

Bijlage I

Trends in de zorg, voorbeelden voor het tot stand laten komen van duurzame gezondheidszorg

In de samenleving zijn een groot aantal trends waar te nemen betreffende de gezondheidszorg. Het zijn voorbeelden om de zorg uiteindelijk duurzamer en coherenter te organiseren. Er wordt ingegaan op het volgende:

- de ontwikkeling van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag “van ZZ naar GG”
- sociale inclusie
- zelfredzaamheidmatrix
- presentietheorie
- de opkomst Pedagogisch Civil Society en werken aan een ‘gezonde wijk’
- Balanced Care en Fact
- duurzame gezondheidszorg en hoe antroposofische gezondheidszorg een bijdrage kan leveren aan verduurzaming van de zorg

De ontwikkeling van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag “van ZZ naar GG”

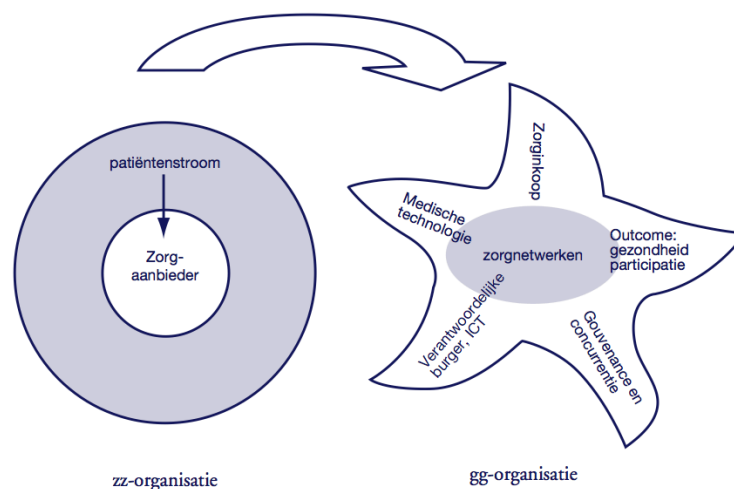
De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in Perspectief op gezondheid 20/20 advies uitgebracht aan de minister van VWS (2010). Zij schrijft in haar conclusie dat de zorg voor grote uitdagingen staat. De vraag en het aanbod groeit enorm terwijl de beschikbare middelen en menskracht volstrekt tekort schieten. Het huidige zorgaanbod kan deze uitdaging niet aan.

Er is een ander paradigma nodig: kwaliteit van zorg gedefinieerd als bijdrage aan gezondheid en participatie. De burger is verantwoordelijk voor eigen gezondheid ('zorgplicht'). Het aanbod is nu nog te zeer gericht op zorg voor ziekte (zz). Het accent dient gelegd te worden naar gedrag en gezondheid (gg).

De aanbieder dient zich te richten op kwaliteit en doelmatigheid. De overheid dient eisen te stellen aan maatschappelijk rendement. Een verzekeraar die vanuit publiek belang handelt als makelaar en coach van zowel vrager als aanbieder.

De overheid dient hierin regie te nemen en zal als eerste de samenwerking dienen te organiseren. Zonder samenwerking met de sector, vragers en aanbieders gaat dit niet lukken.

Onderstaand figuur verbeeldt deze evolutie van zz naar gg



Bron: RVZ, 2010.

De RVZ benoemt in haar uitgave 'Van ZZ naar GG' een aantal uitspraken van belanghebbenden waarvan ik er een tweetal overneem:

Betreffende een patiënt van nu:

In 1992 wordt Nick geboren met een gecompliceerde slokdarmafsluiting die in Nederland maar vijftig keer per jaar voorkomt. Zonder internet, lotgenoten of patiëntenvereniging begint de moeder van Nick, Caren Kunst, aan de zoektocht naar informatie. Gaandeweg vervult ze de rol van regisseur en zorgcoördinator voor Nick. Nog weer later gebruikt ze haar ervaringen om nationaal en internationaal een pad te banen voor andere patiënten met een slokdarmafsluiting en hun mantelzorgers.

Betreffende een zorgverlener:

Heleen de Jong, praktijkondersteuner bij een huisartsenpraktijk in Krimpen, is een groot voorstander van de omslag van zz naar gg. We moeten nú investeren met tijd en geld in zelfmanagement van patiënten, daarmee bespaar je miljoenen! Ik heb vaak gemerkt in mijn leven dat ik als wijkverpleegkundige dingen signaleer die anders moeten. Maar voordat het zover is, gaat er zoveel tijd verloren. Van zz naar gg is hét gedachtegoed van de toekomst. Als nou zoveel mensen, uit verschillende invalshoeken, vinden dat dit de goede weg is, waarom dan wachten? Landelijk opstarten, nu meteen!

Sociale inclusie

'Kwaliteit van bestaan' (zie ook de behoeftepiramide van Maslow) is onlosmakelijk verbonden met begrippen als deelname aan de samenleving, maatschappelijke participatie, het onderhouden van relaties, burgerschap en inclusie (sociale inclusie, H.R.Th. Kröber en H.J. van Dongen, 2011). Het is een grote uitdaging om gelijkwaardigheid, inclusie en keuzemogelijkheden voor mensen met een beperking te realiseren.

