

Nadja Brocatus¹

Het biopsychosociale model: implementatie in de klinische praktijk van een CAR d.m.v. ICF

Een verfrissende manier van denken over mensen met functioneringsproblemen?

Dit artikel beschrijft aan de hand van herkenbare illustraties de wetmatigheden en basisprincipes van het biopsychosociale model waarop de ICF is gebaseerd. Verder wordt nagegaan of het model garanties biedt voor een kwaliteitsvolle zorgverlening. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij wat de implementatie van het model betekent in de klinische praktijk van een Centrum voor Ambulante Revalidatie. Tot slot worden een aantal aspecten opgesomd die de meerwaarde van het model onderstrepen.

■ De wetmatigheden of basisprincipes van het model

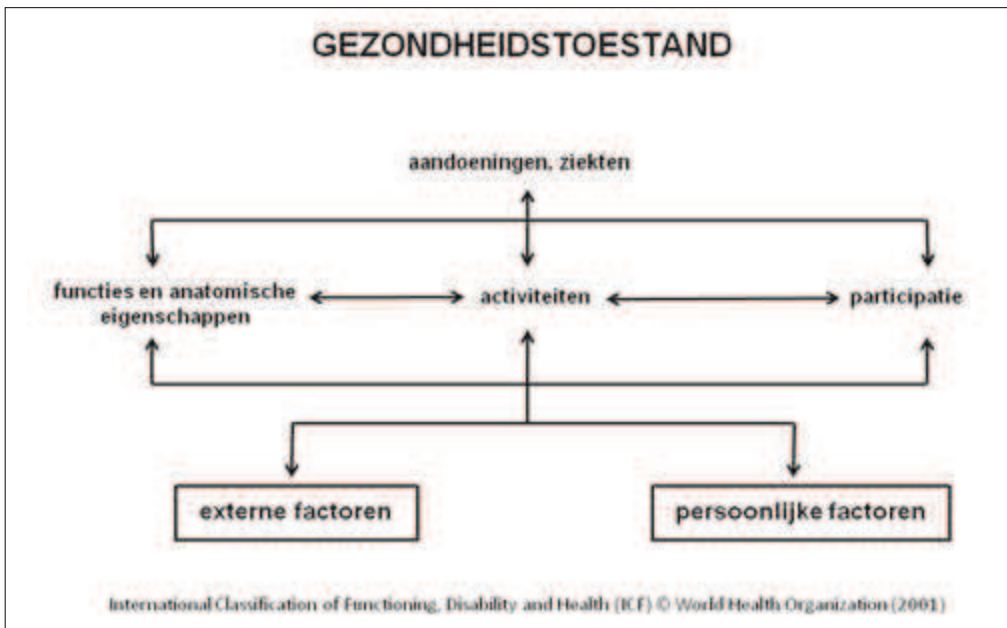
Het biopsychosociale model dat aan de basis ligt van de International Classification of Functioning, Disability

and Health (ICF) is een descriptief conceptueel kader dat klinici de mogelijkheid geeft om op een systemische en dynamische manier naar de cliënt en zijn probleem te kijken.

In dit conceptueel referentiekader gelden de volgende wetmatigheden:

¹ Nadja Brocatus is als logopedist/stottertherapeut verbonden aan het Centrum voor Ambulante Revalidatie (CAR) in Oostakker (Gent). Verder is ze docent aan de Afstudeerrichting Logopedie en Audiologie van de Arteveldehogeschool Gent. Contactadres: nadia.brocatus@arteveldehs.be

Figuur 1: De wisselwerking tussen de verschillende aspecten van de gezondheidstoestand en externe en persoonlijke factoren



- Interventies op één domein of een factor in een domein brengt veranderingen teweeg in de andere domeinen en op de andere factoren in het domein.
- De interacties zijn specifiek en staan niet in een voorspelbare één-op-één-relatie tot elkaar.
- De interactie vindt plaats in beide richtingen.

Dit betekent dat alle componenten van het model gelijkwaardig zijn in betekenis en in gewicht. Het domein van de 'functies en anatomische eigenschappen' is dus niet belangrijker dan het domein van de 'persoonlijke factoren' als we het functioneren van een cliënt in beeld brengen. Lijkt dit evident? Neen, aangezien we in

de assessment de meeste aandacht besteden aan het testen van functies en activiteiten en ons veel minder bezighouden met het onderzoeken van de participatie en de contextfactoren (d.i. persoonlijke en externe factoren).

