

Antroposofische gezondheidszorg als antwoord op knelpunten in de zorg?

Dit artikel gaat in op de mogelijkheden die de antroposofische gezondheidszorg in zich draagt om in te gaan op een groot aantal knelpunten in de zorg en samenleving. Het stelt aan de antroposofische zorgaanbieders (NVAZ) de vraag om gezamenlijk op te trekken deze kwaliteiten sterker te bundelen en te positioneren.

Urgentie:

Knelpunten in de zorg en samenleving

Volgens minister Schippers zal de eerste lijn, als zij zich goed organiseert, in staat zijn om 80% van alle zorgvragen adequaat op te vangen. "Daarvoor moet er wel wat veranderen: meer naar de mensen toe gaan, de bereikbaarheid vergroten, beter samenwerken, minder versnippering, minder doorverwijzen, meer preventief werken, mensen aanspreken op wat zij zelf kunnen en hen daarbij ondersteunen. De organisatie en financiering van de zorg moeten de ontwikkeling in de richting van meer samenhangende zorg in de buurt ondersteunen. Deze opgave is niet vrijblijvend. Hervorming van de eerstelijnszorg is noodzakelijk om aan de vraag tegemoet te komen, de kwaliteit te waarborgen en de kosten in de hand houden." (Berenschot en Van der Geest, 2012: 5)

Advies van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg in Perspectief op gezondheid 20/20, (2010: 15) luidt: de gehele zorgsector staat de komende jaren voor de gecombineerde kracht van vier uitdagingen:

1. de gevolgen van de economische crisis en de vertraagde economische groei, die de ruimte voor groei van de zorguitgaven zullen beperken;
2. een toenemende, maar vooral veranderende zorgvraag en zorgaanbod dat daarop moet blijven aansluiten;
3. sterk toenemende mogelijkheden voor diagnostiek, behandeling en zorg: dit claimt de burger van nu;
4. een substantieel tekort aan zorgpersoneel.

Daarbij gaat het volgens de RVZ (2010: 15) om de combinatie van deze vier en hun interactie. Het zijn twee drijvers (zorgvraag en medische mogelijkheden) en twee remmers (crisis en personeel). Het gaat om *meer/minder*, maar het gaat uiteindelijk vooral om *anders*. De zorgsector 2010-2020 staat voor andere uitdagingen dan in de periode van 1990-2000. Het *anders* omgaan met bovengenoemde drijvers vraagt een herstructurering op vier terreinen:

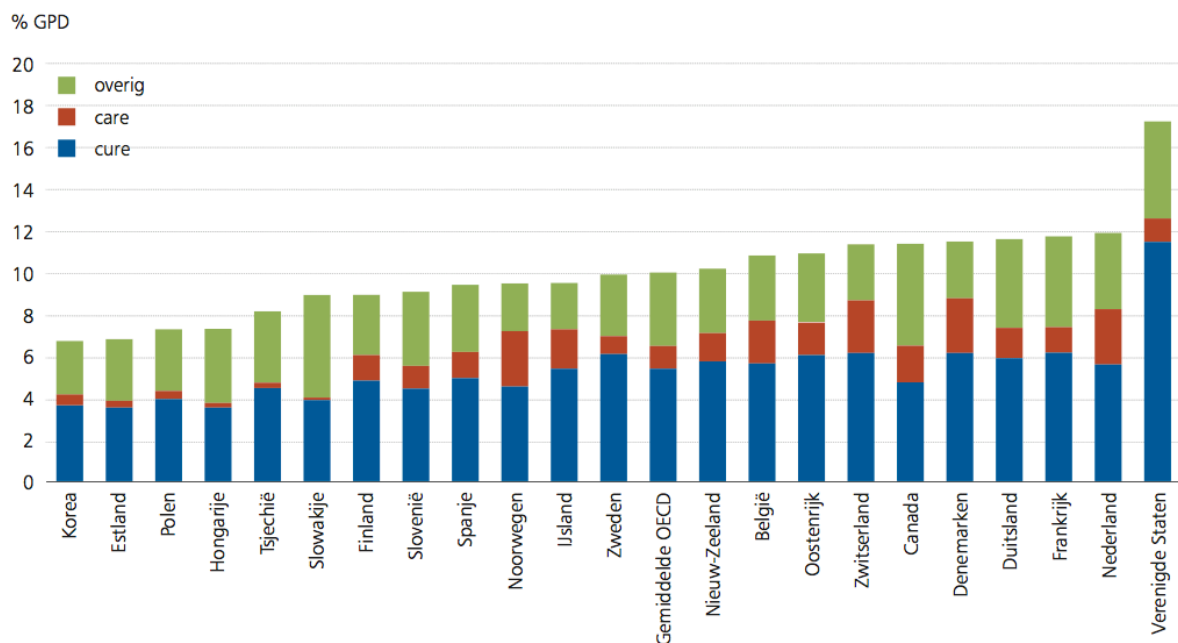
1. dat van de gezondheid van de burger, van risicogroepen en van de zorgvraag van de patiënt,
2. dat van de professionele zorgarbeid,
3. dat van het stelsel van zorgvoorzieningen (en de omgeving van het stelsel),
4. dat van de sturing en de besturing van de zorgsector.