Overmars-Marx ('Meedoen en erbij horen in je eigen wijk: wat is er nodig?' NTZ jaargang 37, nr. 4, december 2011) benoemt vijf beïnvloedende domeinen om inclusie optimaal te kunnen laten plaatsvinden:

1. Individuele kenmerken (de vaardigheden van de mens met een beperking en hoe kan deze zelf iets doen t.b.v. de sociale integratie?)
2. Informele netwerk (heeft de cliënt een informeel netwerk en hoe krijg je dit?)
3. Professionele omgeving (de zorgverlener wordt meer ondersteuner, van 'zorgen voor... naar zorgen dat...' = ook een cultuuromslag bij professionals!)
4. Buurtkenmerken (wat is het absorptievermogen van een buurt om mensen met een beperking op te nemen?)
5. Beleid (de-institutionaliserend of niet?)

Gek genoeg loopt Nederland niet voorop vergeleken met andere landen als het om inclusie gaat. Nederland laat zich kenmerken door een 'apartheidsbeleid' waarbij mensen met een verstandelijke beperking in speciale instituten werden (en worden) opgevangen (Beltman 2001).

Er dient een verandering van opvatting plaats te vinden:

Medisch model	<i>naar</i>	ontwikkelingsmodel	<i>naar</i>	kwaliteit van bestaan
<i>Mens met een beperking</i>		<i>mens met potenties</i>		<i>mensen met rechten en plichten</i>
<i>Patiënt</i>		<i>leerling</i>		<i>burger</i>
<i>Verzorgen/behandelen</i>		<i>ontwikkelen/trainen</i>		<i>ondersteund wonen/werken</i>
<i>Instituut</i>		<i>speciale voorziening in de samenleving</i>		<i>gewone voorziening</i>
<i>segregatie</i>		<i>normalisatie</i>		<i>inclusie</i>
<i>expert</i>		<i>leraar/opvoeder</i>		<i>partner</i>

Ontwikkelingsmodel naar Van Gennep, aangepast door Kröber (2008)

Hiermee is een verschuiving waar te nemen van het medische model naar het burgerschapsmodel waarin de patiënt is geëvolueerd tot burger met rechten en plichten die deel uit maakt van de gewone samenleving.

In een aantal uitgaven staan bovenstaande uitgangspunten verder beschreven en hoe dit in de praktijk kan worden ingezet, zoals:

- 'Mensenzorg, een transitiebeweging' een uitgave van Dutch Research Institute for Transitions & Viatore, voorjaar 2009,
- 'Verhalen bij het transitieprogramma in de langdurige zorg', door L. Demoulin, 2009,
- 'Wegwijzer Wijk- en buurtgericht werken 2011' van het VGN, februari 2011,

In de laatste uitgave staat vermeld hoe dit heeft gewerkt in een tiental gemeenten. De resultaten zijn veelbelovend en een mooi voorbeeld van eerder genoemde maatschappelijke trends en verlangens van mensen met beperkingen om mee te doen aan de samenleving.

Zelfredzaamheidmatrix

Vanaf 2015 zullen de gemeenten de organisatie en financiering van de jeugdzorg en extramurale AWBZ op zich nemen. Deze transitie gaat gepaard met een transformatie, een kanteling van paradigma. Het accent op zorg zal verlegd worden naar het zoeken naar mogelijkheden waardoor iemand kan participeren aan de samenleving en wat hij/zij hierin zelf kan doen (zelfredzaamheid) en wat eventueel door anderen ondersteund kan te worden.

Een aantal gemeenten wil daarom werken met de Zelfredzaamheid-Matrix (ZRM), zie www.zelfredzaamheidmatrix.nl. De ZRM concretiseert en uniformeert zelfredzaamheid. Dat is van belang bij het maken van keuzes in de hulpverlening zoals: wie komt in aanmerking voor hulp, wat moet er gebeuren en wanneer is het gewenste doel bereikt?

De ZRM stimuleert hulpverleners om breder en integraler te kijken. De ZRM is door de GGD Amsterdam samen met de gemeente Rotterdam ontwikkeld. Het is een bewerking van een Amerikaans instrument. Op een aantal belangrijke aspecten blijkt de ZRM een valide instrument; er wordt nog steeds gewerkt aan verdere wetenschappelijke onderbouwing en verantwoording van het instrument.

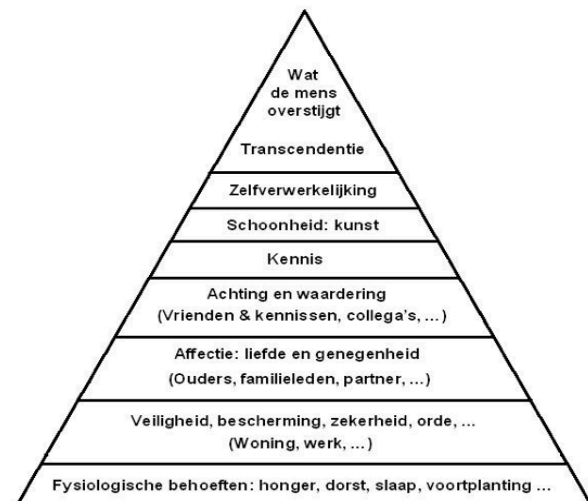
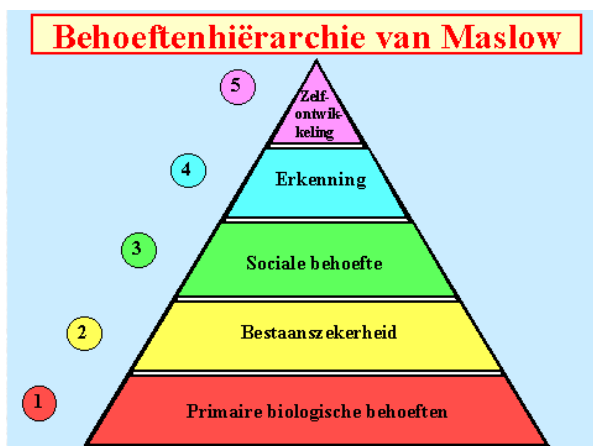
Er zijn elf domeinen waarop de burger kan worden bevraagd:

1. Financiën
2. Dagbesteding
3. Huisvesting
4. Huiselijke relaties
5. Geestelijke gezondheid
6. Lichamelijke gezondheid
7. Verslaving
8. Activiteiten dagelijks leven
9. Sociaal netwerk
10. Maatschappelijke participatie
11. Justitie

Er kan gescoord worden op een schaal van 1 tot 5:

1. Acute problematiek
2. Niet zelfredzaam
3. Beperkt redzaam
4. Voldoende redzaam
5. Volledig redzaam

Het is interessant om met elkaar te kijken in hoeverre dit aansluit op de 'behoeftehiërarchie van Maslow'. Is ondersteuning in de zelfredzaamheid dienend om te streven naar 'worden wie je wezen wil' ('zelfactualisatie')?



Extramurale AWBZ is o.a. bedoeld voor mensen met een verstandelijke beperking. Het is van belang om deze burgers te ondersteunen in de zelfredzaamheid. Sinds een aantal jaren wordt gewerkt met de domeinen van Schalock (Schalock & Verdugo, 2002). De domeinen van kwaliteit van bestaan zijn alle factoren die gezamenlijk persoonlijk welzijn vormen. Deze factoren vertegenwoordigen het gebied waarover het concept kwaliteit van bestaan zich uitstrekt en geeft hierdoor de multidimensionaliteit van kwaliteitsvol bestaan weer. De volgende acht domeinen van kwaliteit van bestaan worden in het model van Schalock en Verdugo onderscheiden.

1. **Emotioneel welbevinden:** bvb. respect en voor vol worden aangezien, je veilig en zeker kunnen voelen in je leven
2. **Interpersoonlijke relaties:** bvb. je eigen sociaal netwerk kunnen behouden en onderhouden

3. **Materieel welbevinden:** materiele omstandigheden die je je menselijke waardigheid doen behouden, bvb. je eigen w.c.! Bezoek kunnen ontvangen in je eigen woning, in privacy
4. **Persoonlijke ontplooiing:** de kans krijgen om als mens te groeien; groeien in je gevoel van eigenwaarde, leren door het zelf te ervaren, maar ook simpel door naar school te kunnen gaan
5. **Lichamelijk welbevinden:** serieus genomen te worden in je lichamelijke integriteit; indien nodig naar je eigen huisarts
6. **Zelfbepaling:** veiligheid en waardigheid / zelfrespect ontlenen aan het feit dat je je eigen keuzes mag maken, dat niet anderen steeds over je hoofd heen beslissingen nemen; zelf dingen kunnen proberen; zelf beslissen dat je iets wil proberen; zelf bepalen hoe laat je naar bed gaat
7. **Sociale inclusie:** simpelweg ervaren dat je erbij hoort in de samenleving, dat je mens onder de mensen bent
8. **Rechten** ervaren die je toekomen!

Met bovenstaande domeinen wordt duidelijk hoe er gezocht kan worden naar optimale participatie aan het leven in algemene zin. Er wordt vanuit de eigen mogelijkheden gekeken en van daaruit wordt als het ware 'opgeschaald' welke ondersteuning er nodig is om zo goed mogelijk mee te doen. Deze multifocale bril is geheel anders dan de bril van de specialist (die vaak ook heel zinnig is, als dit gewenst is!), die meer focust op wat niet werkt. Dit is een belangrijke verschuiving binnen het fenomeen 'gezondheidsbevordering' namelijk dat dit veel breder wordt opgevat en dynamisch is.

Presentietheorie

De presentietheorie is door Baart ontwikkeld. Op de website www.presentie.nl wordt dit als volgt beschreven: "Met presentiebeoefening is bedoeld dat men in alle opzichten (qua tempo, doelen, ritme van werken, taal, werkvormen, interesse, rolneming etc.) poogt aan te sluiten bij de mensen zelf, vooral bij wie 'sociaal overbodig' is of anderszins niet in tel, en dat men dus ook een sterk accent legt op de vrijelijke aanwezigheid in hun leefwereld. Presentiebeoefenaren distantiëren zich niet van het onverhelpbare en het lijden, ze hoeden zich voor grootse plannenmakerij en de wens te scoren, ze streven ernaar de ander allereerst op te nemen in een betekenisvolle relatie en zo hem of haar te eren, te erkennen en tot waardigheid te laten komen. De presentiebeoefenaar biedt behalve de eigen (professionele) expertise en competenties ook zichzelf aan. Dat gebeurt transparant en methodisch. De presentiebeoefening start vanuit een latende modus, maar is uiteindelijk een praktische, competentievergende en doorgaans professionele manier van doen waarin menslievende zorg (zoals Annelies van Heijst dat noemt) en vakbekwaamheid hand in hand gaan."