Bijkomend is in dit model de interactie tussen twee componenten niet lineair. Er bestaat dus geen direct oorzakelijk verband tussen twee componenten. De ernst van bijvoorbeeld het participatieprobleem 'het niet halen van het leesniveau van een 2^{de} leerjaar' kan dus niet enkel en alleen te wijten zijn aan een functiestoornis, bijvoorbeeld een taalstoornis. De persoonlijke en externe factoren spelen hierin een even belangrijke rol.

Een illustratie: wanneer een kind ontwikkelingsproblemen vertoont wat betreft schoolse vaardigheden zullen wij in eerste instantie denken aan en kijken naar de ontwikkeling van functies en in mindere mate naar mogelijke belemmeringen die zich situeren op het vlak van contextfactoren. Nochtans weten we dat kinderen in hun ontwikkelen in sterke mate afhankelijk zijn van externe factoren voor wat betreft de stimulatie van hun ontwikkeling en het voorzien van de randvoorwaarden die nodig zijn om tot ontwikkeling te komen. We weten ook dat persoonlijke factoren als motivatie, inzet, copingstijl, welbevinden, e.d. bepalend zijn voor de manier waarop een kind ontwikkelt. Ontwikkelingsproblemen kunnen dus ook mede het gevolg zijn van deze contextfactoren.

Een ander belangrijk aspect is dat alle pijlen in het model wederkerig zijn. Dit betekent dat alle componenten in het model elkaar wederzijds beïnvloeden. Treedt er een verandering op in één domein dan heeft die automatisch zijn repercussies op de andere domeinen. De veranderingen die optreden in het domein van de contextfactoren hebben gevolgen op het domein van de functies en omgekeerd heeft de verandering op het domein van de functies opnieuw gevolgen voor de contextfactoren.

Een voorbeeld: een gestoorde taalontwikkeling (functies) heeft een impact

op het spreken van het kind (activiteiten) en kan ook de interactie van het kind met leeftijdgenoten negatief beïnvloeden doordat het minder initiatief neemt om met leeftijdgenoten te spelen (participatie). Het verminderde of uitblijvende contact met leeftijdgenoten vermindert de kansen op het oefenen van taal, wat de taalstoornis (functie) mee in stand houdt. Het domein van de participatie oefent dus een negatieve invloed uit op het domein van de functies. De wederzijdsheid bestaat erin dat de gestoorde taalfunctie ook het participatieprobleem mee in stand houdt. Ook de persoonlijke factoren beïnvloeden de participatie en de taalfunctie en omgekeerd. Neem een taalgestoord (functies) kind met een vrolijk, open, opgewekt karakter (persoonlijke factoren) en met goede sociale en communicatie vaardigheden als gevolg. Dit kind zal ondanks de taalstoornis vlot contact nemen met leeftijdgenoten (participatie) en hierdoor de taalontwikkeling (functies) stimuleren. Hetzelfde geldt voor het verband tussen externe factoren en functies. Het kan gebeuren dat een kind met een taalstoornis door een leerkracht wordt getaxeerd als minder intelligent. De leerkracht gelooft dus minder in de leer- en ontwikkelingsmogelijkheden van het kind en zal het kind bijgevolg minder uitdagen, stimuleren en enthousiasmeren, wat maakt dat de functies van het kind minimaal in hun ontwikkeling worden gestimuleerd door de leerkracht. Het feit dat het

kind zwakker presteert voor woordenschat en morfologie (functies) wordt in dit geval dus mede beïnvloed door de attitude van de leerkracht, doordat het kind bijvoorbeeld minder aan bod komt in de klas en zich meer en meer terugtrekt. Dit laatste heeft dan ook weer te maken met de persoonlijke factoren van het kind en de wisselwerking tussen de invloed van de attitude van de leerkracht en de eigenheid van het kind.

We kunnen hieruit besluiten dat we bij het behandelen van een functiestoornis even goed aan de slag kunnen gaan met de omgeving van het kind of werken aan bepaalde persoonlijkheidstrekjes of het aanpakgedrag van een kind om de ontwikkeling van een bepaalde functie te stimuleren of een stoornis te remediëren. Voor het kind in ons voorbeeld betekent dit dat we bijvoorbeeld de taalontwikkeling kunnen stimuleren door in te grijpen op de persoonlijke factoren en/of de externe factoren, en/of op het domein van de participatie. Dit kan alleen op voorwaarde dat we in onze diagnostiek de gegevens over alle constructen onafhankelijk van elkaar verzamelen en vervolgens mogelijke relaties en causale verbanden onderzoeken. Voor een volledige omschrijving van het functioneren zijn immers alle componenten van belang.

