

The top half of the cover features a complex, abstract pattern in shades of teal and black, resembling stylized leaves or organic forms. This pattern is partially obscured by a black rectangular box containing the title and subtitle.

Een goed idee ... in de praktijk

Het organiseren van diagnosegebonden zorg in de eerstelijns
multidisciplinaire antroposofische gezondheidszorg

Handboek

The bottom half of the cover is a solid, uniform teal color.

Klaas Ijkema

Anja de Bruin

Vooraf

Met dit handboek willen wij ons enthousiasme met u delen. We zijn enthousiast over het door ZonMw¹ gesteunde project: *Het optimaal organiseren van diagnosegebonden zorg in de eerstelijns multidisciplinaire antroposofische gezondheidszorg*. En vooral dat het iets in beweging heeft gebracht. In een tijd, waarin de druk op onze agenda's toeneemt en die toename vaak niet primair op het verlenen van de zorg gericht is, is dit een bijzonder moment in de geschiedenis van de therapeutica. Vier van hen hebben zich in de afgelopen periode van anderhalf jaar ingezet om een omwenteling in de praktijkvoering te bewerkstelligen, mede ten behoeve van de gehele antroposofische eerstelijnszorg. Wij hopen van ganser harte dat deze nieuwe impuls een uitstraling zal hebben op alle overige therapeutica en de hele gemeenschap van de antroposofische gezondheidszorg, waar vooral de patiënten bij gebaat zullen zijn.

We zijn ook enthousiast over de moed van de werkers in de therapeutica om aan het onderzoek mee te doen en anderen een kijkje in de eigen keuken te geven. Het is een stimulans om te werken aan een cultuur van openheid, waardoor uiteindelijk het (potentieel) waardevolle en bijzondere van de antroposofische gezondheidszorg sterker zal worden en ook de zichtbaarheid in de samenleving vergroot zal worden. Dit vraagt om inspanningen van het hele veld en met de steun van ZonMw hopen wij dat dit project een proces van duurzame vernieuwing op gang zal brengen, waar mogelijk ook de reguliere gezondheidszorg mee verrijkt kan worden.

Dit handboek beschrijft niet alleen de kant van het zorgaanbod. Het richt zich ook op de existentiële vraagstukken van de organisatie van de therapeutica en de samenwerkingsvormen. Naast een inhoudelijke impuls met betrekking tot de wijze waarop de zorg zelf transparanter gemaakt kan worden, is er behoefte aan visie op de manier waarop therapeutica hun rol en taak in deze tijd vorm kunnen geven. Ook de individuele antroposofische zorgaanbieder wordt hier uitgedaagd om zijn of haar positie ten opzicht van de patiënt binnen de context van een behandelplan opnieuw te doordenken en te impulseren. Het handboek is uiteindelijk vooral ook in het belang van de

patiënt. Als door de ontwikkeling van de zorgprogramma's er hierover een betere documentatie en communicatie op gang kan komen, die voor alle belanghebbenden goed toegankelijk is, dan is het ook een waardevolle handreiking aan patiënten. Die kan de onderbouwing van het behandelplan, dat voor hem of haar van toepassing is, goed gebruiken in de communicatie met arts en therapeut. Daarmee wordt een gelijkwaardiger verhouding tussen de betrokkenen mogelijk gemaakt. Dit sluit heel goed aan bij de tendens in de samenleving waarin de betrokkenheid en de zelfsturing van patiënten met betrekking tot hun eigen gezondheid steeds belangrijker zal worden.

Dit handboek is bedoeld als een handreiking voor een nieuwe impuls. Aan het slot geven wij een aantal aanbevelingen, waar wij van ganser harte van hopen, dat u als lezer daar ook door geïnspireerd raakt om het verder te willen dragen. Tegelijkertijd hopen wij dat de overkoepelende organisaties in de Antroposofische Gezondheidszorg deze aanbevelingen ter harte zullen nemen en willen integreren in hun beleidsplannen. Daarnaast treft u in het laatste hoofdstuk: *Therapeutica hebben de toekomst, mits*, een notitie aan van het Lectoraat AG, waarmee ook de positie van therapeutica naar zorgverzoekers verbeterd kan worden.

Wij wensen u inspiratie toe bij uw werk en hopen dat dit handboek en zijn aanbevelingen daar een duurzame rol in kan spelen.

De projectgroep:

Henk Verboom (*Bestuurslid Therapeuticum Mercurius*)

Klaas IJkema (*Onderzoeker bij het Instituut voor Mens- en Organisatieontwikkeling*)

Anja de Bruin (*Onderzoeker bij het Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg*)

Henk Cramer (*Fysiotherapeut bij Therapeuticum Helianth*)

Ter gelegenheid van het symposium
Innovatie in de antroposofische eerstelijns gezondheidszorg
23 mei 2014

¹ ZonMw heeft onder de naam *Op één lijn* diverse projecten in Nederland op het gebied van vernieuwing in de eerste-lijn-zorg financieel ondersteund.

Voor u ligt een handboek dat u helpen kan om in een therapeuticum een multidisciplinair zorgprogramma op te zetten of een bestaand programma verder te verbeteren. Het biedt een handreiking om dit zo professioneel mogelijk te doen en daarbij de antroposofische zorg op een hoog plan te brengen en te houden. Het handboek geeft behulpzame aanwijzingen om daarbij zo optimaal mogelijk samen te werken, zowel met de patiënten, voor wie het bedoeld is, als ook met elkaar als zorg verlenende collega's in het therapeuticum en ook met andere belanghebbenden, zoals therapeutica elders in het land, verenigingen van beroepsgroepen. Maar ook met partijen uit de reguliere zorg en al die andere spelers in het veld, die graag meedenken en meehelpen.

Het handboek is tot stand gekomen door een intensieve samenwerking van het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (Hogeschool Leiden) en het lectoraat Leiderschap (Hanzehogeschool Groningen). De lectoren dr. Erik Baars en dr. Adriaan Bekman hebben een 'Inleiding' en een 'Nawoord' geschreven, waarin de ontwikkelingen in de samenleving en de gezondheidszorg worden geschetst. Hiermee wordt de waarde van dit handboek als bijdrage aan de vernieuwing in dit veld goed duidelijk, maar ook hoe een handboek als dit een onderdeel is van een vernieuwingsbeweging naar de toekomst toe. In het handboek treft u aan hoe het goede idee van een multidisciplinair zorgprogramma in de praktijk gebracht kan worden. Vier therapeutica hebben aan het actie-onderzoek meegedaan dat de bovengenoemde lectoren hebben geïnitieerd. Anja de Bruin van het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (in het vervolg: lectoraat AG) en Klaas IJkema, die aan het Instituut voor Mens en Organisatieontwikkeling en aan het lectoraat van Adriaan Bekman verbonden is, hebben beiden dit onderzoek uitgevoerd. Daaraan hebben vier therapeutica medewerking verleend: Mercurius uit Eindhoven met een zorgprogramma voor patiënten met hart- en vaatziekten, Widar uit Zeist met een zorgprogramma voor patiënten met stress gerelateerde klachten, Aurum uit Zoetermeer met een zorgprogramma voor patiënten met kanker en Helianth uit Rotterdam met een zorgprogramma voor kinderen met onbegrepen buikklachten. Om van dit handboek zo optimaal mogelijk gebruik te kunnen maken treft u hier een overzicht aan van wat er in te vinden

is en hoe u er gebruik van kunt maken. De inzichten, bij dit actie-onderzoek tot stand gekomen, zijn in het handboek geordend terug te vinden. Allereerst worden de belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek systematisch weergegeven. Het laat zien welke thema's en vraagstukken actueel zijn. Een tweede deel van het handboek beschrijft uitvoerig de onderdelen en de belangrijke stappen die nodig zijn om en goed werkend, inzichtelijk en professioneel zorgprogramma op te zetten. Tijdens het actie-onderzoek werd ook duidelijk dat therapeutica naast het opzetten van zorgprogramma's sowieso goed geholpen zijn met aanwijzingen voor het duurzaam en effectief nemen van initiatieven en het doorvoeren van veranderingen. Daarover gaat het derde deel. Op basis van het voorgaande wordt in een vierde deel van het handboek stilgestaan bij het therapeuticum als een organisatie, waarin mensen met elkaar moeten samenwerken, waarin men praktische zaken moet regelen, waarin geld een belangrijke rol speelt, enzovoort. Mensen moeten hun energie heel praktisch weten in te zetten om hoge idealen en aardse zaken te verbinden.

In bijlagen bij dit handboek treft u de zorgprogramma's aan die in de verschillende therapeutica zijn gestart of nog zullen starten. Daarnaast is er ook een overzicht van voor dit thema belangwekkende informatie.

Het volgende schema geeft een overzicht van het handboek:

1. Inleiding	4
2. Bevindingen actie-onderzoek	6
3. Een zorgprogramma ontwikkelen	8
4. Voor een goed begin zorgen	14
5. Therapeuticum als een organisatie	20
6. Samenwerking	26
7. Nawoord	28
8. Aanbevelingen	30
Bijlage 1: Werk mee aan de ontwikkeling van antroposofische zorgprogramma's	34
Bijlage 2: Vier zorgprogramma's	38
Bijlage 3: Perceived Quality of Care 23	47

1. Inleiding

Ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Nederland

Nederland is in de wereld het land met een uitgeknipte brede infrastructuur van hoge kwaliteit. Voor alle menselijke vragen zijn er instituten en voorzieningen die deze vragen willen beantwoorden. We hebben een modern trein en wegennet, een goede onderwijsvoorziening, een brede gezondheidszorg, goed functionerende maatschappelijke instituten als belastingdienst, rechtspraak, arbeidsvoorziening en ouderenzorg.

We zijn ons dit niet altijd bewust en hebben de neiging als Nederlanders te klagen over alles wat niet klopt, ondanks dat wij ons volgens onderzoeken tot de gelukkigste mensen op aarde rekenen.

Nadat wij decennia lang gebouwd hebben aan een verzorgingsstaat waarin mensen van geboorte tot dood gedragen konden worden door de gemeenschap, daar zien wij de laatste jaren twijfel rijzen of dit voor de toekomst nog wel financierbaar is. We bewegen van een verzorgingsmaatschappij naar een participatiemaatschappij, waarin wij als burgers vanuit eigen initiatieven deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. De Overheid, als hoeder van het gemeenschappelijk belang, zal dan de infrastructuur moeten verzorgen die deze eigen initiatieven ondersteunt.

Een belangrijke beweging daarbij is het streven om de voorzieningen dichterbij de burgers te brengen en de gemeentes verantwoordelijkheid te geven deze voorzieningen te scheppen en te onderhouden. Zo zien wij de zorg voor ouderen en gehandicapten verlegd worden naar gemeentelijke instanties die er echter nog allerminst toe zijn voorbereid deze verantwoordelijkheid te kunnen dragen.

Voorals in de onderwijs- en de gezondheidszorginstellingen ontstaan spanningen omtrent hoe met deze nieuwe werkelijkheid om te gaan. Opeens is er niet meer landelijke financiering en

daarmee landelijke bescherming van de belangen van organisaties die actief zijn in deze velden, maar moeten organisaties aan vele tafels en op vele fronten hun belangen veilig stellen. Niet in het minst zijn het de financiers en de verzekeraars zoals zorgverzekeraars die gaan sturen en bepalen waar de klant/burger/patiënt zijn dienstverlening moet gaan halen. Huisartsen in Nederland waarschuwen dat de kwetsbare groepen in de samenleving zoals hulpbehoevende ouderen tussen wal en schip gaan vallen. De zorg is thuis haast niet te verlenen en de instellingen voor ouderen die verzorging en verpleging nodig hebben worden gesloten.

Het zelf organiserend vermogen en het daarmee samenhangende persoonlijk leiderschap worden in dit licht essentiële kwaliteiten die burgers moeten ontwikkelen om zich te kunnen handhaven in deze samenleving. Ook in de georganiseerde verbanden en instituten wordt leiderschap een wezenlijk vraagstuk. Dat toont zich in de ontwakende aandacht voor de werk en leefruimte van professionals in deze georganiseerde verbanden en dit onder de toenemende invloed van al die managers die aan het organiseren en regelen zijn.

Dit biedt het perspectief voor de toekomst. Een zelfsturende burger die in dialoog met anderen zijn weg moet vinden en een zelfsturende professional die uit eigen inspiratie en professionaliteit de zoekende burger kan helpen. Dit geeft een grote en toenemende druk op organisaties te kantelen van verticaal gestuurde en werkende organen naar meer horizontaal gestuurde en werkende organen. Dit vraagt nieuwe visies op leiderschap en organiseren.