Op dezelfde website gaat Baart in kritiek op het gebruik van het woord "presentie". 'Ongemakkelijk – zoals het hoort. In gesprek met kritische bemerkingen bij de presentietheorie'. Sociale interventie - 2003 – 2. Hij beschrijft hij hoe de presentietheorie een antwoord kan zijn op de gevestigde GGZ die vast zit in de terminologie van diagnostiek en interventies. Presentie plaats hij tegenover interventie:

1. Een eerste betekenis van interventie komt voort uit een theorie-gestuurde diagnose wat leidt tot een "automatisch daaruit afgeleide remedie" (Baart). Hij noemt hierbij het bekende verlangen respectievelijk de eis van 'evidence based

- behandeling' in de GGZ.
2. Een tweede betekenis van interventie komt neer op de verschraling van de sector zorg en welzijn en verwante domeinen. Hij noemt de volgende verschraling:
 - het 'ruimtegebrek' voor professionals waardoor hun discretionaire ruimte ineengeschrompeld is,
 - de professionele afsnijding van essentiële, eigen bronnen en ervaringen,
 - het vasthouden van een specifiek bureaucratisch institutioneel rationaliteitskader,
 - de verdamping van relevante kennis,
 - het afstand nemen van de complexe, chaotisch geleefde leven.
 3. Bij interventie de nadruk op de objectivering m.a.w. : 'het tot ding met eigenschappen maken' van de hulpzoeker, de reductie van diens leven en problemen tot concrete verbijzondering van wet- en regelmatigigheden die zich laten begrijpen zonder dat men zich in de woelingen van de verhaalde biografie hoeft te wagen
 4. De woord 'diagnose' vooronderstelt 'kennen-door-de-dingen-heen', als de borende blik. Het accent ligt op protocollen, leerboeken, managers, subsidiegevers en plannings in plaats van de (complexe) heelijkheid van de mens.

Opkomst Pedagogisch Civil Society en werken aan een 'gezonde wijk', "It takes a village to raise a child"

De laatste jaren neemt de belangstelling toe rondom het thema 'Pedagogische Civil Society' (PCS). Micha de Winter, hoogleraar Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken aan de Universiteit Utrecht en het Nederlands Jeugdinstituut, heeft zich door de jaren heen met burgerschapsvorming (PCS) bezig gehouden.

Onder de 'pedagogische civil society' wordt verstaan (zie website www.nji.nl): "gemeenschappelijke activiteiten van burgers rondom het grootbrengen van kinderen. In een goed functionerende pedagogische civil society bestaat er bij burgers de bereidheid om in de eigen sociale netwerken en in het publieke domein de verantwoordelijkheid rond het opgroeien en opvoeden van kinderen te delen. Ouders, jongeren en buurtbewoners, maar ook familieleden, leraren, sportcoaches, kortom: burgers, zijn op zo'n manier onderling betrokken dat het bevorderend is voor het opvoeden en opgroeien van kinderen en jeugdigen".

Er worden drie vormen onderscheiden van betrokkenheid van burgers bij opvoeden en opgroeien: informele steun, informele sociale controle en intergenerationeel contact. De kracht van de pedagogische civil society bepaalt de kwaliteit van het samenleven in de woonomgeving en het opvoedingsklimaat. Elementen die de kracht bepalen zijn:

- kwaliteit van sociale relaties;
- groepslidmaatschap;
- formele en informele netwerken;
- gedeelde normen;
- de mate van onderlinge vertrouwdheid (publieke familiariteit);
- wederkerigheid;
- inzet voor de gemeenschap;
- en een gemeenschappelijk belang.

Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) heeft in december 2011 een handreiking geschreven over 'De rol van de Centra voor Jeugd en Gezin bij versterking van de pedagogische civil society' (NJI, M. Gemmeke 2011). Daarin staat dat voor een positieve ontwikkeling van jeugdigen het van groot belang is dat zij opgroeien in een sociale opvoedingsomgeving, waarin mensen zich betrokken en medeverantwoordelijk voelen. Het Afrikaans spreekwoord "It takes a village to raise a child" wordt ook wel gebruikt om aan te geven hoe belangrijk de omgeving is voor de opvoeding van het kind (Paes M. en Sohler R., 2010).



(www.zazzle.co.uk)

In een sterke pedagogische civil society voelen burgers zich betrokken bij de (opvoeding van) kinderen en jeugdigen in hun omgeving. Binnen zo'n rijke en sterke sociale omgeving krijgen kinderen de meeste kans zich optimaal ontwikkelen. Het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) kan hierin een centrale rol hebben. Er is een pilot geweest onder 11 gemeenten 'Allemaal opvoeder'. Hieruit komen positieve berichten. In bovengenoemde handreiking kunnen gemeenten en CJG's aanknopingspunten vinden om aan de slag te gaan met het versterken van de pedagogische civil society. De gedachten achter het PCS sluit goed aan bij de ontwikkeling voor het lokale jeugdbeleid. Daarin zijn eigen kracht van burgers, onderlinge betrokkenheid en sterkere sociale verbanden belangrijke uitgangspunten. Niet langer staat het oplossen van individuele problemen door de professional centraal, maar draait het om de burger en diens kracht. Sinds 2000 organiseert de Eigen Kracht *Centrale* Eigen Kracht-conferenties in heel Nederland. De Eigen Kracht *Centrale* werkt hiermee aan een samenleving waarin participatie en samenredzaamheid van burgers centraal staan en waarin burgers de zeggenschap houden over hun eigen leven, zeker in contact met organisaties en overheden (www.eigen-kracht.nl).

Ook in het rapport van de RMO in 2009 wordt gemeld dat de potentiële bijdrage die de sociale omgeving kan leveren aan het leven van kinderen en gezinnen, niet optimaal wordt benut. Opvoeden is meer en meer een privéaangelegenheid geworden, iets wat plaatsvindt binnen de muren van het kerngezin.