Het biopsychosociale model plaatst niet langer de stoornis op zich in de spotlights. Het zijn vooral de effecten

van de stoornis op het vlak van de activiteiten die een persoon uitvoert en de gevolgen op het vlak van zijn participatie in de maatschappij die op de voorgrond treden en dit in relatie tot de invloed van de context van omgevings- en persoonlijke factoren. In de klinische praktijk lijkt het vaak redelijk om een beperking (activiteiten) te veronderstellen op grond van één of meer stoornissen (functies) of een participatieprobleem op grond van één of meer beperkingen.

Een ander belangrijk principe dat aan de basis ligt van het 'ICF-denken' is dat men in de eerste plaats kijkt naar de mens achter de stoornis. Dit betekent dat het eerste doel van de therapeut niet langer het remediëren van de stoornis (functie) is, maar het verbeteren van de kwaliteit van leven van de persoon met de stoornis.

■ Biedt het model garanties voor een kwaliteitsvolle zorgverlening?

Het model is een klinische toepassing van de huidige visies op gezondheidszorg, van de benaderingswijzen die minimaal aanwezig moeten zijn voor het verlenen van kwaliteitsvolle zorg, met name: (1) de holistische benadering en de contextueel gerichte zorg, (2) de cliëntgerichte zorg, en (3) de visie op empowerment en inclusie.

Holistische visie en contextueel gerichte zorg

We starten met een voorbeeld van de integratie van de holistische visie en de contextueel gerichte zorg. Bert (15 jaar) heeft een gehoorstoornis. Dit probleem heeft een impact op zijn totale functioneren. De aard en de ernst van zijn gehoorstoornis beïnvloeden niet alleen zijn spreken en zijn communicatie (activiteit), maar ook zijn participatie (bv. lid zijn van een jeugdbeweging). Zijn gehoorstoornis maakt hem soms echt verdrietig (persoonlijke factoren) en als hij verdrietig is, voelt zijn moeder zich machteloos (externe factor), wat zijn verdriet alleen nog erger maakt (wisselwerking). Hij vertoont dan niet langer aanpakgedrag (persoonlijke factor), waardoor hij nog minder meedoet aan activiteiten met andere kinderen en zich nog meer isoleert (participatie). Doordat hij zich meer isoleert, wordt hij minder vaardig in het communiceren (activiteiten), enz.

Dit voorbeeld toont aan dat het zeer belangrijk is om een zicht te krijgen op de verschillende domeinen. Bert louter en alleen beter leren spreken en communiceren zal dus onvoldoende zijn om zijn kwaliteit van leven te verbeteren. Het is ook duidelijk dat de moeder van Bert ondersteuning nodig heeft. Verder is het belangrijk na te gaan in welke contexten Bert goed en minder goed

functioneert, wat hem belemmert en wat hem ondersteunt. Zo kunnen we in therapie de ondersteunende factoren versterken en de belemmerende factoren reduceren.

Cliëntgerichte zorg

Het biopsychosociale model helpt ons om vraaggestuurd te werken, tenminste als we dit model samen met Bert invullen. We proberen *zijn* hulpvraag zo concreet mogelijk in beeld te brengen. We overlopen domein per domein:

- Welke activiteiten lukken goed, welke minder goed en wat zou hij graag beter kunnen? Waar wil hij aan werken?
- Aan welke activiteiten kan hij wel/niet meedoen en aan welke zou hij graag participeren? Wat denkt hij dat daarvoor nodig is?
- Wat vindt hij van zijn aanpakgedrag? Hoe staat hij tegenover zijn probleem? Kan hij er goed mee omgaan? Heeft hij ondersteuning nodig op dit terrein? Hoe kijkt hij naar zichzelf?
- Welke mensen in zijn omgeving betekenen voor hem een ondersteuning? Wie kan hem hoe helpen? Kunnen er aanpassingen gebeuren vanuit de omgeving? Wat is daarvoor nodig? Wat zou het effect daarvan zijn?

Op die manier vervolledigen we de probleemsamenhang van Bert in

samenwerking met Bert en in samenwerking met zijn ouders. We houden rekening met *hun* zorgen en wensen.

Deze handelingswijze maakt van de therapeutische relatie een evenwaardige samenwerkingsrelatie, waarbij de cliënt de ervaringsdeskundige is en de therapeut de stoornisdeskundige.