Dit nu is wat de antroposofische therapeutica massief tegenkomen. Daar wordt de toekomst beslist door het samenspel van zoekende burgers en bezielde professionals. Dit vraagt een

dialogische procesmatige inrichting van de organisatie waarin professionals met elkaar samenwerken en een gemeenschappelijke oriëntatie ontwikkelen op de vraag van de patiënt en zijn genezingsproces. Hiervoor is het openen van een onderzoekende reflectieve ruimte noodzakelijk, waarin de vragen omtrent ontwikkeling van professie en orgaan aan de orde kunnen komen.

Dit alles begint met een frisse en adequate visie op het leiderschap dat dit mogelijk maakt.

In de regel zijn onze beelden van wat leiderschap inhoudt conservatief en niet meer adequaat voor wat nu gevraagd wordt. Bij leiderschap denken we nog aan een baas die anderen vertelt wat zij moeten doen. Dat echter is al lang niet meer de adequate versie van leiderschap. De wereld is te complex, te snel bewegend, veranderend, dat dit nog kan functioneren. Leiderschap is in onze ogen veeleer een proces in de gemeenschap geworden waarin de wezenlijke vragen aan de orde kunnen komen en waarin een ieder participeert. Leidinggevend en professionals hebben een gemeenschappelijke behoefte uit te vinden wat goed werkt, wat de volgende stap is, waar energie ingestoken moet worden en hoe we nutteloze en ingewikkelde praktijken kunnen afbouwen.

We zullen in dit licht de praktijken van leiderschap radicaal moeten veranderen.

Allereerst moeten we reflectieve ruimtes creëren, waarin professionals en leidinggevenden samen zoeken naar de volgende stappen en dit vooral met het oog op wat de patiënt nodig heeft. Alle betrokkenen zullen zich ertoe moeten bekwamen om in deze contexten te kunnen functioneren en een bijdrage te leveren.

Tevens is een flexibele en inspirerende samenwerking tussen professionals in de uitvoering van hun beroep gewenst en

nodig. Daartoe zal de professional over de grens van het eigen beroep moeten leren kijken en zijn eigen proces op dat van de anderen moeten afstemmen. Dat vraagt eveneens voortdurend onderzoek en reflectie.

Alle aandacht zal op het kernproces met de patiënt gericht moeten worden, want dat is de enige integrerende kracht in de complexe organisatieprocessen die ons uit elkaar spelen en verdelen.

Dit alles betekent een grote verandering in de 'mindset' van betrokkenen. Er zal afscheid genomen moeten worden van traditionele opvattingen over leiderschap en gemeenschapsvorming. Er zal ruimte moeten komen voor nieuwe impulsen op dit gebied. De geschetste maatschappelijke veranderingen kunnen een goede context vormen voor deze volgende ontwikkelingsstappen. Dat geeft ook antroposofische therapeutica een goede mogelijkheid op een gezonde toekomst.

Adriaan Bekman,
Lector Leiderschap aan Hanze Hogeschool, Groningen

2. Bevindingen uit het actie-onderzoek

Vanaf oktober 2012 tot en met december 2013 zijn de vier bovenvermelde therapeutica gevolgd in het opzetten van en het werken met multidisciplinair zorgprogramma's. Hierbij is in het bijzonder aandacht besteed aan vier vraagstukken.

- Hoe kan een therapeuticum zodanig met een zorgprogramma werken, dat het inzichtelijk en professioneel is in zijn doelstelling en werkwijze? Kan het verloop van de behandeling zowel vanuit het perspectief van de zorgverleners als van de patiënt goed gevolgd worden?
- Hoe kunnen met betrekking tot de opzet en de uitvoering van een multidisciplinair zorgprogramma in een therapeuticum de zorgprofessionals optimaal samenwerken?
- Hoe kan een therapeuticum in zijn geheel als een optimaal werkende organisatie functioneren?
- Hoe kunnen therapeutica onderling en met andere mogelijk belanghebbende partijen beter samenwerken?

Vanuit de vier genoemde therapeutica, die bij dit actie-onderzoek betrokken zijn geweest, hebben steeds verschillende huisartsen en therapeuten meegedaan. Enerzijds ging het daarbij om de kwaliteit van het zorgprogramma zelf, anderzijds ging het om diverse organisatievraagstukken die aandacht verdienen.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat een multidisciplinaire benadering van specifieke zorg voor patiënten weliswaar een essentieel eigen kenmerk is van waar therapeutica van oorsprong voor staan, maar dat de praktische en efficiënte uitvoering hiervan vaak veel beter kan. We zullen een aantal vraagstukken benoemen die velen zullen herkennen.

• Communicatie

Er waren tijdens het onderzoek diverse communicatie lijnen aanwezig zoals die tussen de degenen die meededen aan het onderzoek en de onderzoekers, tussen het therapeuticum en de zogenaamde 'buitenwereld' (potentiele patiënten), tussen de zorgverleners onderling en naar de patiënten toe. Zichtbaar werd dat men hierop doorgaans

niet duidelijk stuurt en beleid heeft ontwikkeld. Regelmatig worden zaken verondersteld die niet blijken te kloppen.

De patiënten krijgen een brief met informatie en een uitnodiging. Het is niet duidelijk wie schrijft en daardoor gaat de brief wel erg laat deur uit en dreigt het project vanaf het begin al vertraging op te lopen.

• Coördinatie

Er gebeurt veel en diverse mensen zijn direct en indirect betrokken, wanneer een multidisciplinair zorgprogramma moet gaan draaien. Processen van administratie, registratie, overleg, notulering, besluitvorming, metingen, sessies, PR, betaling, terugkoppeling en nog veel meer belichamen het zorgprogramma. De veelheid van deze activiteiten blijkt in de praktijk gemakkelijk te kunnen leiden tot een gevoel van druk en verlies van overzicht, waardoor het proces niet in een flow verloopt en ook de motivatie op den duur aangetast kan raken. Een vraag is hoe al die zorgprofessionals, die zich het liefst geheel richten op hun werk met patiënten, hier toch de controle over blijven houden.

Van 17.30 – 18.30 uur is de maandelijkse vergadering. Die verloopt, net als de vorige keer, nogal chaotisch. Iedereen wil van te voren nog even dingetjes regelen, privé zaken uitwisselen, een misverstand uit de weg ruimen. Dan begint de vergadering 20 minuten later dan gepland en na 40 minuten moeten de meesten al weer weg, waardoor er weer zaken zijn blijven liggen voor volgende maand.

• Tijd

Vergaderingen, projecten, spreekuren, lunchuurtjes, studiebijeenkomsten, etc., vaak blijkt het lastig om op tijd te kunnen beginnen en op tijd te eindigen. Het besef dat de hoeveelheid tijd beperkt is verhoudt zich blijkbaar niet goed met het belang van de inhoud, die aan de orde is. Daarmee wordt merkbaar dat er vaak geen keuzes worden gemaakt

en prioriteiten worden gesteld. Alles lijkt even belangrijk, iedereen moet aan bod kunnen komen. Maar wordt dat eigenlijk wel gewild?

- **Geld**

Net als tijd maakt geld ook zichtbaar wat belangrijk is en wat niet. Tijdens het onderzoek bleek dat de inkomsten van een aantal therapeuten vaak onder druk staan. Dat heeft, zo zegt men, te maken met veranderingen in de vergoedingen voor patiënten, bijvoorbeeld vanuit de verzekeringsmaatschappijen. Dit roept de vraag op hoe een therapeuticum omgaat met het ondernemerschap in zijn organisatie. Wordt dat ontwikkeld en gestimuleerd? Is het wel passend om over ondernemerschap te spreken als het om gezondheidszorg gaat? Dergelijke vragen raken aan de identiteit van het therapeuticum.

- **Taal**

Het op schrift stellen van een zorgprogramma, dat tijdens het onderzoek vanuit het lectoraat AG werd begeleid, laat zien dat het opstellen van protocollen, het vastleggen van behandeldoelen, het registreren van therapeutische interventies verschillend gewaardeerd wordt. Sommigen willen dat liever niet doen, zij vertrouwen op hun betrokken waarnemingen en intuïtie en willen de uniciteit hiervan niet tekort doen door het in een opgelegd jargon te verwoorden. Anderen zagen er het nut van in en merkten hoe het gezamenlijke proces van verwoorden en vastleggen hen bewuster maakte in hun samenwerkingsverband.

Twee deelnemers aan het onderzoek vroegen zich het volgende af. Zou het ons kunnen lukken om een model op te stellen waaraan we ons houden als we een multidisciplinair overleg hebben? Kunnen we daarvoor een manier van patiënt-bespreking ontwikkelen die echt nauwkeurig en voor iedereen begrijpelijk is? Kan dit vanuit het antroposofisch mensbeeld? Welke stappen moeten we daarin zetten?

In welke volgorde? Hoe kunnen we er voor zorgen dat dit 'gewoon' gaat worden?

- **Patiënt**

Onderdeel van de bijdrage van het lectoraat AG is de introductie van een systeem van monitoring van de ontwikkeling van de effecten van de verleende zorg op de patiënten. Hiermee wordt een nieuwe dimensie toegevoegd aan de zorgverlening, namelijk de systematische aandacht voor de feedback van de patiënten. Hiermee wordt op een nieuwe manier een zeer belangrijke oriëntatie vanuit de antroposofische kijk op gezondheidszorg versterkt, namelijk het belang van de patiënt in het gehele proces vormt het uitgangspunt. In de gedrevenheid van de zorgverleners wordt dit nog wel eens vergeten. Hoe krijg je dit uitgangspunt blijvend onder de aandacht?

- **Ideeën**

In therapeutica wordt veel over ideeën gesproken. Een veelvuldig waargenomen frustratie is dat ideeën wel opgepakt worden, maar dat zij in de uitwerking stranden. Een inspirerende bijeenkomst levert een prachtig initiatief op maar daar blijft het bij. Als dit te vaak gebeurt kan scepsis in de ziel van de organisatie binnensluipen, een onuitgewerkt gevoel van irritatie naar elkaar. Is hier iets aan te doen?

Het onderzoek heeft diverse vragen in bovengenoemde aandachtsgebieden zichtbaar gemaakt. De onderstaande hoofdstukken geven handvatten om met deze vragen om te gaan. Het eerstvolgende deel gaat over het opzetten van een zorgprogramma. In de bijlagen zijn de vier zorgprogramma's te vinden waarmee in de vier therapeutica gewerkt wordt.

3. Een zorgprogramma ontwikkelen

Binnen de gezondheidszorg is er een tendens zichtbaar om richtlijnen en protocollen op te stellen voor bepaalde aandoe-ningen en/of ontwikkelingsstoornissen. Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een specifieke doelgroep, bijvoorbeeld kinderen met onbegrepen buikklachten. De inhoud van het programma is gebaseerd op de hulpvraag die de doelgroep heeft en op de beste zorgkennis en -ervaring die we hebben om de problemen van de doelgroep te verhelpen. Welke onderdelen van het zorgprogramma uiteindelijk terecht-komen in een zorgplan, bepaalt de zorgprofessional samen met de patiënt. Op deze manier krijgt de patiënt de zorg die bij zijn persoonlijke situatie aansluit.

Het ontwikkelen van een zorgprogramma lijkt in een therapeu-ticum, waar men van oudsher multidisciplinaire zorg verleent, een vanzelfsprekendheid, maar is dit niet. Een zorgprogram-ma ontwikkelen vraagt om communicatie, samenwerking, transparantie en beschrijven (tastbaar maken) van de zorg die aangeboden kan worden aan de patiënt.

In ieder concept zorgprogramma voor de Antroposofische Ge-zondheidszorg (AG) is het van belang dat de volgende elemen-ten terugkomen:

- Recente reguliere en antroposofische kennis over het ziektebeeld
- Een beschrijving van de AG diagnostiek
- Een beschrijving van het AG zorgaanbod
- Een onderzoeksopzet om tijdens fase 2 en 3 in kaart te brengen wat de kwaliteit en effect is van de geleverde zorg binnen het zorgprogramma

Het gehele proces waarlangs een zorgprogramma tot stand komt bestaat uit drie fasen (zie bijlage 1). In het ZonMw project Op één lijn is de nadruk gelegd op het ontwikkelen van vier ver-schillende multidisciplinaire zorgprogramma's (conceptversies), inclusief een opzet van een systeem voor het in kaart brengen

van de kwaliteit en het effect (kwantitatief en kwalitatief) van de geleverde zorg. Met name het zichtbaar maken van de werkzaamheid van de antroposofische therapieën is hierbij een uitdaging.