Het pleidooi voor een sterke en coherente sociaalpedagogische omgeving baseerd men mede op bevindingen van Robert Putnam (2000). Uit zijn grootschalig en vergelijkend onderzoek blijkt problemen in het Amerikaanse onderwijs niet met louter

onderwijshervormingen zijn op te lossen. In plaats daarvan zijn bredere maatschappelijke oplossingen (sociaal kapitaal) nodig.

De RMO stelt dat deze analyse ook van toepassing is op de jeugdzorg. De belangrijkste reden waarom het tot op heden fout is gegaan, is dat problemen aangepakt worden met individuele interventies, terwijl de oorsprong van de problemen het individuele niveau overstijgt. Volgens onderzoek zou slechts 15% van deze problemen effectief via evidence-based methoden aangepakt kunnen worden.

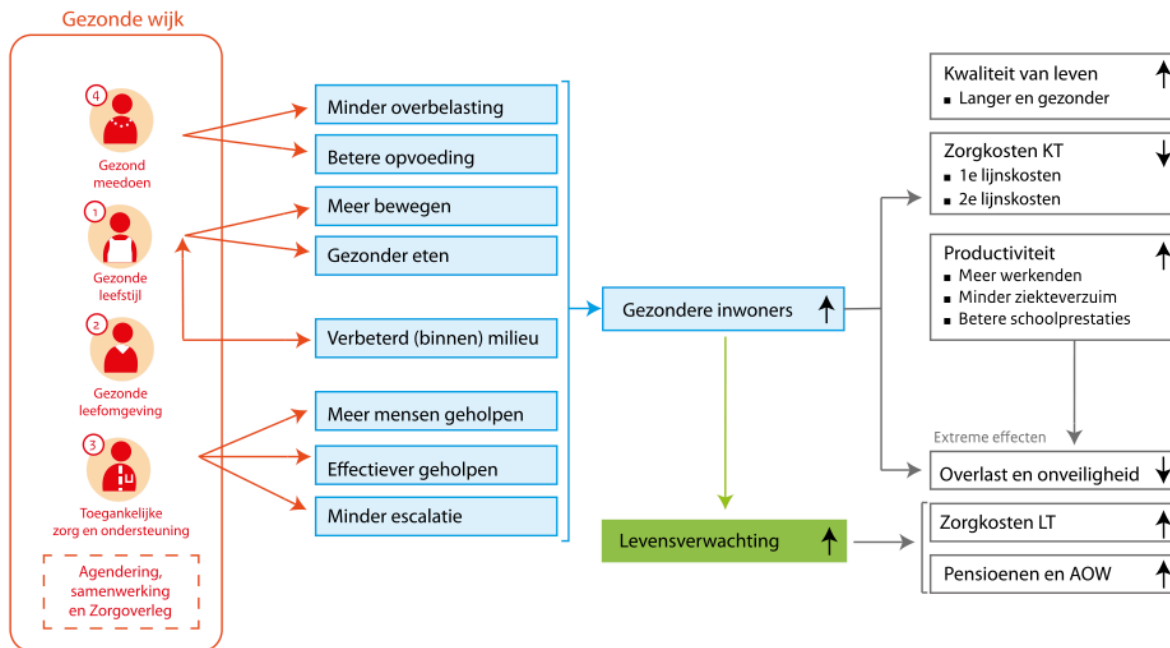
Er bestaat een brede basis aan wetenschappelijke onderbouwing voor de positieve effecten van sociale verbanden voor opvoeden en opgroeien (de Winter, 2010):

- Sterke sociale verbanden dragen bij aan een vermindering van isolatie en een toename van opvoedingsvaardigheden en kennis (www.nji.nl/opvoedingsondersteuning, zie onder 'informele sociale steun').
- Sociale steun vergroot de draagkracht van gezinnen en helpt ernstige opvoedingsmoeilijkheden te voorkomen. Het zorgt voor ontspanning van de druk die ouders rond opvoeden ervaren, steunt relaties tussen ouders en hun kinderen en beschermt gezinnen tegen kindermishandeling en disfunctioneren. Zie ook Baartman, 2009; De Winter, 2008 in RMO/RVZ 2009, en www.nji.nl/opvoedingsondersteuning, zie onder 'informele sociale steun'.
- Ook voor kinderen is het van belang om op te groeien in een omgeving die rijk is aan sociale relaties, omdat zij leren van voorbeeldgedrag van anderen. In buurten waar meer mensen elkaar en elkaars kinderen kennen, groeien kinderen met minder gedrags- en emotionele problemen op (De Vos et al., 2009).
- Buurten waar jeugdigen meer onderlinge banden hebben, waar meer zicht is op jeugdigen en waar de bereidheid om iets voor de buurt te doen hoger is, kennen minder overlast en misdrijven (Sampson & Byron Groves, 1989; Sampson et al., 1997). Zie voor meer informatie www.allemaalopvoeders.nl, onder 'achtergrond'. M.de Winter okt. 2009: Onderzoek: Versterking Pedagogische Civil Society (VPCS).
- Uit wetenschappelijk onderzoek wordt steeds meer aangetoond dat er sprake is van een hersenen-omgevinginteractie (Hanna Swaab in 'Klinische ontwikkelingsneuropsychologie', 2011): "Het proces van groei en ontwikkeling van het zenuwstelsel leidt tot de specialisatie van bepaalde hersengebieden voor bepaalde cognitieve functies en derhalve voor aspecten van gedrag. Deze aangeboren specialisatie komt echter niet tot stand zonder interactie met de omgeving. Er is een duidelijke invloed van omgevingsfactoren op de hersenontwikkeling. Naast biologische omgevingsfactoren, zoals eerder besproken, is het gezinssysteem en de sociale omgeving daaromheen ook een belangrijke omgevingsfactor die van invloed is op de hersenontwikkeling. Het kind reageert op prikkels uit de omgeving, op een manier die wordt bepaald door zijn ontwikkelingsniveau en zijn mogelijkheden en onmogelijkheden."