Empowerment

Het gebruik van het biopsychosociale model helpt empowerment te realiseren. Door dit model samen met Bert in te vullen, krijgt hij een zeer gedetailleerd beeld van: (1) hoe het met hem en zijn probleem gesteld is, (2) hoe hij zelf bepaalde zaken kan ondernemen die ondersteunend werken, (3) hoe hij zelf zaken kan reduceren die belemmerend zijn, en (4) hoe hij zelf in zijn omgeving kan aangeven wat er helpt en wat er niet helpt.

Het model geeft inzicht in het probleem en alles wat erom heen samenhangt. Alleen al dit inzicht zet aan tot aanpakgedrag. Bovendien verstevigt daadwerkelijk aanpakken het zelfvertrouwen.

Het verwerven van meer zelfvertrouwen heeft dan weer een effect op Berts omgeving, zijn activiteiten en participatie en dus ook op de impact die zijn stoornis heeft.

■ Wat betekent de implementatie van dit model in de klinische praktijk van een revalidatieteam?

We overlopen de implicaties van deze implementatie aan de hand van de klinische cyclus.

Voor de intakeprocedure betekent dit dat de vragen die we stellen een status presensbeeld van de cliënt conform het biopsychosociale model beogen op te bouwen. We stellen deze vragen niet alleen aan de ouders, maar ook aan het kind zelf (als het hiervoor oud genoeg is) en tevens aan andere belangrijke externen zoals de leerkracht. Tabel 1 op de volgende bladzijde toont enkele voorbeelden van vragen tijdens de intakeprocedure.

De therapeut die de intakegesprekken heeft gedaan, maakt een eerste invulling van het model (probleemsamenhang) op basis van de informatie verkregen van de verschillende betrokken partijen. Hij/zij gaat na over welke domeinen er meer informatie nodig is met het oog op de categoriale en beschrijvende diagnostiek. Hij/zij organiseert de disciplinespecifieke onderzoeken en de stappen die nodig zijn om bijkomende informatie te verzamelen.

Na het onderzoek vult elke therapeut het model verder aan met de bevindingen uit onderzoek, observatie of

Tabel 1: Enkele voorbeelden van vragen tijdens de intakeprocedure

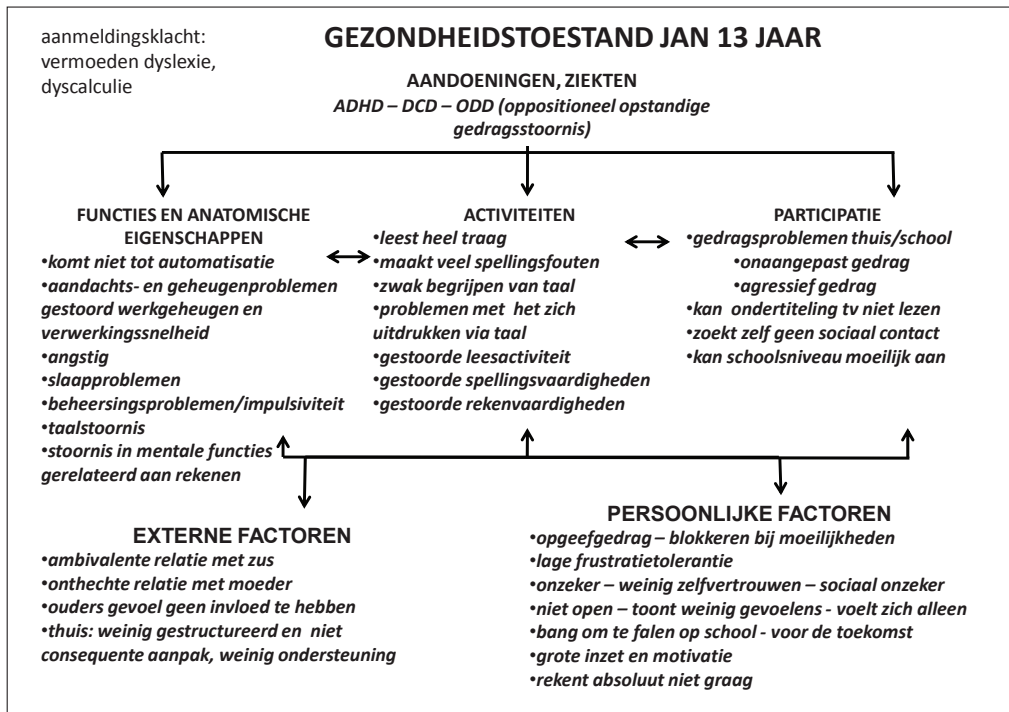
	Intakegesprek met de ouders	met het kind	met de leerkracht
Funcies en anatomische eigenschappen	<ul style="list-style-type: none"> • Kan je kind gedurende langere tijd aandachtig zijn? • Spreekt je kind te snel? 	<ul style="list-style-type: none"> • Is het soms moeilijk om te blijven opletten? • Heb je het moeilijk om dingen te onthouden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Heeft het kind een traag werktempo? • Begrijpt het kind de instructies die je geeft?
Activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> • Kan je kind fietsen, zwemmen, ...? • Begrijpt je kind eenvoudige boodschappen, zoals ...? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat kan je goed? • Wat zou je graag beter kunnen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat kan het kind goed? • Wat zou het beter moeten kunnen?
Participatie	<ul style="list-style-type: none"> • Mijdt je kind contact met andere kinderen? • Is je kind in een jeugdbeveging of een sportvereniging? Hoe loopt dat? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe loopt het spelen met andere kinderen op de speelplaats? • Begrijpen de anderen wat je zegt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Zijn er dingen die het kind niet vlot kan meedoen in de klas? • Speelt het met andere kinderen?
Externe actoren	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe reageren jullie als ouders op dit gedrag? • Lukt het lezen beter in een individuele setting? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie/wat helpt jou het meest? • Wat zegt mama als ze merkt dat het lezen niet zo goed lukt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Zijn er bepaalde omstandigheden waarin het kind beter presteert? • Vind je het een leuk kind?
Persoonlijke factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Is je kind vlug gespannen, zenuwachtig? • Geloof je kind nog in zijn leermogelijkheden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Denk je 's avonds in je bed vaak aan school? • Als je drie wensen zou mogen doen, wat zou je dan wensen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe reageert het kind op moeilijkheden? • Vertoont het opgeefgedrag?