In de vier therapeutica is in samenwerking met het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (AG) gewerkt aan vier ver-schillende zorgprogramma's:

Therapeuticum Mercur:

Zorgprogramma voor patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt of bij wie een stent geplaatst is

Therapeuticum Aurum:

Zorgprogramma voor patiënten met kanker of patiënten die kanker hebben gehad

Therapeuticum Helianth:

Zorgprogramma voor kinderen met onbegrepen buikklach-ten

Therapeuticum Widar:

Zorgprogramma voor patiënten met stress gerelateerde klachten

Het onderstaande stappenplan is een leidraad die vanuit onze ervaringen wordt aanbevolen om stapsgewijs de inhoud van het concept te vormen.

A. Kiezen van de doelgroep

A1. Voor wie is het zorgprogramma?

Allereerst moet duidelijk zijn voor wie een zorgprogramma wordt ontwikkeld. Op basis waarvan kiest een therapeuticum voor een specifiek zorgprogramma?

- Op basis van expertise
- Op basis van het aantal patiënten met dezelfde zorgvraag
- Op basis van maatschappelijke ontwikkelingen

Een zorgprogramma ontwikkeld op basis van zorgvraag

In het therapeuticum Helianth kwamen op een gegeven moment veel kinderen met onbegrepen buikklachten bij de huisarts. “Wat vinden jullie ervan om hiervoor een gezamenlijk zorgprogramma op te zetten?” vraagt één van de artsen tijdens het maandelijkse overleg met de overige zorgverleners in van Helianth. Een idee is geboren en de therapeuten ontwikkelen een carrousel om gemeenschappelijk de klachten van het kind in kaart te brengen. Ook maken ze een folder voor een bredere doelgroep.

Een zorgprogramma ontwikkeld op basis van maatschappelijk ontwikkelingen

Vier jaar na het verschijnen van de Zorgstandaard Cardio Vasculair Risico Management (CVRM, februari 2009, editie 2013) komt de Hart- en Vaatgroep (Idema, 2013) met een rapport waaruit blijkt dat CVRM nog in de kinderschoenen staat; de begeleiding van patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt blijkt vaak nog verre van optimaal. Dit gegeven biedt een kans voor de antroposofische gezondheidszorg om een plek in te nemen in de Zorgstandaard CVRM. Therapeuticum Mercurus heeft een eerste stap gezet om een gestructureerde aanvullende interventie aan te bieden.

A2. Inclusie- en exclusie criteria

Van belang is om de doelgroep van het zorgprogramma eenduidig te definiëren en te bespreken op basis waarvan men wel of juist niet patiënten includeert. We spreken over inclusiecriteria en exclusiecriteria. Exclusiecriteria worden vaak vergeten bij het beschrijven van de doelgroep; het begrip heeft een negatieve lading: je wordt geëxcludeerd, dus je mag niet meedoen, je wordt uitgesloten.” Die typering is niet terecht. Door exclusiecriteria te benoemen, is juist meteen duidelijk dat voor bepaalde patiënten andere zorg toereikend is.

In een van de eerste gesprekken over de doelgroep van het zorgprogramma hart-en vaatziekten, ontwikkeld in Therapeuticum Mercurus, geeft de huisarts nadrukkelijk aan dat het zorgprogramma niet bedoeld is voor patiënten met angina pectoris of uitputtingsverschijnselen. Hij besluit tot deze exclusiecriteria omdat patiënten met uitputtingsverschijnselen meer gebaat zijn bij interventies gericht op het herstellen van de vitaliteit dan bij interventies gericht op leefstijlverandering.

Exclusiecriteria bij het zorgprogramma stress gerelateerde klachten:

- Klachten die het directe gevolg zijn van een psychiatrische stoornis
- Volwassen patiënten bij wie is omstandigheden ontoereikend zijn (financiële middelen, woonomstandigheden)

Het zorgprogramma stress gerelateerde klachten excludeert patiënten die behalve stress ook een psychiatrische stoornis hebben, omdat de oorsprong van hun klachten op een ander gebied ligt dan bedoeld in dit programma

B. Inzetbare therapieën

Als de doelgroep bekend is en beschreven, kunnen alle therapeuten en artsen in een therapeuticum worden benaderd met de vraag wat zij individueel voor de patiënt kunnen betekenen. Het is van belang om dit te bespreken in een brainstormsessie. Iedereen krijgt de mogelijkheid om zichtbaar te worden in het zorgprogramma. De therapeuten kunnen hun expertise inbrengen in een open omgeving. Op deze manier brengen zij het totale aanbod van therapieën in kaart dat kan worden ingezet bij de behandeling.

C. Het formuleren van behandeldoelen

Een zorgprogramma gaat over het hulpaanbod voor een specifieke doelgroep, bijvoorbeeld het zorgprogramma voor kinderen met onbegrepen buikklachten. Dit zorgprogramma is erop gericht om om de buikklachten van deze kinderen te doen afnemen, maar welke behandeldoelen streven de therapeuten na met hun specifieke therapie?

In een van de bijeenkomsten van het Therapeuticum Heli-anth bracht de onderzoeker de term behandeldoelen in. De eerste reactie hierop was: "Het behandeldoel is natuurlijk het verminderen van de buikpijn". Vele collega's beaamden dat, maar na een tijdje veranderen de therapeuten van gedachten. Uiteindelijk werd de lijst van specifieke behandeldoelen gevormd: stimuleren van het gevoel van veiligheid, verbeteren van het slaappatroon, ondersteunen van de warmtehuishouding, zorgen voor een goed eetpatroon

Het resultaat van dit proces is dat er een keuze is uit behandeldoelen. Het vaststellen van de behandeldoelen lijkt eenvoudig, maar juist binnen de antroposofische gezondheidszorg ligt hier een uitdaging. Want wat wordt bedoeld met verbeteren van de vitaliteit of het stimuleren van de warmtehuishouding? Het is van belang dat collega-therapeuten hierover met elkaar in gesprek gaan en weten wat met de behandeldoelen wordt bedoeld. Hoe duidelijker de behandeldoelen, des te eenvoudiger zijn de volgende twee stappen.

D. Opbouw van de behandeldoelen

De behandeldoelen kunnen op chronologische volgorde van behandelingen worden geplaatst. Door samen te zoeken naar een volgorde van de behandeldoelen, raken de zorgverleners met elkaar in gesprek over de opbouw van het zorgplan. Welke aspecten moeten eerst samen met de patiënt worden aangepakt en wat wordt dan de volgende stap? Als kind met onbegrepen buikklachten bijvoorbeeld een zeer gespannen lichaam heeft, heeft dit dan prioriteit ten opzichte van andere klachten? Het schept duidelijkheid in de veelheid van mogelijkheden binnen een therapeuticum wanneer dit soort reflecties onderling worden gedeeld. Uiteindelijk vormt zich een weg waarlangs de behandeling van de patiënt goed kan lopen.

Het zorgprogramma stressgerelateerde klachten beschrijft bijvoorbeeld drie fasen waarin de patiënt kan worden begeleid :

- Bevorderen van bewustwording en stimuleren van de vitaliteit
- Aanpassen van gedrag
- Versterken van de autonomie van de patiënt

De behandeldoelen worden bij dit zorgprogramma ondergebracht bij een van de drie fasen.

E. Het koppelen van behandeldoel aan therapie

De volgende stap is het koppelen van de behandeldoelen aan de therapie. In de praktijk is dit de fase waar de onderhandelingen beginnen. Doel van deze stap is met elkaar te onderzoeken welke therapie(ën) het beste aansluiten bij de behandeldoelen. De ervaring leert dat er bij een behandeldoel vaak meerdere therapieën inzetbaar zijn. Zo kunnen voor het behandeldoel versterken van de vitaliteit in het zorgprogramma voor patiënten met kanker de therapieën antroposofische medicatie, uitwendige therapie, antroposofische fysiotherapie, antroposofische dieettherapie en/of euritmitherapie worden ingezet. De therapieën werken via verschillende ingangen en op verschillende niveaus aan het versterken van de vitaliteit. Dit lijkt op het eerste gezicht misschien verwarrend, maar het schept juist vele mogelijkheden: de patiënt maar ook de arts

heeft nu een keuze uit verschillende therapieën om één behandeldoel na te streven. Er kan dus, na overleg, een *passende* therapie voorgeschreven worden.

Door therapie te koppelen aan het behandeldoel wordt de mogelijkheid gecreëerd en beschreven voor de arts om gericht therapie voor te schrijven of aan te bevelen. Het koppelen van behandeldoel en therapie schept duidelijkheid in het proces van zorg en heldere communicatie over én met de patiënt.

F. Therapeutische interventies per therapie en per behandeldoel beschrijven

Na koppeling van behandeldoelen en therapieën kunnen de therapeuten en artsen de specifieke interventies beschrijven. Dit proces geeft hen inzicht in het eigen therapeutische handelen. De therapeut wordt uitgedaagd om te beschrijven wat hij precies inzet bij de behandeling. Zo heeft de kunstzinnige therapeut beeldend onder andere de keuze uit verschillende materialen en technieken en zal bij verschillende behandeldoelen ook verschillende keuzes maken.

Door de therapeutische interventies te beschrijven en met elkaar te bespreken, krijgen collega-therapeuten en artsen inzicht in hetgeen er in de verschillende therapieën wordt ingezet. Dit bevordert en vergemakkelijkt het doorverwijzen van de arts naar de therapie.

G. De vertaalslag

Het is uiteraard van belang dat ook niet-antroposofen het zorgplan kunnen lezen en begrijpen. Uitdrukkingen als “versterken van het etherlichaam” en “een geringe aanwezigheid van het astraal lichaam” worden binnen therapeutica door iedereen begrepen, maar daarbuiten slechts door weinigen. Daarom moet er een vertaalverslag worden gemaakt, waarbij geen plaats is voor jargon. Het is goed om het concept-zorgprogramma te lezen met de ogen van een leek, of door het te laten lezen door een persoon of arts die geïnteresseerd is in de antroposofische gezondheidszorg.

H. Evaluatie van het zorgprogramma


Als het concept-zorgprogramma is afgerond, start de volgende fase: een onderzoeksopzet om de kwaliteit en effecten van de zorg zichtbaar te maken. Het gaat om het opzetten van een systeem om te monitoren. Aangezien het in deze fase nog over een concept-zorgprogramma gaat, is het van belang om tevens de inhoud van het zorgprogramma te evalueren: klopt de geschreven theorie met de uitvoering in de praktijk? Bij deze evaluatie worden vragenlijsten voor patiënt en zorgverlener gebruikt. Juist in therapeutica waar therapeuten en artsen grotendeels hun eigen waarneming gebruiken om de effecten van hun therapie vast te stellen, is het inzetten van vragenlijsten geen vanzelfsprekendheid. In sommige gevallen wordt dat zelfs als storend ervaren. Daarom is het van belang een goed evenwicht te vinden tussen het gebruik van vragenlijsten/meetinstrumenten en het behouden van de waarnemingskwaliteit.

Het primaire doel van het opzetten van een monitorsysteem is het transparant maken van de uitkomsten van de geleverde zorg. Hiermee kan een therapeuticum naar buiten treden en op basis van nieuwe feiten een interessante gesprekspartner zijn voor andere partijen.

H1.1 Meetinstrumenten voor de patiënt

Bij het kiezen van de meetinstrumenten is het aan te raden om gebruik te maken van gevalideerde vragenlijsten die voor de doelgroep zijn ontworpen. Het lectoraat AG heeft expertise in huis om therapeutica te begeleiden bij het inrichten van het monitorsysteem. Het lectoraat heeft een basisset gevalideerde vragenlijsten vastgesteld, die als uitgangspunt dienen voor het vormgeven van ROM (Routine Outcome Monitoring) projecten.