Drie jaar lang hebben dertien gemeenten het experiment Gezonde Wijk uitgevoerd (Kuijpers et al. 2012). Dit deden ze samen met de ministeries van VWS en BZK. Het gemeenschappelijke kenmerk van deze experimenten is een structurele integrale aanpak. Dit vroeg om inzet en geld in nieuwe en innovatieve samenwerkingsvormen van publieke en private organisaties. Dit had resultaat! Juist de som der delen zorgt voor de wenselijke verandering. Al na drie jaar is verbetering zichtbaar. Bewoners voelen zich

meer betrokken. Ze hebben bovendien minder overgewicht en ze bewegen meer. De zorgkosten zijn omlaag gegaan en nieuwe vormen van samenwerking zijn ontstaan. Uit een aantal recente CBS-cijfers blijkt dat tussen 2007 en 2009

- het aantal mensen in aandachtswijken dat de eigen gezondheid als goed ervaart steeg met 5 procent;
- het aantal mensen met ervaren psychische problemen daalde met 4 procent (in de rest van Nederland bleef dat aantal gelijk);
- het aantal rokers in aandachts- wijken sterker dan in de rest van Nederland.



Balanced Care

In de UK is in de jaren '90 de methode 'Balanced Care' ontwikkeld. Thornicroft en Tansella hebben hierover diverse boeken en artikelen geschreven zie o.a. 'Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence'. British journal of psychiatry (2004), 185, 203-290. Zij sluiten aan op de WHO die community-based GGZ voorstaat. 'Wat zijn de argumenten voor community-based geestelijke gezondheidszorg?' WHO Regionaal Kantoor voor de gezondheid in Europa Evidence Network (HEN), 2003, Website www.euro.who.int/document/E82976.pdf.

Wat zijn de argumenten voor community-based geestelijke gezondheidszorg?

Het Regionaal Kantoor van het WHO voor de gezondheid in Europa Evidence Network (HEN) beschrijft 9 principes die belangrijk zijn in het begeleiden van de ontwikkeling van community-georiënteerde diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

1. Autonomie: de patiënt in staat is om zelfstandig beslissingen en keuzes te maken, ondanks de aanwezigheid van symptomen of een handicap.
2. Continuïteit: het vermogen van de betrokken diensten om een samenhangend en duurzaam hulpverleningsaanbod te organiseren.
3. Effectiviteit: het vermogen om de bewezen, beoogde voordelen van

- behandelingen en diensten te leveren in real-life situaties.
4. Toegankelijkheid: het vermogen van patiënten om zorg te ontvangen waar en wanneer het nodig is.
 5. Volledigheid: geïntegreerd en volledig.
 6. Eigen vermogen: de eerlijke verdeling van middelen.
 7. Verantwoording: de verantwoording van een geestelijke gezondheidszorg aan patiënten, hun families en het bredere publiek.
 8. Coördinatie: goede afstemming, 'één client-één plan'.
 9. Efficiëntie: het minimaliseren van de input die nodig is om een bepaald niveau van uitkomsten te bereiken.

In de UK wordt gewerkt met CMHT's (gemeenschap geestelijke gezondheidszorg teams). Dit zijn de elementaire bouwstenen van de ambulante (volwassenen) geestelijke gezondheidszorg.

CMHTs bieden het volledige scala van interventies, waar volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen zijn toegewezen. Uit wetenschappelijk onderzoek komt naar voren dat er duidelijke voordelen zijn aan deze 'nonspecialized, community-based multidisciplinaire teams'. Het leidt tot meer tevredenheid bij de gebruikers. Er is sprake verhoogde continuïteit van zorg en flexibiliteit. Zie verder: het rapport over "Health Evidence Network (HEN), synthese verslag over community based geestelijke gezondheidszorg" te vinden op bovengenoemde website.

FACT

Er is veel verwantschap tussen Balanced Care en FACT. Dit laatste staat voor Functie Assertive Community Treatment. In de VS is ACT ontwikkeld (door de psychiaters Stein en Test, 1980) voor cliënten met de meest ernstige vormen van psychiatrische problematiek (schizofrenie, psychiatrie en verslaving, LVG en psychiatrie). Zij werkten in psychiatrische ziekenhuizen en kregen te maken met een groot aantal cliënten die steeds weer werden opgenomen. Zij ontwikkelden een methode om deze mensen buiten het ziekenhuis stabiel te laten blijven en te overleven in de maatschappij. Aanvankelijk noemden zij dit 'training in community living' (Handboek FACT, R. Van Veldhuizen e.a., 2008). De cliënten werden intensief en op assertieve wijze (bemoeizorg) voor hun aandoening behandeld en er was ook aandacht voor zorg en rehabilitatie. Het was als het ware een ambulante kliniek, die door hen ACT werd genoemd. Dit heeft in veel staten van America een grote vlucht genomen.

