

Onderzoek en ontwikkeling in de Antroposofische Gezondheidszorg in Nederland na 2010

“Focussen, bundelen & afstemmen”

Anno 2010 maakt de antroposofische gezondheidszorg (AG) moeilijke tijden door, maar zijn er ook aangrijpingspunten en ontwikkelingen waarmee de AG haar bijdrage aan de verdere ontwikkeling van de gezondheidszorg kan realiseren. Binnen verschillende gremia en instellingen/ organisaties in Europa (Medizinische Sektion in Dornach, IVAA, internationale beroepsgroepen overleggen, etc.) en ook in Nederland wordt beleid gemaakt om uitdagingen aan te gaan en kansen te grijpen. Binnen dit beleid heeft het investeren in onderzoek en ontwikkeling een belangrijke plaats.

In Nederland heeft de NVAZ, met onderzoek als een van de drie speerpunten van beleid, het momentum van het op handen zijnde aflopen van (de financiering van) zowel de Bernard Lievegoed leerstoel als het lectoraat AG eind 2010 aangegrepen, om enkele Nederlandse onderzoeksgroepen bijeen te brengen om over de situatie in gesprek te komen. De leerstoelhouder, de lector en het hoofd van het kennis- en expertisecentrum van Zonnehuizen hebben in dit gesprek het verzoek gekregen om een gezamenlijk document te schrijven waarin overkoepelende thema's beschreven worden die relevant zijn voor onderzoeksbeleid binnen de AG in Nederland in de breedste zin. Guus van der Bie werd vervolgens gevraagd om aanvullend vanuit het perspectief van de eerstelijns gezondheidszorg mee te denken.

In dit document beschrijven we achtereenvolgens schetsmatig de voor het onderzoek relevante kenmerken van de AG, de situatieschets anno 2010, en de onderzoeksthema's die naar verwachting in de komende jaren aan de orde zijn om de AG in de realisatie van haar bijdrage aan de gezondheidszorg te ondersteunen.

Relevante kenmerken van AG

- 1 De AG is aan het begin van de twintigste eeuw ontstaan als een verruiming van de bestaande geneeskunde/ gezondheidszorg. De verruiming heeft betrekking op onder meer:
 - o Een verruiming van de wetenschapsopvatting en de methodologie die noodzakelijk is om kennis van de hogere werkelijkheidslagen in mens en natuur te verwerven.
 - o Het inzetten van kennis van de hogere werkelijkheidslagen in mens en natuur die relevant zijn voor ziekte, gezondheid, diagnostiek, sturing van therapeutische processen, therapieën, begeleiding en verzorging in de gezondheidszorg.
 - o Het verruimen van bestaande therapierichtingen (bv. fysiotherapie) en het ontwikkelen van nieuwe therapierichtingen (bv. euritmitherapie).
- 2 De AG richt zich primair op het preventief en curatief bevorderen van gezondheid op de lichamelijke, psychosociale en betekenisgeving niveaus, en is hierbij primair op het individueel georiënteerd.
- 3 De AG moet worden beschouwd als een complementaire, integratieve gezondheidszorg en niet als een alternatieve gezondheidszorg, omdat zij de kennis voortkomend uit de reguliere wetenschap integreert in die van de antroposofische geesteswetenschap en beide soorten kennis op geïntegreerde wijze vruchtbaar maakt voor de gezondheidszorgpraktijk.

- 4 De AG heeft zich sinds de jaren '20 van de vorige eeuw, met name in Europa, breed ontwikkeld in vrijwel alle facetten van de gezondheidszorg: de eerstelijnszorg (therapeutica met naast de huisartsen de verschillende therapierichtingen en verpleegkundigen; en zelfstandig werkzame gezondheidszorgwerkers), een tweedelijnszorg (incl. psychiatrie en verslavingszorg), een breed veld van verstandelijk gehandicaptenzorg (heilpedagogie en sociaaltherapie) en een farmaceutische industrie. Veel kennis is ontwikkeld door professionals in de praktijk. Deze zogenaamde 'tacit knowledge', is onvoldoende geëxpliciteerd en toegankelijk, zowel binnen de beroepsgroep als daarbuiten.
- 5 AG gezondheidszorgwerkers zijn (vrijwel) allemaal primair regulier en aanvullend antroposofisch opgeleid. AG wordt op dit moment onderzocht en gedoceerd aan verschillende universiteiten in Europa (zowel de wetenschappelijke universiteiten als enkele Universities of Applied Sciences (hogescholen) en ambulante en klinisch gepraktiseerd in tachtig landen over de gehele wereld. De AG is sterk internationaal georganiseerd en ingebed.

Situatieschets

In het algemeen lijkt er aan het begin van de 21^{ste} eeuw op diverse plaatsen binnen het maatschappelijk leven sprake te zijn van twee naast elkaar staande tendensen. Enerzijds is er meer openheid en aandacht voor spiritualiteit, gehelen en samenhangen, de menselijke maat, de menselijke ontmoeting en het denken in systemen en verbindingen. Anderzijds zien we een tendens die kan worden aangeduid met begrippen als een toename in schaalvergroting en maakbaarheid, integratie, bureaucratie, verantwoording, toezicht en controle, en verwetenschappelijking.