Therapeuticum WIDAR, dat het zorgprogramma stressgerelateerde klachten aanbiedt, is op dit moment nog bezig met het kiezen van een set meetinstrumenten. Gekozen is al voor de Vier dimensionele Klachtenlijst (4DKL), een lijst die eenvoudig verkrijgbaar is en waar normscores van bekend zijn. Middels de aangepaste Patiënt Specifiek Klachtenlijst en de Sense of Coherence (SOC13) besteedt het therapeuticum tevens aandacht aan de specifieke klachten



(die de patiënt graag ziet verbeteren door het kiezen voor behandeling) en de Psychosociale zelfregulatie. Toch zijn de arts en therapeuten van WIDAR nog niet helemaal tevreden. Zij willen graag een vragenlijst opnemen waarbij de mate van mindfulness wordt gemeten. Zij gaan ervan uit dat de ingezette behandelingen (onder andere gericht op bewustwording), de mate van mindfulness zal doen toenemen, zodat een duurzaam effect van het zorgprogramma bij de patiënt is ontwikkeld.

Juist het aanspreken van het zelfherstellend vermogen van de mens is aangrijpingspunt voor de antroposofische gezondheidszorg, blijkt uit literatuur. Het begeleiden naar een (nieuw) evenwicht wordt in de antroposofische zorg veel genoemd. Uitdaging is dan ook om dit te toetsen, met name de verwachte toename van het zelfherstellend vermogen van de patiënt die het zorgprogramma doorloopt. Het lectoraat onderscheidt hierin de fysiologische en de psychosociale gezondheid/zelfregulatie.

De fysiologische zelfregulatie wordt getoetst met de State aR (Kröz, 2006), een gevalideerde vragenlijst ontwikkeld in Berlijn. De psychosociale zelfregulatie wordt op dit moment getoetst aan de hand van de Sense of Coherence 13, (SOC-13: Koelen et al., 2012).

H1.2 Meetinstrumenten voor de therapeuten en artsen

Belangrijk onderdeel van het in de praktijk brengen van het zorgprogramma is dat therapeut en arts de gegevens over de patiënt en de interventies zorgvuldig noteren. Het strekt tot de aanbeveling om daarvoor een patiëntendossier bij te houden, waarin behandeldoelen, aantal sessies en diagnostisch beeld beschreven staan. Bij dit onderdeel is het raadzaam aandacht te besteden aan de houding van de zorgprofessionals ten opzichte van therapeutvragenlijsten. Soms zien therapeuten het invullen van deze vragenlijsten als een motie van wantrouwen over hun therapeutisch handelen. Uit onderstaand voorbeeld blijkt dat het vaak een kwestie is van wennen.

“Aan het begin moest ik wel even wennen aan de vragenlijst die ik als therapeut toegestuurd kreeg... opeens werd ik gedwongen om het diagnostisch beeld van drie- en viergeleding vast te leggen, gelukkig met de mogelijkheid om er een stukje verklaring bij te schrijven. Tevens werd ik ertoe aangezet om heel kritisch naar mijn eigen handelen te kijken door het beschrijven van het behandelgoal dat ik nastreefde met mijn interventies.”

“Het is interessant om mijn diagnostisch beeld in woorden te vatten en om heel gericht te werken...”

H2. Meten in de praktijk

Het inzetten van de meetinstrumenten in de praktijk, bij patiënten, vraagt om zeer duidelijke communicatie. Er vinden in ieder geval twee metingen plaats: als de patiënt start met het zorgprogramma en als het zorgprogramma is afgerond. Afhankelijk van het zorgprogramma en de meetinstrumenten kan het zinvol zijn om ook tussentijds te meten.

In de praktijk zijn bij het meten allerlei obstakels te overwinnen. Belangrijke aandachtspunten zijn:

- Spreek met elkaar af dat een patiënt die meedoet aan een zorgprogramma, als zodanig herkend wordt in het huisarts informatie systeem (HIS). Dit kan bijvoorbeeld door een ruiter (een specifieke code in het HIS) aan te maken.
- Voorkeur heeft een elektronisch systeem om te meten en om therapeutisch handelen in kaart te brengen. Bij de start van een zorgprogramma kan direct ook het meet- traject in gang worden gezet,.
- Maak het voor de patiënt mogelijk om de vragenlijsten in het therapeuticum in te vullen en maak hier iemand verantwoordelijk voor.
- Spreek met elkaar af wie de hoofdbehandelaar van de patiënt is. Wie bepaalt wanneer de patiënt ‘hersteld’ is van zijn diagnose? Aan het begin is dit vaak de huisarts, maar als de patiënt eenmaal is doorverwezen naar therapie,

verdwijnt hij of zij gemakkelijk uit diens zicht. Wat wenselijk is, bespreken de behandelaars met elkaar. Mogelijk keert de patiënt altijd terug naar de huisarts bij afronding van een therapeutisch traject. De hoofdbehandelaar (of geef de naam case- of care-manager) heeft als taak om de patiënt te volgen en weet dan te allen tijde in welke fase van het zorgplan de patiënt zich bevindt.

In het zorgprogramma voor patiënten met kanker is opgenomen dat de huisarts eenmaal per twee maanden de patiënt consulteert, onafhankelijk waar de patiënt zich bevindt in het therapeutisch proces. Uit een interview met een patiënt bleek dat zij dit zeer positief ervaart. Het gaf een gevoel van betrokkenheid van de arts, het gevoel dat ze niet 'losgelaten' werd.

Het zorgprogramma is geschreven, de meetinstrumenten bepaald en afspraken zijn gemaakt over het meten in de praktijk. Nu is het de taak om als team en organisatie het zorgprogramma in de praktijk te brengen. Het is hier van belang om hiervoor de organisatie goed in te richten. Wat er nodig is om als organisatie het zorgprogramma succesvol te laten worden, is onderzocht tijdens dit project en wordt besproken in de hierop volgende hoofdstukken.

4. Voor een goed begin zorgen

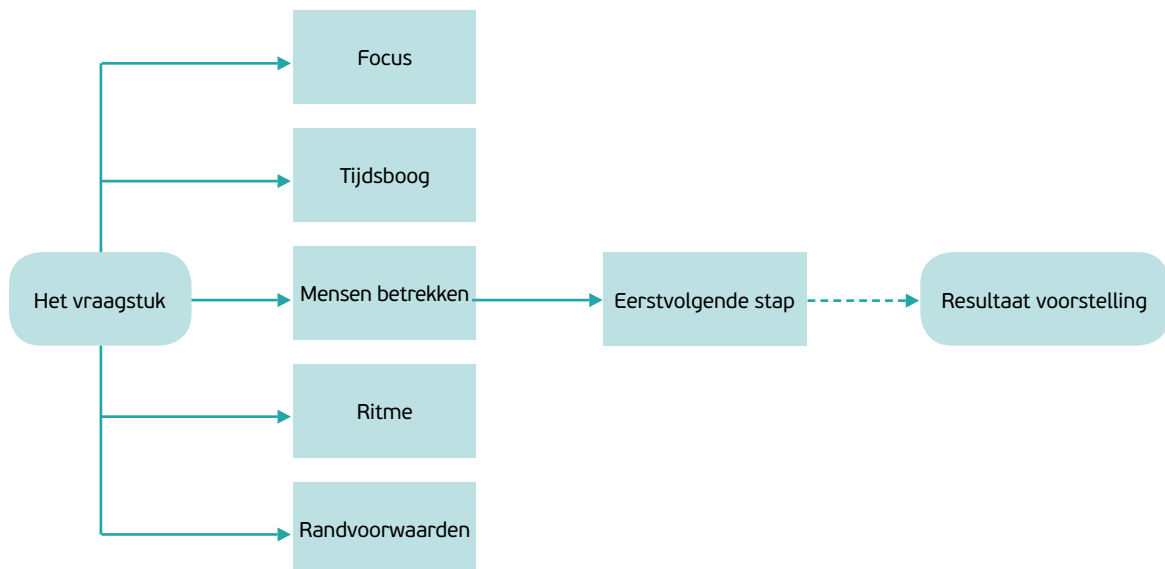
In de onderstaande paragrafen worden stappen beschreven die van belang zijn om op een zinvolle manier gedachten uit te werken, mensen in verbinding te brengen en daadwerkelijke stappen te zetten. Het is van toepassing op de multidisciplinaire zorgprogramma's, maar het gaat ook op voor elk plan en elk idee dat gerealiseerd wil worden. Denk daarom bij het lezen hiervan aan uw eigen ideeën, voorstellen of aan een project waar men al midden in zit. Elke hieronder beschreven stap krijgt pas betekenis wanneer het om concrete zaken gaat en ze worden toegepast op bestaande ideeën die in de praktijk gebracht willen worden.

Therapeutica zijn plekken waar mensen idealen koesteren, waar artsen en therapeuten werken vanuit een visie op mens en gezondheid. Maar dit ideeëngoed heeft passende organisatievormen, geldstromen en manieren van communicatie nodig. Hoe krijg je dat bij elkaar?

We concentreren ons hier op het idee om een multidisciplinair zorgprogramma op te zetten. De bedoeling daarvan is dat patiënten met bepaalde klachten, artsen en therapeuten met elkaar een proces aangaan van waarneming, behandeling en evaluatie. Hoe zet je een dergelijk programma op?

Een-idee-in-de-praktijk-brengen is als veranderingsproces ook een onderzoeksproces. De realiteit waarin we ons bevinden is immers nooit eenduidig en vraagt regelmatig om onze vindrijkheid. Zaken lopen fout, anders dan verwacht. Daarom is het van groot belang elk van de stappen, die hieronder zijn aangegeven, ook te documenteren en te evalueren.

Iemand is initiatiefnemer, heeft een idee, een wens, een vraag. Daarmee begint het. Deze persoon spreekt hierover met anderen uit zijn (waar hij /zijn staat kan ook zij/haar gelezen worden) netwerk en werkverband om de vitaliteit en de aantrekke-



lijkheid van het idee te toetsen. Op basis van deze gesprekken overweegt de initiatiefnemer of het idee voldoende in vruchtbare aarde valt om het serieus te nemen en er een proces voor in te gaan richten. Samen met één of enkele geïnspireerde en gemotiveerde anderen, die hij daarvoor vraagt, vormt hij een procesgroep. Zij richten het proces in op basis van onderstaande aandachtspunten. We noemen deze aandachtspunten **procesbakens**. Degene die voor de uitvoering van het proces uiteindelijk verantwoordelijk is, vanaf het begin tot het einde, noemen we de **proceseigenaar**. Die werkt hieraan samen met degenen die verder nog aan de procesgroep deelnemen. Het is in eerste instantie aan de proceseigenaar om er voor te zorgen dat onderstaande bakens voldoende aandacht krijgen.

Wanneer men vanuit een algemene vergadering in het therapeuticum tot een dergelijk proces besluit, dan hoort daar ook de afspraak bij dat de proceseigenaar van tijd tot tijd over de voortgang vertelt. De vergadering is dan de procesopdrachtgever. Aan het einde van deze periode zal de vraag expliciet op de agenda moeten komen hoe de resultaten van dit proces opgenomen gaan worden in het beleid en de normale gang van zaken.

Hiernaast volgen de belangrijkste aandachtspunten voor het in de praktijk brengen van een goed idee. In beeld gebracht wordt ook de samenhang meteen duidelijk.

A. Het vraagstuk

Ideeën die ontstaan binnen antroposofische gezondheidscentra hebben direct of indirect een relatie met de situatie en de behoefte van de patiënten. Het is belangrijk dit in het oog te houden, want vooral dit perspectief geeft de energie die mensen voor hun processen nodig hebben. Het oorspronkelijke vraagstuk en idee zijn als een bron, waaruit men voortdurend putten kan, als motivatie voor de vele activiteiten die volgen.

- Een idee is doorgaans een antwoord op een vraagstuk. Welk vraagstuk is met dit idee verbonden? Kun je formuleren wat de vraag is? Soms moet je ook de vraag achter de vraag benoemen.
- Bij zorgprogramma's: voor welke patiënten is het zorgprogramma precies bedoeld? Kun je expliciet maken voor wie het wel en voor wie het niet bedoeld is?
- Op welke wijze staat het idee in verband met ontwikkelingen in de zorg of vragen vanuit patiënten gezien? Hoe is dit inzicht ontstaan en onderzocht? Is er onderzoek gedaan waaraan behoefte is binnen de patiëntenpopulatie?
- Waarom wil men dit idee realiseren? Wie wordt daar beter van? Waar komt het idee vandaan?

