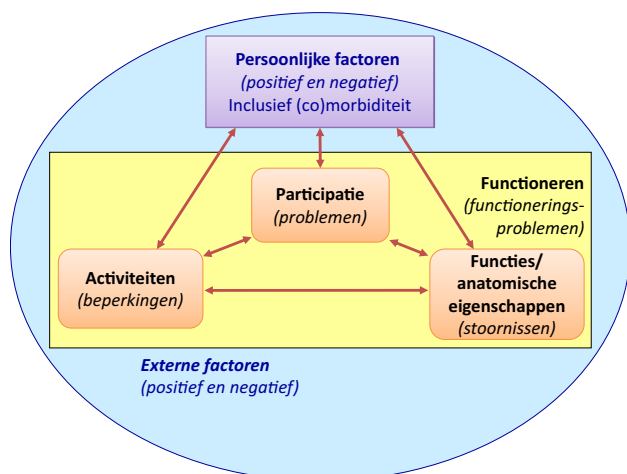
In de literatuur is op vier punten kritiek (thema 5) op het uit 2001 stammende ICF-schema:

1. de positie van 'aandoeningen/ziekten' bovenaan het schema;
2. de positie van 'participatie';
3. de rol van 'contextuele factoren';
4. het gebrek aan een classificatie van 'persoonlijke factoren'.

Op dit moment wordt wereldwijd gewerkt aan verdere verbetering van de ICF. In 2017 staan hierbij in het bijzonder de externe factoren centraal. Veel relevante contextuele factoren ontbreken nog. Binnenkort verschijnt er een *special section* in het tijdschrift *WORK* over de ICF, met onder andere een artikel over relevante, werkgerelateerde externe en persoonlijke factoren [6].

De geraadpleegde experts gebruiken de ICF bij het formuleren van beleid, in de kliniek, in onderzoek en/of onderwijs. Hun kritiek op het ICF-schema is in lijn met de kritiek in de literatuur. De conclusie was dat de visuele representatie van de verschillende componenten, met aandoeningen/ziekten bovenaan in het schema, (potentiële) gebruikers de indruk geeft dat het medisch perspectief dominant is, in plaats van het biopsychosociale perspectief zoals dat door de WHO wordt geclaimd. Onder handhaving van de bestaande componenten – waarbij de component aandoeningen/ziekten<sup>1</sup> als '(co)morbiditeit' is onder-

<sup>1</sup> Hoewel ziekten/aandoeningen in het ICF-schema staan (als factoren van invloed op het functioneren), worden ze geclassificeerd met bijvoorbeeld de ICD of – door de huisarts – met de ICP.



**Figuur 2** Het vooralsnog verkozen alternatieve ICF-schema.

gebracht bij persoonlijke factoren – zijn drie alternatieve schema's gemaakt en door zestien (62 %) van de 26 experts geprioriteerd op volgorde van voorkeur. Dit resulteerde in één voorkeursschema (fig. 2).

### Beschouwing

Er is behoefte om de visuele representatie, het ICF-schema, van de WHO uit 2001 aan te passen en te komen tot een nieuw schema. Dit nieuwe schema moet een betere weerspiegeling zijn van het ICF-begrippenkader en kan (inter)nationaal worden voorgelegd en onderzocht.

In 2015 heeft de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen het advies *Naar nieuwe zorg en beroepen, de contouren* uitgebracht, met drie uitgangspunten [7]:

1. de veranderende zorgvraag: wat is nodig in 2030?
2. het functioneren: niet de ziekte als vertrekpunt, maar het functioneren;
3. een nieuw concept van gezondheid: veerkracht en eigen regie staan centraal.

Ook in het vervolgrapport *Anders kijken, anders leren, anders doen* van het Zorginstituut Nederland [8] staan de drie begrippen 'functioneren', 'veerkracht' en 'eigen regie' van burgers centraal.

In de door de Nederlandse experts opgestelde voorstellen voor een nieuw ICF-schema staat steeds het functioneren centraal en heeft de component aandoeningen/ziekten een andere, minder dominante positie gekregen. De alternatieve schema's houden vast aan de invloed van persoonlijke en externe factoren op het functioneren. Als de aspecten die door Huber et al. [1, 2] zijn geformuleerd (als operationalisatie van het begrip 'positieve gezondheid'), gelinkt worden aan de ICF, dan blijkt dat er een koppeling is met alle componenten van de ICF, maar dat de meeste aspecten val-

len onder persoonlijke factoren [2, 9]. De zorgberoeven staan daarom voor de uitdaging om te kijken hoe het concept 'positieve gezondheid', nu beschikbaar als [mijnpositievegezondheid.nl](http://mijnpositievegezondheid.nl), en het nieuw voorgestelde ICF-schema tezamen kunnen worden gebruikt, om ervoor te zorgen dat de focus komt te liggen op (vitaal) functioneren, veerkracht en eigen regie: van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid [10]. Hoewel de formulering 'van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag' nogal eens tot de gedachte leidt dat het hier gaat om een omslag naar 'gezond gedrag', gericht op preventie van ziekten en zelfmanagement, richt deze zich op het brede perspectief van het functioneren van een persoon. Polder et al. spreken in dit verband van ziekte en zorg, via gedrag en gezondheid naar mens en maatschappij [11].

Met het artikel wordt beoogd een bijdrage te leveren aan de totstandkoming van een nieuw ICF-schema dat meer in lijn is met huidige en te voorziene ontwikkelingen, en de veranderende ideeën over gezondheid wereldwijd. We hopen dat het proces zoals dat in Nederland is doorlopen, ook in andere landen zal plaatsvinden, bijvoorbeeld via een Delphi-onderzoek waaraan experts uit de hele wereld deelnemen. Hiermee hopen we te stimuleren dat 'functioneren' een centraal begrip wordt binnen de zorg.

### Literatuur

1. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343(4163):235–7.
2. Huber M, Vliet M van, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e010091.
3. Nussbaum M, Sen A. The quality of life. Oxford: Oxford University Press; 1993.
4. Hoeymans N, et al. Spectrum: naar een nieuwe definitie van gezondheid. *Tijdschr Gezondheidswet*. 2013;91:132–8.
5. Huber M. Antwoord op 'Gezondheid: een definitie?' Van Poiesz, Caris en Lapré. *Tijdschr Gezondheidswet*. 2016;94:292–6.
6. Heerkens YF, Brouwer CPM de, Engels JA, Gulden JWJ van der, Kant IJ. Elaboration of the contextual factors of the ICF for occupational health care. *Work*. 2017;57(2): in druk.
7. Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. *Naar nieuwe zorg en beroepen*. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2015.
8. Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen. *Anders kijken, anders leren, anders doen*. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2016.
9. Heerkens Y, Huber M. A new concept of health and its relation with ICF. *WHO FIC Newsl*. 2013;11(1):1–2.
10. RVZ. *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2010.
11. Polder J, Kooiker S, Lucht F van der. De gezondheidsepideemie. *Tijdschr Gezondheidswet*. 2012;90:127–8.