In diverse brieven aan de Tweede Kamer schrijven mw. Veldhuizen van Zanten-Hyllner van VWS en dhr. Teeven van V&J dat er een stelselwijziging zorg voor Jeugd moet komen en dat “geen kind buiten spel’ mag komen te staan. Alle jeugdzorg dient naar de gemeenten overgeheveld te worden. Ook wordt geschreven: “Toename van het aantal chronisch zieken, in combinatie met een krimpende arbeidsmarkt en stijgende kosten, maakt het noodzakelijk dat de zorg en ondersteuning anders wordt ingericht.” (14-10 2011: 2) Het uitgangspunt wordt “dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan”.

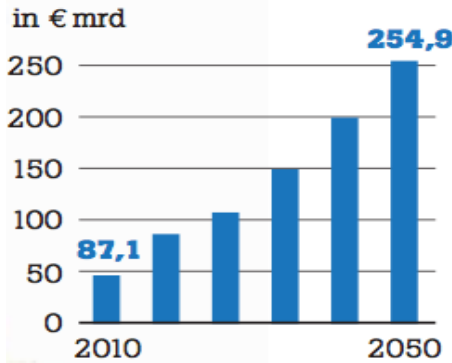
Deze beleidswijzigingen en maatschappelijke trends zullen verstrekkende gevolgen hebben op de organisatie van de zorg. Deze wordt momenteel gefragmenteerd georganiseerd, bovendien niet lokaal en buurtgericht en weinig in samenhang met ‘eigen mogelijkheden’, eigen netwerk, informele zorg (w.o. mantelzorg en vrijwilligerswerk), welzijnswerk (buurthuizen etc), de 1^{ste} lijn en 2^{de} lijn. De omvang van de zorg is het afgelopen decennium meer dan verdubbeld. Bovengenoemde knelpunten lijken dus zeer reëel en vragen om een oplossing. Er dient iets te veranderen, te verbeteren.

Enige achtergrondinformatie:

FIGUUR 25. TOTALE ZORGITGAVEN IN 2009 ALS AANDEEL VAN HET BNP (%)



Prognose: zorgkosten Nederland door het dak
 Zonder radicale ingrepen zullen de zorgkosten tot 2050 verdrievoudigen.



Kernboodschap vanuit de overheid

Op 14 oktober 2011 schrijven E. Schippers en M. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner van VWS een brief aan de Tweede Kamer met als titel "Zorg en ondersteuning in de buurt" waarin wordt ingegaan op de noodzaak om zorg en ondersteuning in de buurt te versterken. Zij schrijven: "De toename van het aantal chronische zieken, in combinatie met een krimpende arbeidsmarkt en stijgende kosten, maakt het noodzakelijk dat de zorg en ondersteuning anders wordt ingericht. De tendens van toenemende medicalisering moet worden ongebogen. Eenvoudige ingrepen worden naar de specialistische zorg toegeschoven, er komen relatief veel intramurale oplossingen in de langdurige zorg en de GGZ en het algemeen maatschappelijk werk verschuift naar de GGZ. Deze ontwikkeling moeten we keren. Onnodig beroep op (zwaardere) zorg moeten we zien te voorkomen." (VWS, 14-10 2011: 1)

In de brief wordt verder ingegaan op de ambitie dat er een verschuiving dient op te treden, van curatie naar preventie, van professionele naar zelf-/mantelzorg, van specialistische/intramurale zorg naar eenvoudige/extramurale zorg.