interview. Het ingevulde model (zie Figuur 2) gaat mee naar de teamvergadering waar alle betrokken partijen de gegevens samen leggen om tot een probleemsamenhang te komen.

In dit voorbeeld zijn de sterke kanten (kwaliteiten, vaardigheden) van Jan wegens plaatsgebrek niet weergegeven. We kunnen hiervoor eventueel een tweede model invullen, zodat ook die kunnen worden ingeschakeld bij de aanpak van de functioneringsproblemen.

Op basis van (1) het model van Jan zijn functioneren, (2) de hulpvraag van de ouders, (3) de hulpvraag van Jan, en (4) met als doel het verbeteren van de kwaliteit van leven, bepaalt het team het hoofddoel en de subdoelen van het revalidatieprogramma en de vertaling hiervan naar de verschillende disciplines. Elke therapeut is in zijn begeleiding van de cliënt en zijn omgeving verantwoordelijk voor de aanpak van het totale functioneren, voor het verhogen van de levenskwaliteit. Dit

Figuur 2: Voorbeeld van een ingevuld model



betekent bijvoorbeeld dat aspecten van het domein van de persoonlijke factoren niet worden doorgeschoven naar bijvoorbeeld de psycholoog.

Het ingevulde model of de probleem-samenhang dient als ruggengraat voor het adviesgesprek. De samenhang wordt gebracht als een hypothese en getoetst aan de mening van de cliënt en zijn omgeving. Met deze handelingswijze worden zij van bij de start actief betrokken bij het opstellen en organiseren van het revalidatieprogramma en de revalidatiedoelen. Door deze betrokkenheid verwerven ze inzicht en dit stimuleert de zelfwerkzaamheid: dit alles creëert empowerment.

Ook in elke afzonderlijke discipline is er bij de start van de begeleiding met de cliënt en zijn omgeving overleg over het disciplinespecifieke behandelplan. Bij deze manier van kijken naar en denken over zorgverlening is psycho-educatie zeer belangrijk.

Voor de evolutiebepaling betekent deze manier van denken en handelen het opnieuw invullen van het model in samenspraak met de cliënt en zijn omgeving. Alle betrokken partijen worden opnieuw bevraagd m.b.t. de verschillende domeinen, zodat het team een nieuw model van menselijk functioneren kan samenstellen om op basis daarvan in samenspraak met

de cliënt en zijn omgeving de evolutie te bepalen, afspraken te maken en besluiten te trekken.