Voor de gezondheidszorg zien we de eerste tendens terug in onder meer de toenemende aandacht voor de zelfsturende rol van de patiënt/cliënt, de interesse in kwaliteit van leven, betekenisgeving en de relatie met ziekte en gezondheid. Vanuit de Verenigde Staten zien we bijvoorbeeld de opkomst van de integratieve medicijnen, een benadering die op vier pijlers berust:

- 1) behandelaar en patiënt/cliënt gaan een partnership aan met respect voor ieders eigenheid en de behandelaar als coach;
- 2) preventie en een gezonde leefstijl zijn belangrijke tools voor patiënten/cliënten om zelf verantwoordelijkheid te dragen voor hun gezondheid;
- 3) een helende omgeving faciliteert gezondheid; en
- 4) reguliere behandelingen worden gecombineerd met aanvullende behandelingen die bewezen veilig en effectief zijn, teneinde een optimale behandeling te geven (zoals bijvoorbeeld het instromen van Mindfulness trainingen in de behandeling tot in universitaire klinieken toe).

Voor de gezondheidszorg zien we de tweede tendens terug in termen als onder meer 'Evidence Based Medicine' ('op bewijs gebaseerde praktijk') en practice based evidence, diagnose-behandelcombinaties, richtlijnen en protocollen, ISO/HKZ normering van kwaliteitsprocessen en ketenzorg. Kernwoorden hierbij zijn:

- 1 Het meetbaar maken van de kwaliteit van ingrediënten van de zorg en van de zorg in totaal;
- 2 Door onderzoek verantwoording afleggen van (kosten)effectiviteit, kwaliteit en veiligheid;
- 3 Het implementeren van eerder bewezen (kosten)effectief zorgaanbod in de zorgpraktijk; en

- 4 Het ontwikkelen en door middel van (vergelijkend) onderzoek aantonen van de meerwaarde van innovaties in de zorg (waarbij in het ideale geval aangetoond moet worden dat het nieuwe beter is dan het oude).

AG Onderzoek in Nederland na 2010

Anno 2010 is in Nederland zoals gezegd, het momentum ontstaan om opnieuw bewust onderzoeksbeleid te maken, waarbij zoveel mogelijk gestreefd kan worden naar focussen, bundeling en afstemming van het werk van verschillende Nederlandse onderzoeksgroepen. Hierbij kan gewerkt worden aan het wegnemen van onduidelijkheid, het verzilveren van kansen en het zoeken van verbinding met ontwikkelingen in de reguliere zorg en het reguliere wetenschappelijke onderzoek. Belangrijke uitdagingen en kansen voor de AG liggen op de volgende terreinen:

- 1) het versterken van *bewijs van werkzaamheid, veiligheid en (kosten)effectiviteit* van behandelmethodes;
- 2) de toenemende interesse in *kwaliteitsbeleid* in gezondheidszorginstellingen;
- 3) de opkomst van een *'health promotion'* benadering naast een *'fighting disease'* benadering in de gezondheidszorg; en
- 4) de opkomst van de *oriëntatie op het individu* in de gezondheidszorg.

In aansluiting daarop onderscheiden we de volgende onderzoeks- en ontwikkelingsthema's:

1. Het versterken van het bewijs van werkzaamheid, veiligheid en (kosten)effectiviteit van behandelmethodes binnen de AG: 'van binnen naar buiten'. Subthema's zijn:

- 1 Het in kaart brengen van best practices (welke AG behandelingen zijn werkzaam of veelbelovend? Wat zijn kenmerkende aspecten?)
- 2 Het ontwikkelen van transparante 'zorgproducten'; het optimaliseren, beschrijven en expliciteren van in de praktijk ontwikkelde behandelvormen en tacit knowledge t.b.v. onderwijs en praktijk van de beroepsgroepen zelf, de niet-antroposofische collega's en het bredere veld van de gezondheidszorg.
- 3 Het verwerven van steeds sterker bewijs van en inzicht in de werkzaamheid, (kosten)effectiviteit (en zo nodig veiligheid) van deze 'zorgproducten' langs de lijn van Practice Based Evidence naar Evidence Based Practice.
- 4 Het inrichten van een monitoringsinfrastructuur voor zowel routinematige metingen als voor specifieke projecten.