Kernwoorden zijn: sterk preventiebeleid, decentralisatie, versterking tussen publieke gezondheid en eerstelijnszorg en meer samenwerking en samenhang tussen zorg- en hulpvormen.



In de brief wordt het volgende idee geïntroduceerd: de gezondheidszorg dient georganiseerd te worden als een piramide, waarbij het uitgangspunt is “dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan.” (VWS, 14-10 2011: 2) Voordat een beroep wordt gedaan op zorg en ondersteuning zijn mensen echter eerst zelf aan zet. Zij zijn zelf als eerste verantwoordelijk voor hun gezondheid.

De basis van de piramide, de zogenaamde ‘nuldelijn’ wordt gevormd door laagtoegankelijke welzijns- en gezondheidsvoorzieningen in de wijk, zoals consultatiebureaus, CJG, WMO-loket, AMW en GGD.

Tussen basis en top zit de niet-complexe zorg en ondersteuning (eerstelijnszorg) die geleverd wordt door een grote diversiteit aan hulpverleners zoals huisartsen, POH’ers, apotheken, fysio- en oefentherapeuten, de extramurale verzorgingshuiszorg, verloskundigen, diëtisten, eerstelijns psychologen en tandartsen. VWS vooronderstelt dat deze zorg en ondersteuning in staat is om 80% van alle zorgvragen op te vangen. Integrale, multidisciplinaire zorgverlening is daarbij het uitgangspunt. Zelfmanagement -vooral bij chronisch zieken- is hierbij een belangrijk aspect.

Tweede- en derdelijnszorg kunnen onderverdeeld worden in hoogcomplexe zorg, die weinig voorkomt, en laagcomplexe zorg die relatief vaak voorkomt. Dit kan geconcentreerd aangeboden worden waarbij keuzevrijheid voor de cliënt van belang blijft.

Acute zorg, zoals de huisartsenpost, spoedeisende hulp, ambulancezorg en crisisopvang in de GGZ dienen zoveel mogelijk aan te sluiten op de reguliere zorg en ondersteuning. Samenhang en samenwerking tussen en binnen de verschillende lagen in de piramide is van essentieel belang.

Inzet van vernieuwende initiatieven zoals E-health wordt aangemoedigd.

Aan de basis van deze piramide ligt preventie. VWS wil hier een extra impuls aan geven, zoals het vergroten van de weerbaarheid van mensen, in het bijzonder de jeugd, faciliteren van gezond gedrag en meer aandacht voor preventie in de reguliere zorg. Rode draad is dat mensen zelf meer regie dienen te voeren over hun eigen gezondheid, waardoor een deel van de zorgvraag wordt afgevangen. De kracht ligt bij het individu en zijn directe woon-, werk- en leefomgeving. Er wordt ingezet op maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van mensen. Gemeenten hebben hierin een belangrijke rol.

In de brief wordt specifiek ingegaan op de GGZ. De inzet is dat de “professionele geestelijke gezondheidszorg pas aan zet is als er sprake is van zodanige klachten dat medische hulp nodig is om beter te worden”. (VWS 10-14 2011: 11) Te snelle medicalisering moet voorkomen worden.

De uitgaven aan de GGZ zijn in 10 jaar meer dan verdubbeld (110%) en er wordt verondersteld dat teveel mensen (30%) in de duurdere tweedelijns behandeld worden. Deze mensen dienen de weg weer terug te vinden naar de eerstelijns. De organisatie en financiering is in de eerstelijnszorg echter onvoldoende toereikend. Over financiering wordt momenteel aan de NZA advies gevraagd (betaaltitel ‘basis GGZ’).