Het aantal patiënten met kanker in de chronische fase zal toenemen met meer dan 60% in 2020. Dit heeft gevolgen voor de benodigde capaciteit in de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg. De vraag naar huisartsenzorg bij de nazorg zal ten gevolge hiervan toenemen. Uit het rapport Nazorg bij kanker: de rol van de eerste lijn (mei 2011) blijkt dat er een grote behoefte is aan op de patiënt gerichte, individuele nazorgplannen, waarbij de inbreng van de patiënt en de zorgprofessional van belang is. De hoofdreden om de antroposofische zorg voor de patiënt met kanker te beschrijven en dus tastbaar en zichtbaar te maken is dat de patiënt dit bijzondere aanbod van zorg goed kan vinden en daar gebruik van kan maken.

B. Resultaatvoorstelling

Je zet een proces in gang om een bepaald resultaat te bereiken, een goed lopend en gewaardeerd multidisciplinair zorgprogramma. Om een idee in de praktijk te brengen heb je een aansprekend beeld nodig van de gewenste situatie. Dit beeld brengt de toekomst dichterbij door zijn uitnodigende en aantrekkende werking. Met deze 'stip op de horizon' voor ogen kun je, wanneer er onverwacht zaken anders verlopen dan voorzien (en dat is altijd het geval), gemakkelijk en flexibel iets aanpassen. Hoe levendiger en concreter je de voorstelling beschrijft, hoe sterker dit je stimuleert om zover te komen. Geef een schets van het resultaat dat je verwacht. Verbeeld hoe die gewenste situatie er over bijvoorbeeld twee of drie jaar uitziet. Het is zinvol die gedetailleerd op te schrijven en als document te bewaren. Dat kan je later weer op koers brengen en de inspiratie terugbrengen.

Beschrijf deze situatie aan de hand van de volgende drie invalshoeken: proces van activiteiten, vormen van samenwerking en te maken keuzes.

- De diverse **handelingen** die de patiënt van het begin – eerste contact - tot het einde – eindevaluatie - doormaakt.
- De momenten van **samenwerking** tijdens dit proces: wie werkt wanneer en onder welke omstandigheden samen met wie?
- De belangrijke **keuzes** die je hierin maakt, zijn: wie besluit en wanneer en hoe wordt dat gecommuniceerd?

In het Zorgprogramma voor Patiënten met Hart en Vaatziekten is aanvankelijk niet helder wie waarvoor verantwoordelijk is. Er zijn geen duidelijke afspraken over gemaakt, men ging er van uit dat ieder zijn of haar aandeel in het geheel zou nemen en dat in gezamenlijkheid de zaken zouden worden opgepakt als die zich voordoen. Maar de praktijk laat hier zien dat men al snel naar elkaar kijkt en verwijst en dat een proces kan verzanden. Tot dit inzicht gekomen maken de deelnemers in een later stadium wel afspraken. Welke stappen gaan we zetten? Iemand neemt de rol van proceseigenaar op zich: zij is degene die overzicht over het geheel houdt en aangesproken kan worden door degenen die betrokken zijn, zowel intern als extern. Zij kan ook mensen aanspreken met het oog op de stappen die afgesproken zijn. Dit ontspant het geheel en mensen

kunnen zich concentreren op hun eigen taak. Van tijd tot tijd plant de proceseigenaar een overleg om de voortgang te bespreken.

C. Tijdsboog

Om een idee in de praktijk te brengen is tijd nodig. Dat lijkt een open deur, maar dat is het niet, omdat het vaak voorkomt dat men zo snel mogelijk het beste resultaat wil. Maar alles gaat met stapjes. Het vraagt een goed gevoel voor verhoudingen om in te schatten hoeveel tijd er nodig is om iets te realiseren. Niet te snel, niet te langzaam, zodat de mensen die betrokken zijn een goed tempo ervaren.

- Geef een inschatting van de tijd die nodig is om bij deze voorgestelde toekomst uit te komen en benoem dit. Wat is minimaal noodzakelijk? Wat is realistisch? Hoe verhoudt deze tijd zich bij iedere betrokkene tot de tijd die aan andere belangrijke zaken besteed moet worden? Je moet elkaar in de verwachtingen niet overvragen en niet ondervragen.
- Stel dit duidelijk met elkaar vast, dat geeft een innerlijke rust en het vertrouwen 'voldoende tijd te hebben'.

Bijvoorbeeld: eind juni van dit jaar hebben we een volledig beschreven zorgprogramma en na de zomer starten we begin september met een geregelde patiëntbespreking voor de deelnemers aan dit programma. In juni volgend jaar evalueren we het project.

D. Focus

Het woord focus zou je kunnen vervangen door 'essentie', 'leidraad', 'kompas' of 'stuurprincipe'. De gedachte achter de focus is dat de procesdeelnemers door een gemeenschappelijk motief en gedrag gedreven worden. Hun ogen zijn gericht op de 'stip op de horizon' en ze zijn daarmee op elkaar afgestemd. Ze worden niet zo gemakkelijk tegen elkaar uitgespeeld omdat ze dezelfde belangen hebben. Ze hoeven niet bij elk besluit zich af te vragen hoe de anderen er over denken en wat de reglementen voorschrijven. Focus helpt om in gegeven situaties te weten wat je toe doen staat, het is het kenmerkende van de manier van samenwerken..

- Door welke stuurprincipes laat men zich gedurende het proces voortdurend leiden (ook of juist als zaken anders lopen dan voorzien)? Formuleer deze stuurprincipes.
- Waarop kunnen betrokkenen elkaar uiteindelijk steeds weer aanspreken?

Enkele voorbeelden: 'We vragen ons steeds af wat het voor de patiënt betekent.' Of: 'Helder en licht.' Of: 'We vernieuwen vanuit overschotskracht.' Of: 'We werken financieel gezond voor iedereen.' Of: 'Wat zou mijn collega doen?' Of: 'Belangrijke besluiten nemen we samen.' Of: 'Doen waar je goed in bent.'

E. Mensen betrekken

Het helpt de voortgang van processen enorm als mensen zich goed bewust zijn van hun onderscheiden rollen. Door hieraan voldoende aandacht te besteden en er bewuste keuzes in te maken, werkt iedereen vanuit eigen kracht en kunde. Rollen zijn bijvoorbeeld: documentatie, financieel beheer, communicatie naar de buitenwereld, voorzitten van vergaderingen. De proceseigenaar overziet het geheel en vraagt zich af of iedereen op zijn plek is.

- Welke rollen nemen de verschillende personen op zich? Spreek dit goed door en uit en documenteer het. Past de taak en de verantwoordelijkheid ook goed bij degene die dat gaat doen? Essentieel daarbij is de rol van een centrale coördinator, de proceseigenaar. Wie wil dit zijn, wie kunnen we daarvoor vragen?
- Het is zinnig om een proces stevig in de sociale realiteit te verankeren door drie typen van betrokkenheid te onderscheiden.
 - Wie zijn de echte **drag**ers van dit project? Drag

- Op wie kun je een beroep doen op basis van bepaalde **expertise**? Experts zijn mensen die je vanuit een zekere deskundigheid kunnen helpen. Zij hoeven zich niet per sé inhoudelijk betrokken te voelen bij het project. Te denken valt aan deskundigen op het gebied van financiën, public-relation, vormgeving, gegevensanalyse, organisatieadvies.
- Wie kunnen bepaalde dingen mogelijk maken, verbindingen leggen? Het gaat om **sleutelfiguren** met een netwerk, met connecties, mensen op bepaalde posities die 'een deur voor je kunnen openen' naar anderen toe. Te denken valt aan mensen uit beroepsverenigingen, verzekeringen, de buurt, lokale overheid. Misschien kent iemand een medisch specialist uit een naburig ziekenhuis. Mogelijk is er een connectie te maken met de directeur van een vrije school in de wijk.
- Welke rol speelt de patiënt? Hoe is en blijft deze betrokken? Uiteraard als degene voor wie de zorg bedoeld is. Maar in therapeutica krijgt de betrokkenheid van patiënten een extra betekenis omdat zij ook verantwoordelijkheid dragen voor het welzijn van de organisatie. Kun je patiënten ook bij de voorbereiding en het uitvoeren van het zorgprogramma betrekken?

F. Randvoorwaarden en middelen

Het begrip 'randvoorwaarde' bergt het gevaar in zich dat je er gemakkelijk aan voorbij gaat. De kern van de activiteiten, die in de therapeutica plaatsvinden, is waardevolle dingen doen met het oog op de patiënten. Daar gaat het de 'zorgprofessionals' immers om. Andere zaken zitten misschien meer aan de 'rand' van hun blikveld. Zonder die 'randen' kunnen ideeën oeverloos wegstromen.

Bij randvoorwaarden gaat het om de volgende aandachtspunten, waarover goed nagedacht en gesproken zal moeten worden.

- **Geld** - Hebben de deelnemers aan het project voldoende inkomsten om hun werkzaamheden met energie en gemotiveerd voort te zetten. Worden de werkzaamheden van bijvoorbeeld de centrale coördinator betaald of vergoed? Hoe zijn de (mogelijke) geldstromen voor dit zorgprogramma? Zijn extra middelen te vinden, zoals fondsen, subsidies, vermogende (ex-patiënten)? Welke mensen kunnen hier



creatief in meedenken (zie ook hiervoor: punt 5)?

- **Tijd** - Hoe is de tijdsbesteding van de verschillende deelnemers aan het project? Staan die in een goede verhouding tot elkaar en tot andere activiteiten? Gaan deelnemers efficiënt met hun tijd om? Kunnen en willen zij dat zelf goed bewaken? Wie moet bij welke vergadering aanwezig zijn? Hoe informeren we elkaar op tijd?
- **Regelgeving** - Is de huidige wet- en regelgeving, waar het zorgprogramma mee te maken heeft, voor iedereen voldoende bekend? Wat zijn bestaande en mogelijke afspraken met verzekeraars? Kunnen nieuwe afspraken gemaakt worden, samen met mogelijk andere partijen? Wie kan dit weten / te weten komen?
- **Communicatie** - Zowel interne (degenen die meedoen, de overige zorgverleners in het therapeuticum) als externe (de patiënten, andere mogelijke stakeholders) communicatie moet goed verzorgd worden. Kunnen daar afspraken over gemaakt worden? Nodig eens een communicatiedeskundige uit om hierover voorlichting te geven of mee te denken.

komt. Waar ligt dat aan? Wie zou dat doen? Kan het anders? In plaats van dit ad-hoc op te lossen is het daarnaast of in plaats daarvan goed hier met elkaar uitgebreider bij stil te staan om onderliggende patronen op het spoor te komen. Wat willen we eigenlijk communiceren?

- Noteer vanaf het begin in een jaar- of seizoenkalender het ritme van samenkomen met iedereen die mee doet. Denk ook na over de vraag wie waar bij moet zijn (of niet), hoe lang de bijeenkomsten moeten duren.
- De proceseigenaar ziet er ook op toe dat praktische en inhoudelijke onderwerpen goed in balans blijven. Ontsnapt dit aan de aandacht, dan gaan vrijwel altijd de praktische zaken overheersen en verliest het proces voor de deelnemers langzaam aan zin en betekenis.
- Werk met degenen die er zijn en begin op de afgesproken tijd. Dat geeft vertrouwen en stimuleert de wil van iedereen om betrokken te blijven. Eindig ook op de afgesproken tijd. Dan stimuleert deelnemers om rekening met elkaar te houden.

G. Een goed ritme vinden

Een goed ritme vinden waarin iedereen kan meebewegen is misschien wel de levensader van het hele proces tussen idee en praktijk. Het gaat daarbij om het ritme van samenkomen van de betrokkenen, die het zorgprogramma opzetten en uitvoeren. Op een goed ritme kun je vertrouwen en bouwen, het keert steeds weer terug. De proceseigenaar heeft als voornaamste taak om te zorgen dat iedereen in dat ritme komt en blijft. Als dat lukt gaat er niet te veel energie verloren. Dan hoeft men tussendoor ook niet steeds in te grijpen of bij te sturen. Deelnemers kunnen in een zekere rust terugblikken en vooruitkijken. Het belangrijkste in dit ritme is de afwisseling van actie en reflectie.

- De proceseigenaar zoekt naar een passend ritme van samenkomen. Tijdens deze bijeenkomsten evalueren de betrokkenen de voortgang van het proces. Er kan gestuurd worden op een onderwerp, dat in het kader van het zorgprogramma van belang is.