Dit concept is overgenomen door een aantal Nederlandse GGZ-instellingen ten tijden dat de zorg aan deze cliënten moest worden geëxtramuraliseerd. Er ontstonden wijkteams voor een regio van ongeveer 50.000 inwoners met gemiddeld zo'n 200 cliënten met ernstige psychiatrische problematiek (afhankelijk van de epidemiologische factoren). Zo'n 80% daarvan heeft geregeld zorg nodig die meestal door een casemanager wordt geboden. Ongeveer 20% heeft dusdanige problemen dat er meer zorg nodig is. Hiervoor wordt de functie ACT ingezet. Er zijn een aantal verschillen in de methodiek ACT en FACT maar in de kern komt de werkwijze op hetzelfde neer. Een belangrijk verschil is dat ACT-teams er alleen zijn voor die 20%.

Het FACT-team is multidisciplinair samengesteld, er vindt een multi-modulaire behandeling/begeleiding plaats en men richt zich op de cliënt in zijn eigen omgeving en het eigen netwerkperspectief. Men sluit aan op de eigen mogelijkheden. Er zijn een drietal typen interventies te onderscheiden:

- Behandeling
- Rehabilitatie en herstel
- Intensivering van zorg bij ontregeling/crisis

Vanaf het begin af aan is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van (F)ACT. In America bleek dat het aantal heropnames sterk afnam waardoor de zorg veel goedkoper werd. Dit werd in Europa niet zozeer bevestigd waarschijnlijk omdat hier de ambulante zorg al redelijk goed was georganiseerd. Cliënten waren ook over het algemeen meer tevreden. Er werd minder meerwaarde gevonden voor het verbeteren van symptomen en functioneren. Maar die andere twee voordelen hebben geleid tot het benoemen van ACT als een 'evidence-based practice'.

Ontwikkeling ICT

Alle maatschappelijke domeinen - economie, politiek, recht en educatie - zijn door nieuwe technologieën van gedaante veranderd (D. Christma et al, 2011). In de zorg zien we dat het internet nu aan het veranderen is van informatiebron naar discussieplatform, waar consumenten ervaringen en kennis uitwisselen over bijvoorbeeld contacten met instellingen of behandelaren. Dit leidt tot een goed geïnformeerde zorgconsument, die daardoor in een andere relatie komt tot zijn behandelaar. Er zijn neer mogelijkheden tot onze beschikking gekomen waardoor de cliënt op eigen tijden de behandeling kan ontvangen (E-health), op een eigen manier (chattend), gebruik kan maken van EPD met Routine Outcome Monitoring (ROM) waardoor Shared Decision Making (SDM) meer mogelijk is. Domatica kan helpen om iemand zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen.

Deze razendsnelle ontwikkeling heeft het leven positief beïnvloed maar ook meer hectisch heeft gemaakt. Deze ontwikkeling heeft de psychische gezondheidszorg niet alleen positief bevorderd. Het leven gaat sneller waardoor er ook meer uitvallers zijn. Dit zal een van de redenen zijn waardoor de groei in GGZ valt te begrijpen.

Duurzame gezondheidszorg

Bovenstaande ontwikkeling kan gezien worden in een bredere context. Het afgelopen decennium staat 'Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen' steeds meer op de agenda van bedrijven en instellingen die zich duurzaam willen richten op het trio economische prestaties (profit), met respect voor de sociale kant (people) binnen de ecologische randvoorwaarden (planet) (Jan Rotmans, website www.nuzakelijk.nl). Deze triple-P benadering is oorspronkelijk van John Elkington uit 1998 (<http://nl.wikipedia.org>). In deze benadering gaat het om het vinden van een balans tussen people, planet en profit. Deze balans zou moeten leiden tot betere resultaten voor zowel het bedrijf als de samenleving.

Steeds meer organisaties spelen tegenwoordig in op duurzaamheid, sustainability, cradle to cradle, eco, groen, enzovoorts. Innovatie is cruciaal om producten en diensten daadwerkelijker groener en duurzamer te maken. Men spreekt ook wel van "Duurzaamheid 2.0". het paradigma is dan om niet langer de aarde te exploiteren vanuit een economisch rendement en vanuit lineaire productieprocessen maar om te produceren vanuit een co-operatiemodel en maatschappelijk rendement met gesloten kringlopen.

Antroposofische gezondheidszorg kan een bijdrage leveren aan verduurzaming van de zorg

Er is zeer veel literatuur over gezondheid, hoe men dit bevordert en hoe men dit in stand kan houden. Baars (2008) beschrijft dat er in de wetenschappelijke literatuur onder meer drie belangrijke theorieën zijn die aansluiten bij het concept psychosociale **zelfregulatie** die cruciaal zijn voor de bevordering van gezondheid, namelijk:

1. autonomie,
2. het integratieve vermogen en
3. meaning in life.