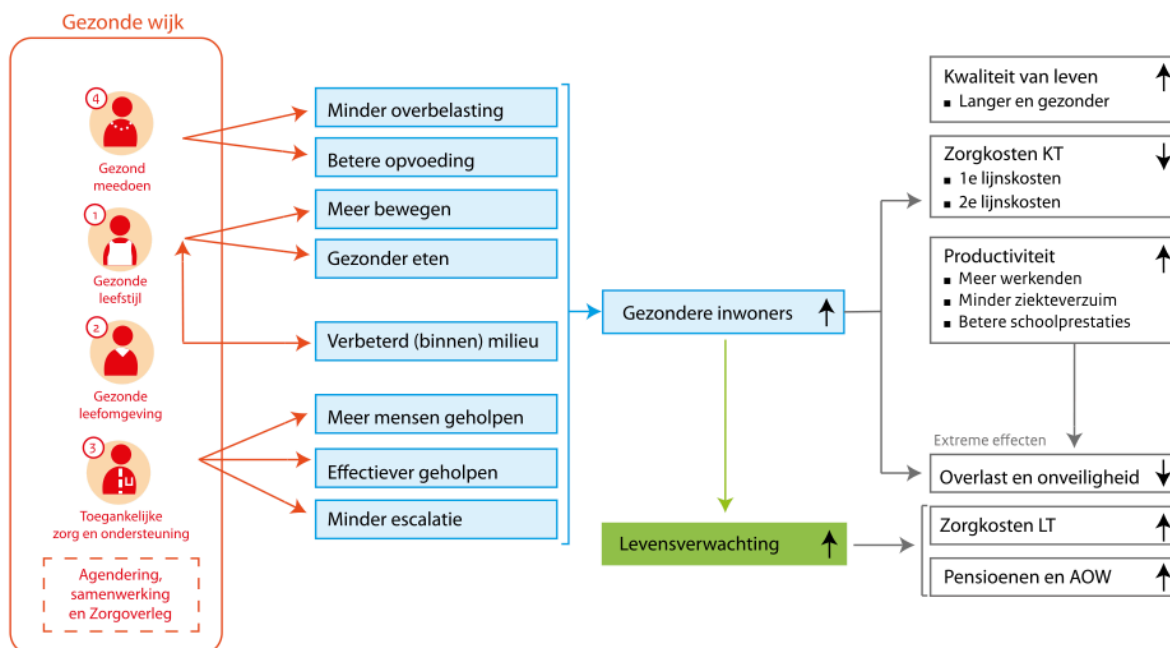
VWS vindt dat het realiseren van betere zorg en ondersteuning in de buurt een opgave is waarvoor iedereen verantwoordelijk is. “Patiënten en cliënten, gemeenten, zorg- en hulpverleners, zorgverzekeraars en overheid spelen hierbij allen hun rol”. (VWS 10-14 2011: 12). In de kamerbrief van E. Schippers d.d. 8-02 2013 (Gezamenlijke agenda VWS ‘van systemen naar mensen’) wordt dit opnieuw onderstreept (zie bijlage III).

Trends in de samenleving

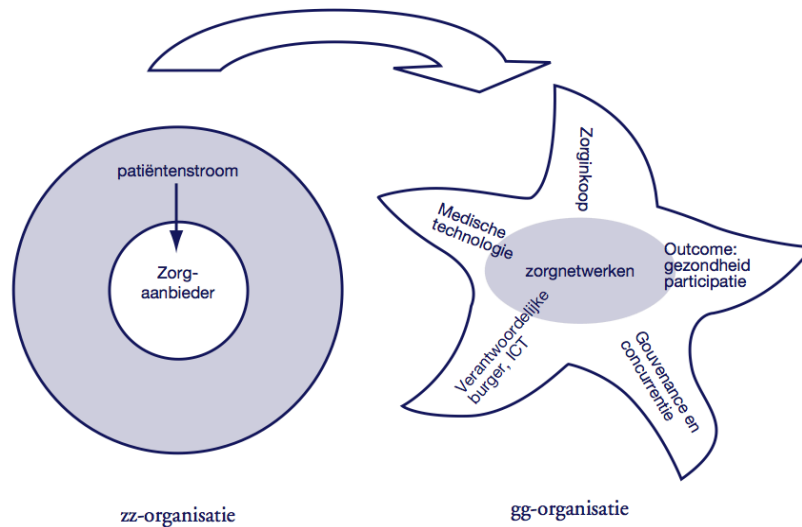
Naast dat de overheid hierin haar verantwoordelijkheid aan het nemen is vinden er in de samenleving allerlei trends plaats (zie voor een uitvoerige beschrijving hiervan bijlage I “Trends in de zorg, voorbeelden voor het tot stand laten komen van duurzame gezondheidszorg”). Een aantal hiervan zijn:

- Verschuiving van het begrip van en behoefte aan (psychische) gezondheid en de toenemende mogelijkheden om dit na te streven,
- Behoeft aan duurzame gezondheidszorg, onder meer als antwoord op de toenemende kosten en medicalisering, zoals:
 - gezondheidsbevordering i.p.v. cure, of “van zz naar gg”, “eigen-kracht”,
 - zorgverantwoordelijkheid bij burger vergroten,
 - binnen context triple-P (profit, planet, people).
- Opkomst PCS (pedagogische civil society) en ‘gezonde wijk’ als antwoord op verre gaande individualisatie en ‘survival of the fittest’ waardoor kennelijk veel ‘uitval’ ontstaat bij burgers.
- Er wordt een appel op de overheid gedaan om hierin samen met publieke en private initiatiefnemers verantwoording te nemen.
- “It takes an entire village to raise a child”. Dit concept wordt op diverse manieren reeds beoefend zoals: ‘gezonde wijk’ (VWS/BZK), ‘sociale inclusie’ (VGN) en ‘PCS’ (Nji, NIPO en VNG). Balanced Care en FACT zijn modellen die o.a. overeen komen met deze uitgangspunten en bereiken ook meer tevredenheid onder de zorgafnemers, verbetering van (psychische) gezondheid onder de burgers en lagere zorgkosten. Nieuwe ICT-mogelijkheden (social media) kunnen dit ondersteunen.
- Er zijn evidence based theorieën hierover waardoor bovenstaande ervaringen goed gegeneraliseerd kunnen worden op andere plekken. Het gaat telkens om een samenhangende aanpak (zie b.v. de 5 domeinen van Overmars-Marx).

Een van deze ervaringen en waar ook al mee geëxperimenteerd is (met ‘bewezen’ positief effect):



Kortom, een andere visie op zorg:



Bron: RVZ, 2010.

Kortom, er komen verschuiving van uitgangspunten in de zorg:

- verschuiving oriëntatie van ziekte/zorg naar gedrag/gezondheid en van zorgafhankelijkheid naar zelfredzaamheid (pathogenese naar salutogenese)
- daarom accent op vroegsignalering en preventie i.p.v. curatie
- dichtbij in de buurt (buurtzorg, CJG's), 80% 1^{ste} lijn,
- 30 tot 50% van 2^{de} lijn GGZ naar Basis-GGZ en CJG's
- onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk (eigen regie, zelfmanagement)
- inzet mantelzorg en informele zorg
- specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan
- accent op eenvoudige/extramurale zorg
- minder voorschrijven en verwijzen door huisartsen
- betere nazorg en terugvalpreventie langdurige patiënten in de eerste lijn
- betere link tussen somatiek en GGZ
- decentralisatie (van ziekenhuis naar basiszorg), versterking tussen publieke gezondheid en eerstelijnszorg en meer samenwerking en samenhang tussen zorg- en hulpvormen
- en in samenhang met 'passend onderwijs', 'wet werk naar vermogen', 'sociale woningbouw', 'participatiewet', 'jeugdwet', WMO e.a.
- gebruikmaking e-health en domotica

Hoe o.a.:

- Verbetering van zorg bij de huisarts (triage, korte interventies) met o.a. ondersteuning van Basis-GGZ (POH-GGZ, SPV en consulterend psychiater) en verpleegkundigen
- Meer inzet op preventie, zelfmanagement, e-health, kortdurende gesprekstherapie volgens stepped-care
- Vergroting capaciteit van werk huidige eerste lijn psychologen (opvang milde klachten uit 2^{de} lijn, betere verwijzing huisarts, minder antidepressiva)
- Functionele bekostiging, transparantie kwaliteit, keuzevrijheid patiënt e.a.

Hoe kan de antroposofische gezondheidszorg ingaan op en meewerken aan deze verschuiving?