Het kan bijvoorbeeld blijken dat de informatie over het programma maar steeds niet goed op de website terecht

H. De eerstvolgende stap

De voorgaande aandachtspunten of procesbakens zijn ontworpen en bedoeld om een goed idee, bijvoorbeeld een zorgprogramma, in de praktijk te gaan brengen. Elke bijeenkomst in het kader van dit proces dient voor iedere deelnemer steeds uit te lopen op een concrete, praktische eerstvolgende stap. Eerstvolgend betekend letterlijk: wat hier direct op volgt. Het gaat dus niet om een uitgewerkt stappenplan, maar om de eerstvolgende stap. Met de bovengenoemde focus voor ogen beschouw je de eerstvolgende stap als de initiatie van een nieuwe situatie. Dat maakt dat je daar alert en creatief mee moet omgaan. De focus en de resultaatvoorstelling helpen daarbij. Dit zorgt voor warmte en blijvende betrokkenheid. En het geeft rust dat niet alles van te voren bedacht en uitgedacht hoeft te zijn. Een eerstvolgende stap is meestal niet heel groot, het moet wel haalbaar zijn.

- Eindig iedere vergadering zodanig, dat iedereen uitgesproken heeft wat het eerstvolgende is, wat hij of zij gaat doen. Het is goed als er een verslag van de besluiten komt (*Wie doet dat?*). De energie om dit te doen is het beste besteed

wanneer een dergelijk verslag meteen gemaakt en verstuurd wordt.

- Documenteer voor jezelf wat je aan interessante en nieuwe inzichten of ervaringen tegenkomt. In volgende bijeenkomsten (of tussen door) kun je dit nalezen en jezelf de vraag stellen hoe dit heeft nagewerkt.
- Uitkomen op een eerstvolgende stap (dus dat wat je als eerste in dit kader gaat doen) in het proces, beschermt je tegen de veel voorkomende neiging eerst allerlei zaken te willen uitzoeken en regelen alvorens je die stap kunt zetten. In het doen leer je of je op het goede spoor zit.

I. Van experiment naar beleid

Vanuit dit het proces gaat men experimenteren met nieuwe vormen. Die worden na verloop van tijd geëvalueerd met degenen die bij de proces-opdracht betrokken waren. Het kan zijn dat er nog veranderingen in moeten worden aangebracht of dat er verdere verdieping nodig is. Het kan ook zijn dat het experiment te weinig draagvlak krijgt. Men zal zich nu over de vraag moeten buigen hoe de resultaten van deze experimentele fase opgenomen gaan worden in het beleid en de gewoonte van het therapeuticum. Wat moet er daarvoor veranderd worden? Welke middelen kunnen hiervoor worden ingezet? Wie dient men te informeren?

5. Therapeuticum als een organisatie

Het *Op één lijn* onderzoek naar het opzetten van multidisciplinaire eerstelijns zorgprogramma's bij enkele therapeutica heeft de blik op diverse aspecten van de organisatie verscherpt. Er wordt, als in de meeste andere organisaties, gewerkt en samengewerkt, gestudeerd en bestuurd, gepraat en geschreven, geld ontvangen en uitgegeven. Door er zo naar te kijken geven we aandacht aan enkele zaken die extra zorg verdienen:

- de impuls
- communicatie
- de patiënt
- PR en marketing
- geldzaken
- besturen
- leiderschap

A. Werken vanuit een impuls

Lang geleden, vaak één of meerdere generaties terug al weer, begon iemand, een arts bijvoorbeeld, of een paar patiënten en een kunstzinnig therapeut, samen met een arts, een initiatief. Allemaal zijn ze op hun eigen manier sterk geïnspireerd door de antroposofische visie op gezondheid. Dit soort initiatieven vormen het historische fundament van wat doorgaans een therapeuticum genoemd wordt en tegenwoordig ook vaak een antroposofisch gezondheidscentrum of soms een centrum voor integratieve gezondheidszorg. Daarbij is steeds de dragende impuls dat artsen en therapeuten samen therapeutische aandacht aan patiënten geven en dat de patiënt zelf regie over zijn of haar gezondheid en weg van genezing heeft. De antroposofische benadering wordt beschouwd als een aanvulling van de gangbare, reguliere zorg voor patiënten.

Door de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg komen er veel nieuwe thema's en vraagstukken op tafel, waar het samenwerkingsverband 'therapeuticum' vaak niet een effectieve reactie op weet te geven. Denk aan veranderingen in wetgeving, certificeringstrajecten, de groeiende rol van verzekeraars, ver-

anderende visie op antroposofie, concurrentie van alternatieve geneeswijzen, enzovoort. Soms wordt de druk van deze maatschappelijke dynamiek als zo sterk en ook bedreigend ervaren dat therapeutica moeite hebben om te overleven. De impuls, waar het ooit zo enthousiast mee begonnen was, kan dan op de achtergrond raken, behorend tot het verleden. De zaken die geregeld moeten worden, verbouwingen, administratie, brandjes blussen, roosters opstellen en bijstellen, diverse projecten; al dit soort zaken laten agenda's vollopen en genereren vergadertijd. Het is voor het voeden van de impuls van het therapeuticum goed om daaraan gekoppelde activiteiten te hebben zoals, weekopeningen, lezingen, vieringen, studiegroepen, bezinningsbijeenkomsten en spreuken. Hier wordt uit de bronnen van de antroposofie geput. Maar daarnaast is het ook voor ieder nodig om met regelmaat momenten in te bouwen waarin men als zorgprofessionals reflecteert op de impuls die in het centrum leeft. Het meest inspirerend is het om dit direct te verbinden aan het werk met patiënten. Om er voor te zorgen dat dit gebeurt in de stroom van activiteiten, is het wijs hiervoor een vaste proceseigenaar te vinden. Die neemt het op zich dat dit met een goed ritme plaatsvindt en is er op uit dat ieder hieraan volop mee kan doen en zijn of haar inbreng kan hebben. Het goede ritme (bijv. maandelijks een uur) zorgt er voor dat een kleine hoeveelheid van deze tijd een grote werking heeft op de inspiratie voor het overige.

Het beste is om de bezinning op de impuls zoveel mogelijk te koppelen aan het concrete werk met patiënten. In één van de aan het onderzoek deelnemende therapeutica gaat men bij elkaar als collega's op bezoek als er met een patiënt gewerkt wordt. Zo leren de zorgverleners het bijzondere van elkaars werkwijze kennen. Dit is een moedige stap, want men stelt zich daarmee natuurlijk wel kwetsbaar op. Uiteraard wordt van te voren aan de patiënt om toestemming gevraagd en de praktijk laat zien dat zij daar doorgaans geen problemen mee hebben. Als dat wel het geval is wordt dit uiteraard gerespecteerd.

B. Communicatie

Therapeutica zijn geen organisaties met een strakke organisatiestructuur waarin medewerkers op een loonlijst staan en aangestuurd worden door een leidinggevende. Vaak zijn het combinaties van maatschappen en therapeuten die ZZP-er zijn. Ze delen een locatie en komen elkaar toevallig of georganiseerd tegen.

Het schort nogal eens aan een goed afgestemde, interne communicatie. Veel gebeurt op een informele manier. Men denkt dat de ander iets wel weet en dan blijkt de praktijk net anders te lopen dan verwacht. Dat kan ergernis veroorzaken. Die kan zich gaan opstapelen als het vaker gebeurt en er met die irritatie niet iets constructiefs gedaan wordt. Die kans is zeker aanwezig als de waarde van het *zorgen voor* hoog in het vaandel heeft staan. Er is meestal ook niet zo'n sterke cultuur van feedback, 'elkaar aanspreken' ontwikkeld. Wat is hier helpend?

- Het is zinvol tijdens een bijeenkomst, waar iedereen aanwezig is, het thema communicatie op de agenda te plaatsen. Er kan dan geïnventariseerd worden wie hierin problemen ervaart. Op basis hiervan kan men besluiten daarvoor een verbeteringsproces in te richten. Daartoe zoekt men naar een proceseigenaar, die volgens de procesbakens uit het vorige hoofdstuk te werkt gaat.
- In therapeutica leeft vrij breed de behoefte zich te professionaliseren. Dat is ook één van de redenen geweest voor deelname aan het *Op één lijn* onderzoek. De professionaliteit kan verbeterd worden door scholing vanuit de beroepsgroep. Maar een ander aspect van professionaliteit is gelegen in de samenwerking in het therapeuticum als organisatie. Door gegroeide afhankelijkheden, met name van therapeuten ten aanzien van verwijzingen door artsen, investeren zorgverleners hier relatief veel energie in het goed met elkaar overweg te kunnen. De neiging bestaat conflicten uit de weg te gaan. Daarom is het zinvol te zien dat de samenwerking primair gebaseerd moet zijn op het belang van de patiënten

die iedereen wil bedienen. Professioneel is als in dit verband de organisatie-driehoek collega – collega – patiënt steeds het uitgangspunt vormt.

- De communicatie met andere partijen komt in het hoofdstuk Samenwerking uitgebreid aan de orde.

Twee therapeuten onderzoeken hoe de overdracht van patiëntgegevens tussen artsen en therapeuten een meer gestandaardiseerd karakter kan krijgen. Ze werken in overleg met anderen een voorstel uit om met een model-formulier te gaan werken. Het formulier wordt in de algemene vergadering besproken en met instemming ontvangen. Maar in de praktijk blijkt dat het toch niet goed functioneert. Het feitelijk invullen van het formulier schiet er blijkbaar vaak bij in. De vraag komt op één van de volgende vergaderingen aan de orde: Is het merkbaar in iemands belang dat er met dit formulier gewerkt wordt?

C. De patiënt

Een belangrijk motief in het *Op één lijn* onderzoek was de betekenis van de zorgprogramma's voor de patiënt te verbeteren. Daarmee is een zeer belangrijk aandachtsgebied van het therapeuticum als organisatie aan de orde: *de patiënt centraal*. Iedereen zal direct beamen hoe belangrijk dit is. Om de patiënt is het immers allemaal begonnen?

Maar in hoeverre zit deze overtuiging vooral 'tussen de oren'? Antroposofische zorg verlenen is niet altijd hetzelfde als de vraag van de patiënt serieus nemen. In therapeutica vinden zorgverleners nogal eens dat patiënten ook inzicht moeten hebben in de antroposofie. Daarmee wordt een spanningsveld aangeduid tussen vraag- en aanbod georiënteerd werken, een spanning die men ook in veel andere organisaties tegenkomt. De vraagkant wil zeggen: de vraag van de patiënt vormt het uitgangspunt. De aanbodkant wil zeggen: de kwaliteit van het geboden product vormt het uitgangspunt. Het is belangrijk

zich hiervan bewust te zijn en er in dialoog met elkaar een passende verhouding toe te vinden.

- Een kernidee van een therapeuticum is dat artsen en therapeuten samen 'om een patiënt heen staan'. Dat vertaalt zich onder andere in het fenomeen van de **patiëntbespreking**, zoals therapeutica dat in verschillende versies ontwikkeld hebben. Sommigen noemen het zelfs het 'heilige midden' van het therapeuticum.

Een arts heeft als feitelijk sturend principe dat de patiënt alle tijd krijgt die hij nodig heeft. De praktijk laat zien dat dit 'uitlopen' tot gevolg heeft waardoor andere patiënten langer moeten wachten en frustratie kan ontstaan. Staat de patiënt hier nu centraal? Net als bij het opzetten van een zorgprogramma is het van vitaal belang de vraag te stellen: Wie zijn onze patiënten, waaraan is behoefte?

Maar net als bij het bovenstaande punt van de 'impuls' blijkt de patiëntbespreking nogal eens te moeten wijken voor andere zaken, die belangrijk en urgent zijn. Wanneer dat een patroon lijkt te zijn is het goed er een proces voor in te richten dat de patiënt-bespreking hernieuwde aandacht krijgt. Het is, zoals eerder besproken, het beste voor dit vraagstuk een proceseigenaar te vinden die het op zich neemt dat dit een vaste, regelmatig terugkerende en gezamenlijke activiteit wordt. Daaraan kan ieder op gelijkwaardige en waardige wijze mee doen, waarbij de belangen van de doorverwijzing worden teruggehouden. Zo kan het echt om die ene patiënt gaan en oefent ieder het 'samen waarnemen'. Spreek met elkaar af welke werkvorm je kiest en met welk ritme het plaatsvindt. Ervaringen uit andere therapeutica kunnen daarbij zeer inspirerend zijn. Zij hebben soms geëxperimenteerd met nieuwe vormen of oude weer in ere hersteld.