2. Uitbouwen van het onderzoek naar kwaliteit:

- 4 De ontwikkeling van een alternatief instrument voor de verantwoording van zorgkwaliteit. Kern van dit instrument is de weergave van kwaliteit in beelden van het leven van individuele cliënten. Hiermee wordt aangesloten bij een bredere stroming in de (gezondheids)zorg die op zoek is naar een bredere invulling van het in kaart brengen van zorgkwaliteit.
- 5 Kwaliteit van bestaan in relatie tot kwaliteit van zorg en ondersteuning.
- 6 Individuele aspecten van kwaliteit en de aggregatie daarvan tot kwaliteitsaspecten in groepen en organisaties.
- 7 Het verhelderen van 'kwaliteit' naar interne en externe partners op conceptueel niveau. Hieronder valt ook het ontwikkelen van het denken over 'antroposofische kwaliteitsaspecten'.

8 Het afleggen van verantwoording over geleverde kwaliteit van zorg en de betekenis daarvan voor de kwaliteit van bestaan. Hieronder valt ook het koppelen/ verruimen van bestaande kwaliteitssystemen in de zorg met behulp van de hieronder genoemde aspecten, effectmeting en routine outcome monitoring (ROM).

3. Uitbouwen van het onderzoek naar de gezondheidsbevorderende effecten van AG (salutogenese, health promotion, hygiogenese, etc.).

Uitgangspunten bij deze centrale onderzoekslijnen zijn:

- 1 Onderzoek en ontwikkeling is praktijkgestuurd en praktijkgericht;
- 2 Er is ruimte voor methodologische pluriformiteit;
- 3 Er wordt ingezet op het zoeken van verbinding binnen het veld van antroposofisch georiënteerde zorg, ook internationaal;
- 4 Er wordt ingezet op het zoeken van verbinding met niet-antroposofische onderzoekers, ontwikkelaars en hulpverleners, nationaal en internationaal;
- 5 Indien mogelijk worden onderzoeksprojecten uitgevoerd in het kader van een promotietraject;
- 6 Resultaten van projecten worden zoveel mogelijk gepubliceerd in reguliere wetenschappelijke organen;
- 7 Er wordt expliciet aandacht besteed aan de implementatie van resultaten van onderzoeks- en ontwikkelingstrajecten.

Overige activiteiten moeten gericht zijn op:

- 1 Wetenschappelijke verantwoording van de wetenschapsvisie en bijbehorende methodologie. Dat is zowel voor intern als extern relevant.
- 2 Relevante AG concept- en methodiekontwikkeling en wetenschappelijke validering hiervan > aansluiting bij en inbedding van de AG concepten en methodieken in de reguliere wetenschap.
- 3 Overzicht houden over wat er (inter)nationaal aan AG onderzoek wordt gedaan en in het reguliere onderzoeksveld gebeurt > voort kunnen bouwen op wat er al gedaan is; samenwerkingspartners vinden.
- 4 Voortgaande professionalisering van onderzoekers en het onderzoek > kwalitatief goed onderzoek uitvoeren zodat resultaten te publiceren zijn in reguliere (peer reviewed) wetenschappelijke tijdschriften en daartoe zo mogelijk aansluiting zoeken bij reguliere onderzoeksprojecten.
- 5 Kenniscirculatie met de praktijk: het ter beschikking stellen van beschreven, geëxpliciteerde praktijkkennis die ook als basis kan dienen voor verder onderzoek.
- 6 Het meer 'onderzoeksminded' maken van professionals om daarmee bijvoorbeeld ook betere voor onderzoek geschikte verslaglegging van behandelingen te verkrijgen c.q. enkele onderzoekende professionals per beroepsgroep te krijgen.
- 7 Het doorgeven van verworven kennis via onderwijs en na- en bijscholing.
- 8 AG zorgproducten gericht aanbieden aan patiënten/cliënten die (potentieel) geïnteresseerd zijn in AG en met onderzoek ondersteunen.
- 9 PR en communicatie: gericht beleid ontwikkelen voor relevante stakeholders: wetenschap, beleidsmakers, AG, patiëntenverenigingen, etc..

Centraal bij het onderzoeksbeleid in de antroposofische gezondheidszorg staat het gezichtspunt dat de verwevenheid van de verschillen echelons en disciplines in de zorg, te weten de eerste lijn, de klinisch specialistische zorg, de heilpedagogische en sociaaltherapeutische zorg en de specifiek antroposofische therapieën, de AG onderscheidt en identificeerbaar maakt ten opzichte van reguliere zorg. De consequentie daarvan zou kunnen zijn dat dit tot uitdrukking komt in een gelijkelijk te verdelen onderzoeks aandacht (en geld) voor de te onderscheiden werkvelden.

Gezien het feit dat het aantal mensen en middelen echter relatief gering is, zal focussen, bundeling en afstemming tussen onderzoeksgroepen noodzakelijk zijn. Financiers van het AG onderzoek kunnen daarom als voorwaarde stellen dat onderzoeksgroepen in hun onderzoeksplannen (1) samenwerking op relevante thema's waarborgen; (2) substantieel bijdragen aan bovenstaande speerpunten van onderzoeksbeleid; en (3) bijdragen aan afstemming van activiteiten voor het grotere geheel.

Maart 2010

Erik Baars
Guus van der Bie
Joop Hoekman
Hans Reinders