AGZ richt zich op 'heel de mens'. AGZ werkt met de concepten autonomie, het integratieve vermogen en Meaning in Life. Deze kunnen herkend worden als zelfregulerende "structuren". Er zijn inmiddels veel empirische aanwijzingen voor een positieve relatie tussen de verschillende niveaus van zelfregulatie en gezondheid (Baars, 2005). Uit recent onderzoek blijkt dat antroposofische zorg op den duur kostenbesparend is omdat de zorg zich op het zelfregulerende vermogen van de mens richt (zie de bijlage).

Naast de mogelijkheden die we in de reguliere gezondheidszorg hebben om op de pathologie te kunnen ingrijpen, biedt de antroposofische gezondheidszorg bij uitstek mogelijkheden om te werken aan de eigen gezondmakende krachten. Dit wordt de salutogenetische benadering genoemd.

Hierdoor ontstaat er bij de mens een zelfsturend en zelforganiserend vermogen waardoor iemand beter in staat is om voor zichzelf te zorgen.

In "Duurzame gezondheidszorg" (M. van Gerven e.a., 2011) wordt ingegaan op de vraag hoe de gezondheidszorg in de toekomst toegankelijk en betaalbaar kan blijven. Er is een "masterplan nodig dat zich kenmerkt door duurzaamheid, hier bedoeld als een dienstbaar, samenhang scheppend principe". Er worden een aantal bouwstenen voor duurzaamheid genoemd zoals:

1. Gezondheid bevorderende benadering (salutogenese) boven ziekte bestrijdende benadering (pathogenese).
2. Voltooiing van de emancipatie van de zorgvrager. Naast rechten aandacht voor plichten van zorgvrager.
3. Ontmoediging medicalisering van de zorg en stimulering humanisering.
4. Sturing door de overheid op beheersing of vermindering van de kosten van de zorg (cure en care) bij verbetering van de kwaliteit. Stimuleren onderzoek naar (goedkope) complementaire therapieën.
5. Herstel onbalans beloning kwantiteit in plaats van kwaliteit van zorg.

In "Health promotion: preventief en curatief, naar een duurzame gezondheidszorg" (E.W. Baars & G.H. van der Bie, 2011) staat: "de fighting disease'-benadering is echter niet meer de enige benadering om ziekten te voorkomen, te behandelen en de gezondheidsprognose te verbeteren. 'Health promotion', gezondheidsbevordering, is een inmiddels steeds meer geaccepteerde strategie ter bevordering van de individuele gezondheid, ter preventie en behandeling van ziekten en verbetering van de volksgezondheid" (zie verder in de bijlage I).

Dit zijn bij uitstek ontwikkelingen die een antwoord kunnen geven op de huidige vragen in de samenleving/verschuivingen van uitgangspunten in de zorg. Misschien zijn we tot nu toe een niche-speler voor (potentiële) cliënten die voor holistische zorg kiezen. Uiteindelijk kan dit marktaandeel vergroot worden als we ons meer positioneren als zorgaanbieder die ingaat op vele knelpunten in de gezondheidszorg en de samenleving.

Hoe gaan we dit verder oppakken?

Dit kan het beste vanuit een landelijke samenwerking tussen alle 1^{ste} en 2^{de} lijn instellingen voor gezondheidszorg (NVAZ-niveau).

Kan er een gezamenlijk draagvlak en enthousiasme ontstaan voor samen op te trekken, voor het scherpstellen van een gezamenlijke propositie met duidelijk kernwaarden?

Kan duidelijk gemaakt worden dat we niet alleen een kleine niche-speler zijn maar dat we ook een serieuze zorgaanbieder zijn die antwoorden geeft op bovenstaande knelpunten?

Een voorbeeld is om die Basis-GGZ samen op te zetten met de therapeutica en 2^{de} lijns GGZ (Queeste, Lievegoed, Zonnehuizen, Vijfsprong). In bijlage II over ketensamenwerking worden voorbeelden gegeven hoe dit landelijk reeds gebeurd (b.v. Vicino in Noord Holland).

In bijlage I wordt nader op bovenstaande urgentie en trends ingegaan alsmede op de mogelijkheden die de AGZ kan bieden.

11-02 2013

Erik Beemster