- In het actie-onderzoek naar multidisciplinaire zorgprogramma's in de antroposofische eerste lijn was het **monitoren** van de patiënt een centraal onderdeel. Dit werd mogelijk gemaakt vanuit het lectoraat AG aan de Hogeschool Leiden. Het feitelijk uitvoeren van deze monitoring heeft bij diverse therapeutica als neveneffect gehad dat men zich veel sterker bewust is geworden van het belang om goed samen te werken met het oog op de patiënt. Juist een strak en objectief monitoringsprotocol kan de zwakheden in de bestaande communicatie laten zien en aanzetten tot verbetering.

- Veel therapeutica hebben een **patiëntenvereniging**. Tussen patiëntenvereniging en artsen en therapeuten is samenwerking, overleg. Er zijn vaak diverse activiteiten die in dit kader plaatsvinden, zoals onderhoud van de tuin, lezingen, vieringen en andere bijeenkomsten die worden georganiseerd. De patiëntenvereniging zou ook betrokken kunnen worden bij het opzetten en voortzetten van een zorgprogramma. Dat geldt voor het onderzoek naar de vraag en de behoefte aan een dergelijk programma, maar ook voor de verdere praktische uitwerking. Patiënten kunnen meedenken, kritische vragen stellen of aandachtspunten benoemen, die men zelf over het hoofd ziet omdat men midden in het werkproces zit. Uitgaande van een kerngedachte bij therapeutica, namelijk een appèl te doen op het zelfgezend vermogen van patiënten - breder gezien: de eigen regie over gezond zijn en gezond worden - kunnen patiënten voor dergelijke zorgprogramma's juist interessante impulsen geven.
- Bij belangrijke keuzemomenten is het goed om de patiënten vanuit de patiëntenvereniging te betrekken. Niet alleen om hun mening te horen, maar ook om te kijken waar zij een rol kunnen spelen en een eigen verantwoordelijk zouden kunnen nemen.
- De impuls die de 'professional' drijft is om zo goed mogelijk zorg te bieden. Deze gedrevenheid kan zover gaan dat vooral therapeuten soms langdurig veel meer werk verzetten dan ze daar naar verhouding voor betaald krijgen. De patiënt moet geholpen worden, ook als hij dat niet kan betalen. Maar daardoor kan er zich een eenzijdige, aanbodgerichte relatie ontwikkelen. De patiënt consumeert dan als het ware de therapeutische aandacht en deze situatie stimuleert onvoldoende zijn eigen inzet en bijdrage. Het aanbod van zorg dreigt, als dit een patroon wordt, op deze wijze 'on-professioneel' te worden. Een grenzeloze zorg voor patiënten, waar nauwelijks of niet een vergoeding tegenover staat, uiteindelijk ten koste gaan van de zorgverlener zelf. Waar dit structureel wordt kan het therapeuticum zich in gezamenlijkheid afvragen wat het betekent dat de patiënt centraal staat.

D. Geldzaken

Het vorige punt brengt als vanzelf het thema 'geld' ter sprake. Een doorgaans moeilijk onderwerp in therapeutica. Geld wordt vaak gezien als noodzakelijk, dat heb je nodig om te kunnen leven, om bijvoorbeeld een gebouw te kunnen huren. Maar eigenlijk zou het geen rol moeten spelen en doe je uit liefde of bevoegenheid het helpende werk voor de patiënten. Nu verzekeraars steeds strenger worden, eigen bijdrages hoger worden gesteld, kan ook een zekere materiele armoede de therapeutica binnentreden. Sommige therapeuten kunnen maar net het hoofd boven water houden. Wat betekent dit voor een therapeuticum? En wat zegt het over de betekenis van geld?

- Een opvallend verschijnsel is dat er bij sommige therapeutica expliciet aandacht is voor het ondernemerschap van de zorgprofessionals. Veel therapeutica spreken over 'werkers'. Dan ligt het accent op het werk dat de zorgverlener verricht. Maar als men elkaar als 'ondernemer' ziet en aanspreekt dan komen krachten en kwaliteiten vrij die de relatie zorgverlener – patiënt op een nieuwe wijze invulling geven. De patiënt heeft een vraag of een behoefte waarop de zorgverlener helpend ingaat. De patiënt waardeert en betaalt dit en de zorgverlener wil weten wat de uitwerking van zijn interventie voor de patiënt is. De patiënt wordt eveneens gevraagd om feedback te geven op wat er in het therapeuticum gebeurt en wat dat voor hem of haar betekent.
- Praktisch betekent dit dat het voor therapeutica goed zou zijn om zichtbaar te maken hoe de feitelijke **geldstromen** lopen. Welk geld en hoeveel geld komt er binnen, wie zorgt daar voor? Hoe wordt het geld verdeeld en besteed? Wie ontvangt hoeveel geld? Als dit bijvoorbeeld jaarlijks met iedereen doorgesproken kan worden, dan maakt het helder en transparant welke feitelijke (dus niet met woorden maar met daden) keuzes men maakt, wat men daadwerkelijk belangrijk vindt. Kort gezegd: waar het geld terechtkomt, daar stelt de organisatie haar feitelijke prioriteiten. Een dergelijk inzicht kan een goede basis zijn voor een gesprek van alle deelnemers aan het therapeuticum over de vraag: *Wat willen we?*


E. PR en marketing

Het ondernemerschap blijkt ook in de PR activiteiten die therapeutica ondernemen. Daar hoort 'marketing' bij. Wat is marketing? En past dat wel bij therapeutica? Het woord zelf komt uit de commerciële wereld waarin men onderzoekt wat de behoeften van 'de markt' zijn om producten of diensten af te nemen. Eenvoudig gezegd: Hoe kunnen aanbod en vraag bij elkaar gebracht worden? Daarbij gaat het er ook om hoe men reclame-activiteiten en doelgroepen op elkaar af kan stemmen. Het woord 'marketing' laat zien dat de markt zijn werk doet. Dat geldt ook in therapeutica. Degene die een gezondheidsvraag heeft gaat doorgaans naar de vertrouwde huisarts, die in dit geval aan het therapeuticum verbonden is. Maar het is minder vanzelfsprekend om naar een bepaalde therapie te gaan, die in het therapeuticum beschikbaar is. Waarom zou iemand dat doen? Sluit het aanbod aan bij de behoefte van de patiënt? Kent de patiënt het aanbod voldoende? Is het duidelijk, aantrekkelijk en wordt de patiënt voldoende geholpen om een keuze te maken?

Een voorbeeld van inzicht in de markt van de gezondheidszorg

Soms wordt een eenzijdige vorm van therapie wordt voorgeschreven in de behandeling van klachten. Te denken valt aan de richtlijn *Één lijn* in de eerste lijn bij overspanning en burn-out (verschenen 2011). In dit document hebben de drie participerende beroepsverenigingen (de Landelijke Vereniging voor Eerstelijnspsychologen, het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde) de huidige stand van de wetenschappelijke inzichten beschreven en aanbevelingen geformuleerd voor de dagelijkse praktijk. Het document kan dienen als model voor samenwerking en biedt ruimte voor bijvoorbeeld antroposofische disciplines die aangeboden kunnen worden aan de patiënt met stress gerelateerde klachten, voordat burn-out of overspanning zal ontstaan.

De praktijk van multidisciplinaire zorg in therapeutica is meestal dat een patiënt na een consult bij de huisarts in samenspraak wordt doorverwezen naar een therapeut. De arts geeft uitleg over de therapieën die er zijn. Doorgaans is er ook



foldermateriaal in de wachtkamer te vinden en heeft het therapeuticum een website met informatie. Therapeuten hebben ook soms ook een eigen website, waar op de website van het therapeuticum naar kan worden verwezen.

Maar brengt dit alles patiënten en therapeuten voldoende bij elkaar? Een vergelijking tussen therapeuten laat zien dat de verschillen hierin groot zijn. Aan de ene kant zijn sommigen nagenoeg geheel afhankelijk van de doorverwijzingen van de huisartsen, aan de andere kant zorgt men vanuit ondernemerschap ook voor de opbouw van een eigen patiëntenstroom. Het beste is het voor een gezonde organisatie is dat haar deelnemers zich in vrijheid met elkaar verbonden weten en niet van alles van elkaar verwachten.

Zoals hier en daar al gebeurt, nemen therapeuten of therapeutica een professionele communicatiedeskundige in de arm om hierin vernieuwende stappen te zetten. Steeds blijkt daarbij dat het in dialoog gaan met de patiënten zelf, het luisteren naar hun verhalen en ervaringen, de sleutel is om een zinvol PR-proces op gang te brengen. Wanneer patiënten daartoe gevraagd worden, zijn ze doorgaans graag bereid en vereerd er aan mee te werken. Een therapeuticum is er ook voor haar eigen ontwikkeling bij gebaat zichzelf meer 'in de markt te zetten'.

Het is aan te bevelen hiervoor een initiatief-proces met proces-eigenaren in te richten.

F. Besturen

En zo komt ook de vraag naar het besturen van therapeutica aan de orde. Waarop stuurt men in de organisatie? Hoe wordt dat gedaan, door wie? Welke overtuigingen spelen hierbij een rol? Een therapeuticum is veelal een open organisatievorm. Vaak zien we een combinatie van een huisartsenmaatschap en een verzameling van therapeuten, min of meer antroposofisch herkenbaar. In de maatschap zijn doorgaans ook assistentes en praktijkondersteuners in dienst. Daarnaast kunnen er vrijwilligers / patiënten participeren in diverse werkzaamheden. Vaak is er ook een stichting met een bestuur dat voor materiele zaken als het gebouw verantwoordelijkheid draagt. Er zijn regelmatig vergaderingen waarin praktische zaken worden besproken, afspraken worden gemaakt en taken verdeeld. Het voorzitterschap van deze bijeenkomsten kan vast of wisselend zijn.

De vraag welke bestuursvorm goed past bij therapeutica is de moeite waard om bij stil te staan. Uitgangspunt daarbij zou moeten zijn dat het kernproces van helpen en feedback tussen de zorgprofessionals en de patiënten optimaal verloopt. Hoe kan de organisatie zodanig bestuurd worden dat tijd, kwaliteit, menskracht en geld aan dit uitgangspunt dienstbaar zijn? Hoe kan iedereen zijn processen zo verzorgen dat dit kernproces versterkt wordt? Dat lukt het beste als de mensen in de organisatie vooral datgene doen waar ze goed in zijn, wat ze graag doen of graag willen ontwikkelen.

Bestuurders bevorderen proceseigenaarschap van iedereen die werkzaam is in het therapeuticum. Het bevorderen van proceseigenaarschap wil zeggen dat mensen hun zelfgekozen verantwoordelijkheid nemen en dit in dialoog met betrokkenen doen en zo tot processen in gang zetten en doorvoeren. Dat vraagt kwaliteiten van horizontaal leiderschap om tijd en ruimte te scheppen, waarin mensen dit proceseigenaarschap kunnen experimenteren en leren.

G. Leiderschap

We hebben al diverse keren het belang van de proceseigenaar aangeduid. Iemand is er voor verantwoordelijk dat een proces (bijvoorbeeld het opzetten van een zorgprogramma) goed loopt. Dat betekent niet dat deze persoon alles moet doen, maar dat hij er op toeziet dat mensen zodanig in het spel gebracht worden dat de belangrijke dingen ook gebeuren: in de goede richting, gemotiveerd, binnen de afgesproken kaders en al doende lerend. Dit vraagt een leiderschap dat mensen bezielt in beweging brengt: we noemen het horizontaal leiderschap. Wat houdt het in?

- **Sturen**

Met elkaar iets ondernemen, een idee in de praktijk brengen, betekent beweging. Die beweging heeft richting en een kader waarin iedereen kan acteren. Iedereen zet stappen die koersen naar de 'stip op de horizon'. De proceseigenaar, de arts, de therapeut, de assistent of wie ook verder bij de vormgeving van het proces betrokken is, staat steeds voor de uitdaging om te beoordelen of men nog op koers is. Leiderschap is de kwaliteit van het stellen van stuurvragen. Waar geven we geld aan uit? Waar besteden we tijd aan?

Welke samenwerkingsverbanden, welke netwerken bouwen we op? Met dit soort vragen, die iedere betrokkene zelf stellen kan en moet, wordt vanzelf duidelijk hoe belangrijk iedereen het vindt om dit idee daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Wordt het echt gewild? Dit soort vragen schudt mensen vaak wakker uit de slaap van de in de loop der tijd gegroeide vanzelfsprekende gang van zaken.