1. Zo vindt hij bij Goedhart (1996) drie voorwaarden voor een **autonoom leven**.
 - I. Een zekere onafhankelijkheid van invloed van anderen.
 - II. Vermogens om te kunnen kiezen en zich hiermee te kunnen identificeren.
 - III. Dat er keuzemogelijkheden zijn waaruit gekozen kan worden.
2. Bij Antonovsky (1987) vindt Baars een andere basis voor het vermogen dat tot gezondheid kan leiden. Antonovsky noemt het **integratief vermogen (sense of coherence, SOC)**. Dit is het vermogen zodanig op een zinvolle wijze met belastende factoren om te gaan, dat men niet uit een innerlijk evenwicht gebracht wordt. Het drukt de mate uit van een sterk, voortdurend en dynamisch gevoel van vertrouwen in zichzelf en de omgeving en in de waarschijnlijkheid dat de dingen zich zo zullen ontwikkelen als verwacht mag worden. Hierin spelen drie factoren een rol:
 - I. Dat deze mens begrijpt wat er om hem heen gebeurt (cognitief) en dat hij samenhang ziet tussen de gebeurtenissen.
 - II. Dat hij er een betekenis aan kan geven, waardoor in de beleving het perspectief wordt vergroot (gevoel).
 - III. Hierdoor kan er ook een beleving ontstaan dat deze mens in een zekere staat is om de gebeurtenissen te beïnvloeden, door eigen mogelijkheden in te zetten of hulp in te roepen. Dit spreekt het handelen aan.
3. Baars (2008) benoemt als laatste een derde aspect, namelijk de “**meaning in life (MIL)**”. Hiermee haalt hij Debats aan die beweert dat er in de klinische psychologie veelal overeenstemming is over het belang van zingeving aan het persoonlijk bestaan. Personen die hun leven als zinvol ervaren zien hun leven vanuit een betekenisvol perspectief waaraan ze een aantal levensdoelen ontleen. Ze beleven zichzelf als personen die deze doelen hebben verwezenlijkt of zijn bezig deze te realiseren.

Baars schrijft dat de concepten autonomie, SOC en MIL herkend kunnen worden als zelfregulerende “structuren”. Er zijn inmiddels veel empirische aanwijzingen voor een positieve relatie tussen de verschillende niveaus van zelfregulatie en gezondheid (Baars, 2005).

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. Baars schrijft dat “antroposofische therapieën gericht zijn op het stimuleren van de werkzaamheden van de niet-materiële werkelijkheidslagen, die als werkingsmechanisme verantwoordelijk zijn voor het door

zelfregulering in stand houden en herstellen van het organisme als psychosomatische eenheid en de autonomie van de mens". Dit is geheel anders dan een pathogenetische of ziektegeoriënteerde benaderingswijze op gezondheid, waar de nadruk ligt op "het vaststellen van de "beschadiging van het onderdeel" en het vervolgens kunstmatig manipuleren, imiteren en/of substitueren van (defecte) onderdelen en processen en daarnaast het voorkomen en bestrijden van "vijandige" invloeden als bacteriën, virussen, etc, die de "machinerie" verstoren" (Baars, 2008, blz. 22).

De antroposofische gezondheidszorg probeert op deze manier krachten te wekken waardoor de mens zelf de verantwoordelijkheid kan nemen voor zijn (of haar) leven en er een nieuw (en gezonder) evenwicht kan ontstaan. Hierdoor ontstaat er bij de mens een zelfsturend en zelforganiserend vermogen waardoor iemand beter in staat is om voor zichzelf te zorgen. Dit maakt dat iemand zich in algemene zin gezonder voelt. Hier gaat een preventieve werking van uit. Er wordt zodoende minder appèl gedaan op de gezondheidszorg.

Antroposofisch arts Joop van Dam legt in zijn lezingen een duidelijke relatie met de immuniteit. Werkend vanuit en op die verschillende "niet-materiële werkelijkheidslagen" (in antroposofisch jargon worden dit de vier wezensdelen genoemd) wordt er gewerkt aan de immuniteit, waardoor deze mens minder vatbaar is voor ziekte in de meest brede betekenis van dit woord. Joop van Dam noemt dit "psycho-neuro-immunologie".

Jan Saal (1995), antroposofisch arts, houdt ook een pleidooi om de verschillende aspecten van ziekte te beschouwen en noemt op een andere manier hoe er gewerkt kan worden vanuit deze visie. Hij onderscheidt daarbij:

1. de ziekteverschijnselen,
2. het ziekteproces,
3. de innerlijke voorwaarden voor ziekte,
4. het moment in iemands leven ("biografische moment") waarop de ziekte aan de dag treedt.

Vanuit boven beschreven visie wordt er op verschillende manieren aan gezondheid gewerkt. Hier doen diverse disciplines aan mee, waaronder de arts, de fysiotherapeut, de kunstzinnig therapeut en de psychotherapeut. Deze benadering is multidisciplinair en gericht op de verschillende werkelijkheidslagen (het fysiek lichaam, de levenskrachten, de ziel en het ik). We kunnen dit een holistische benadering noemen.

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:

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. Eigen bijdrage aan de zorgfinanciering op basis van persoonlijk zorggebruik omhoog, de bijdrage aan de collectiviteit moet dalen.
4. Versterking professionele oriëntatie op het individu ten kosten van de statische groepsoriëntatie.

5. Aanpassing beroepscode van de professional aan de voltooide emancipatie van de zorgvrager.
6. Ontmoediging medicalisering van de zorg en stimulering humanisering.
7. Kwantificeren van baten en kosten ten behoeve van ethische keuzes.
8. 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.
9. Herijking begrippen 'clinical based evidence' en 'practise based evidence' voor de zorgpraktijk.
10. 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".

Kortom, er is een andere benadering nodig van het fenomeen ziekte en gezondheidszorg. Het vraagt een bijstelling die meer dynamisch is en de gehele kwaliteit van bestaan omvat waar gezondheidsbevordering, eigen regie en zelfregulatie kernbegrippen zijn. Gezondheidszorg Nederland lijkt aan een nieuwe versie 2.0 toe te zijn opdat het hele systeem hieromtrent duurzaam wordt. Het antroposofisch gedachtengoed kan hierin zeer bruikbaar zijn. Het wordt tijd dat dit meer over het voetlicht wordt gebracht!

Maart 2013
Erik Beemster