■ Een cognitieve shift

Het implementeren van het biopsychosociale model houdt een cognitieve shift in:

- van het belang van een categoriale diagnose naar een beschrijvende diagnose als basis voor de zorgverlening, met als gevolg dat er andere onderzoeksmethodieken belangrijker worden (zoals bijvoorbeeld het interviewen van de betrokkenen)
- van het remediëren van de stoornis naar het verbeteren van de kwaliteit van leven
- van een therapeutische aanpak naar een coachende aanpak
- van de verantwoordelijkheid van de therapeut als deskundige naar een gedeelde verantwoordelijkheid (therapeut/cliënt)
- van aandacht voor functies en activiteiten naar meer aandacht voor participatie, persoonlijke en externe factoren

■ Wat is de meerwaarde?

Hieronder een opsomming van aspecten waarin volgens mij de meerwaarde van het model schuilt.

Het biopsychosociale model brengt het functioneren van de cliënt (en niet alleen de stoornis) in kaart. Het biedt een ruggengraat voor het opstellen van een brede probleemsamenhang zodat alle dimensies van het menselijk functioneren met alle factoren die dit functioneren beïnvloeden in beschouwing worden genomen. Zo krijgen we niet alleen een zicht op de stoornis, maar ook op de mens met de stoornis. Het is immers de totale mens die de verschijningsvorm van de stoornis bepaalt.

De meerwaarde zit ook in de gelijkwaardigheid van de verschillende domeinen en factoren. Persoonlijke factoren zoals copingstijl, attitude, enz. zijn even belangrijk als functies. Dit betekent een 'opwaardering' van de contextfactoren (externe en persoonlijke) en van het domein participatie.

Het 'alles beïnvloedt alles-principe' geeft meer ingangspoorten voor het verstrekken van zorg, meer aangrijpingspunten om de kwaliteit van leven en het welbevinden positief te beïnvloeden.

Het model brengt het probleem in kaart in overeenstemming met en dus met het nodige respect voor de hulpvraag. De focus ligt op activiteiten en participatie. Het gaat dus vooral over de impact van de stoornis. De zorgen van de cliënt en zijn omgeving situeren zich namelijk op het vlak van acti-

viteiten, participatie en persoonlijke factoren, en niet zozeer op het vlak van functies.

Deze manier van zorg verlenen richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven. Het is de cliënt die bepaalt wat nodig is om zijn kwaliteit van leven, zijn welbevinden te verhogen.

Het in kaart brengen van het probleem volgens het biopsychosociale model maakt het probleem en de aanpak transparant voor alle betrokkenen: heel het team werkt aan hetzelfde doel, met name het doel van de cliënt. De cliënt en zijn cliëntsysteem krijgen een beter inzicht in het probleem en de aanpak, wat dan weer de zelfwerkzaamheid stimuleert. Het model visualiseert bovendien de effecten van behandeling op alle domeinen.

De cliënt zelf kijkt 'breder' naar zijn stornis omdat hij/zij inzicht krijgt (psycho-educatie) in het probleem en alle aspecten die het probleem bepalen. Hoe meer inzicht een cliënt heeft, hoe minder machteloos hij/zij zich voelt (empowerment) en hoe minder gefixeerd hij/zij is op het probleem. Hetzelfde geldt voor de omgeving. Deze attitude optimaliseert de samenwerkingsrelatie.

Het model maakt de communicatie tussen de therapeut, de cliënt en zijn omgeving makkelijk en dus beter. Dat geldt ook voor het overleg tussen de therapeuten onderling, tussen het team

en het netwerk waarmee het samenwerkingsverbanden heeft.

Bij evolutiemetingen kunnen we nagaan of de interventies ook resulteren in effecten op participatieniveau en op het niveau van de contextfactoren (omgevingsfactoren en persoonlijke factoren) en dus niet alleen op het vlak van functies door onderzoeken af te nemen.

Het model biedt een overzichtelijk conceptueel kader voor het organiseren van intakegesprekken, adviesgesprekken en onderzoeken, voor het opstellen van een probleemsamenhang, een behandelplan, een revalidatieprogramma en een evaluatie van de effecten van het revalidatieprogramma, en dit met de garantie voor een kwaliteitsvolle zorgverlening.

Kortom, zorgverlening gebaseerd op dit biopsychosociale model is niet alleen een verfrissende manier van denken, het helpt ons ook het klinisch redeneren te sturen naar een mensgeoriënteerde, holistische, vraaggestuurde en kwaliteitsvolle zorgverlening.

■ Literatuur

WHO (2008). *International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF-CY) Nederlandse vertaling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Coussens, A. (2009). *Methodisch werken in de gezondheidszorg*. Antwerpen: Garant.