Het is goed om dit aspect van leiderschap met elkaar te beoefenen en ook expliciet te waarderen. Er is namelijk wel enige moed voor nodig om dergelijke vragen te stellen.

- **Inspireren**

Een tweede typische kwaliteit van horizontaal leiderschap is mensen te inspireren. Iedereen is er verantwoordelijk voor dat de inspiratievlam blijft branden. De brandstof daarvoor is altijd dichtbij. Maar door bepaalde krachten, waaraan iedere organisatie bloot staat, wordt de blik vaak op iets anders gericht dan op wat eigenlijk voor de hand ligt. Bij deze krachten kun je denken aan: papierwerk, registratie, financiële problemen, gebouwkwesties, events organiseren waar weinig belangstelling voor is, vrijwilligers zoeken, meningsverschillen over antroposofie, etc.

Kenmerkend voor inspiratie is dat er een impuls van buiten naar binnen komt. De belangrijkste impuls vormt de patiënt met zijn vraag hoe hij gezond, vrij en zelfbewust kan leven. Die vraag schuilt in zijn wens om geholpen te worden bij zijn ziekte, zijn klachten. Iedereen kan elk moment de bronnen van het door antroposofie verwoorde mensbeeld weer aanboren en dit in dialoog brengen als de genoemde krachten de boventoon gaan voeren.

- **Ingrijpen**

Dit is een kwaliteit die velen vaak als moeilijk ervaren. Mensen willen niet graag de confrontatie aangaan, kritiek geven of ontvangen. In veel gevallen is men aardig voor elkaar, denkt men voor anderen en heeft men strategieën ontwikkeld om onderlinge wrijvingen en botsingen te voorkomen. Maar waarom zou je er niet investeren om te leren elkaar duidelijk aan te spreken, feedback te geven, irritaties tot uiting te brengen zonder de verbinding te verliezen? Dat levert heldere lucht op, korte lijnen en tijdwinst, die niet besteed hoeft te worden aan het herstellen van schade. Een antroposofisch gezondheidscentrum wordt niet alleen

gevuld met ideeën en deskundigheid en bevologenheid, maar er zijn ook lichamen, kwetsuren, geschiedenis, verschil in karakters, waar je op een heilzame wijze mee om kunt gaan. Dat merk je, ook als bezoeker. Wat artsen en therapeuten goed kunnen bij hun patiënten, namelijk waarnemen dat er iets aan de hand is en daar een proces voor inrichten, dat kunnen ze ook onderling doen.

- **Coachen**

Er valt altijd iets te leren en te ontwikkelen, een leven lang. Dat komt omdat de omstandigheden veranderen, omdat jezelf verandert. Omdat de realiteit waarin we verkeren vol paradoxen zit, conflicten, tegenstelde interpretaties. Mensen geven betekenis aan wat er gebeurt, maar ze verschillen daarin soms zeer. En daarom kun je vastlopen, fouten maken. Coachen is een kwaliteit van horizontaal leiderschap omdat iedereen kan bijdragen aan de lerende organisatie. Leren is een begeleid proces van actie (experiment) en reflectie ingaan. Men gaat met elkaar de dialoog aan in de vorm van intervisie, waarbij deelnemers elkaar kunnen coachen in het nemen van de volgende stap in de persoonlijke en organisatieontwikkeling. Een variant hierop is dat iemand voor een zekere tijd de rol van coach vervult om het leerproces mogelijk te maken. Of er wordt een externe coach ingehuurd.

6. Samenwerking

De werkers in therapeutica zijn mensen die hun vak verstaan, die gedreven en trots zijn om hun kennis en kunde, hun ambacht om anderen te helpen en goede zorg te verlenen. Zij moeten ook nog aandacht besteden aan allerlei organisatorische zaken en de ervaring is vaak dat dit extra tijd kost en afleidt van waar het hen eigenlijk om gaat. Een valkuil is dat zij in hun werk zo opgaan dat de samenwerking met anderen eronder lijdt. Er ontstaan 'eilandjes' van individuele mensen, van groepjes en tussen therapeutica onderling. Deze tijdsdruk kan hen van de ontdekking afhouden dat investeren in samenwerken met anderen als een sterke impuls werkt. Daarom een pleidooi voor meer samenwerking.

Voordelen van samenwerken

Samenwerken zorgt er voor dat anderen iets zien en dat ook benoemen, wat jezelf niet zo ziet. Het is een waardevol geschenk als er een dialoog ontstaat waarin mensen elkaar kunnen helpen en dat doorgaans ook graag doen. Als er gelegenheid en ruimte gecreëerd wordt om naar elkaar te luisteren en aan elkaar te vertellen wat je doet en wat je opvatting is, zonder het direct in adviezen of oplossingen om te zetten, brengt het mensen al verder. Als je met anderen in gesprek raakt moet je iets van jezelf verwoorden en krijg je er de reactie van anderen er voor terug. Dit proces tilt je boven jezelf uit en werkt vernieuwing in de hand.

Het mooie van samenwerken is dat het verrassende inzichten en ideeën kan opleveren die je misloopt als je in je eigen kring actief blijft. Met wie zouden therapeutica meer kunnen samenwerken? Een voorlopige lijst.

- **Met andere therapeutica**

Antroposofische gezondheidscentra in Nederland zijn niet onderling georganiseerd in een landelijk verband. De verschillende beroepsgroepen die in een therapeuticum vertegenwoordigd zijn hebben wel hun eigen landelijke vereniging. De praktijk laat zien dat regionaal er al wel

ontmoetingen tussen therapeutica plaatsvinden. Die zijn vruchtbaar. Goede werkvormen om de kostbare tijd die men hier voor over heeft zinvol te besteden zijn dan belangrijk. In kleine gemengde groepjes doorvragen op ervaringen, sturende principes en voornemens is inspirerend en leidt regelmatig tot initiatieven.

De samenwerking tussen therapeutica krijgt ook een stimulans om het opzetten van multidisciplinaire zorgprogramma's te bevorderen. Het wiel hoeft niet iedere keer opnieuw uitgevonden te worden. De samenwerking in zorgprogramma's kan ook patiënten helpen beter de weg te vinden naar goede zorg.

- **Met lectoraat AG – IMO**

De onderlinge samenwerking tussen therapeutica heeft een impuls gekregen door het actie-onderzoek dat vanuit de lectoraten *Antroposofische Gezondheidszorg* en *Mens- en Organisatieontwikkeling* is mogelijk gemaakt. De expertise die in beide lectoraten wordt opgebouwd rond zorgprogramma's en organisatieontwikkeling is dienstbaar aan de therapeutica en de vraagstukken die daar bestaan. Waar in de toekomst plannen ontstaan om nieuwe zorgprogramma's op te zetten kan een beroep op mensen uit beide instituten worden gedaan. Beide lectoraten hebben verbindingen met andere antroposofische gezondheidscentra en de veelheid van antroposofische organisaties in binnen- en buitenland.

- **Met vrije scholen**

Een belangrijke samenwerkingspartner voor therapeutica zijn de vrije scholen. Er is al een vanzelfsprekende verbinding, omdat ouders en kinderen die bij deze scholen betrokken zijn de weg naar een therapeuticum gemakkelijker vinden dan anderen. Maar deze vanzelfsprekendheid kan ook het gevaar met zich meebrengen dat er geen verdere aandacht aan wordt besteed. Daarom is het waardevol om deze contacten extra leven in te blazen. Onderwijs en ge-

zondheidszorg werken ook vanuit een vergelijkbaar motief, namelijk mensen helpen hun leven in vrijheid en eigen regie te ontwikkelen. Daarbij lopen ze ook tegen vergelijkbare ontwikkelingen in de cultuur en regelgeving aan. Het is voor beide organisaties een gezamenlijke uitdaging om de veranderingen zo op te pakken en zo te doordenken dat ze in hun voordeel worden omgezet. Voor beide organisaties zal het integrerende antwoord voor de vele vraagstukken waar men mee worstelt in de aandacht voor de klant (patiënt en leerling) te vinden zijn.

- **Met reguliere gezondheidszorg**

Therapeutica zijn hybride organisaties. Deels komen daar mensen op af die gewoon vanuit hun wijk naar de huisarts gaan, zoals de meeste Nederlanders ook hun reguliere huisarts consulteren als daar reden voor is. Er is niet altijd het bewustzijn aanwezig dat deze huisarts deel uitmaakt van een therapeuticum en wat een dergelijk centrum precies inhoudt. Deels bezoeken mensen een therapeuticum omdat zij bewust kiezen voor de aanvullende en de antroposofische benadering. De multidisciplinaire opzet van zorgprogramma's speelt hier op in.

Er bestaat bij sommige antroposofisch geïntereerde zorgprofessionals een soort innerlijke afstand van of weerstand tegen de reguliere zorg, omdat het richtinggevende en oriënterende mensbeeld zo verschillend is. Samenwerking met de reguliere zorg zou kunnen betekenen dat je afstand moet doen van het zo vertrouwde en waardevolle eigen mensbeeld als sturend principe voor de zorg. Het maakt kwetsbaar. Maar deze naar binnen gerichte tendens tot bescherming van het eigene berust vooral op bepaalde gedachten en voorstellingen, die in de praktijk van kennismaken en samenwerken vaak anders zullen blijken te zijn. De ervaring leert dat in het contact met mensen uit de reguliere gezondheidszorg er sprake van een vergelijkbare bezieling is. Enerzijds is er de stress van de druk vanuit de

samenleving die voor beiden herkenbaar en vergelijkbaar is, namelijk de moeite die het kost naast andere zaken om voldoende toe te komen aan de volwaardige zorg voor de patiënt. Anderzijds is het die gedeelde liefde voor de patiënt, die bij vele professionals uit de reguliere zorg juist de interesse zal wekken hoe antroposofisch geschoolden die zorg verlenen.

- **Met zorgverzekeraars**

Ten slotte in deze rij van samenwerkingspartners zijn er de zorgverzekeraars. Daarover spreken vooral de therapeuten vaak. De ontwikkeling lijkt te zijn dat er steeds minder vormen van therapie verzekerd worden of dat de eigen bijdrage omhoog gaat. Betekent dit dat therapeutische zorg voor minder mensen toegankelijk is? Vanwege deze tendens kan het oog afkeurend op de zorgverzekeraars worden gericht. Zij willen, zo is het beeld, alles controleren en alleen maar 'evidence based', duidelijk meetbare effectieve therapie vergoeden.

Maar zoals voor de eerder genoemde samenwerkingspartners opgaat, geldt ook voor verzekeraars dat ze doorgaans juist geïnteresseerd zijn om in gesprek te gaan. Ook zij zoeken naar de beste wegen om hun geld te besteden zodat patiënten er beter van worden. En met elkaar in gesprek zijnde, blijken er doorgaans meer wegen mogelijk dan elk van de partijen van te voren had kunnen inschatten.

Een tendens is dat zorgverzekeraars graag met partijen om de tafel gaan zitten om meer regionaal en lokaal afspraken te maken. Het is goed om dergelijke tendensen te kennen en van elkaar te horen wat er speelt. Dit kan therapeutica helpen hierin goede gesprekspartners te zijn.

7. Nawoord: Therapeutica hebben de toekomst, mits

De therapeutica in Nederland leveren al tientallen jaren elke dag zorg die door veel patiënten gewaardeerd wordt. Tegelijkertijd is het echter, bijvoorbeeld door de opkomst van de evidence-based medicine ontwikkeling, niet meer zo vanzelfsprekend dat er in de toekomst zonder meer antroposofische eerstelijnsgezondheidszorg kan worden geboden. Therapeutica zullen zich daarom voortdurend professioneel en gericht moeten positioneren binnen een steeds veranderende gezondheidszorg.

Vier ontwikkelingen spelen hierbij in ieder geval een belangrijke rol:

1. De verschuiving van de tweedelijns- naar de eerstelijnsgezondheidszorg, waardoor de eerstelijnszorg binnen de gezondheidszorg als geheel steeds belangrijker zal worden.
2. Het in de gezondheidszorg beleidsmatig steeds meer een sturen op kwaliteit en kosten is, waardoor inzicht gegeven moet worden in de geboden kwaliteit en de kosten van de zorg.
3. Het steeds belangrijker worden van rol van de patiënt, die steeds meer zijn eigen zorg wil en gaat kiezen, en steeds meer aangesproken zal gaan worden op de eigen regie en het onderhouden en bevorderen van de eigen gezondheid.
4. Het toenemend appel op het ondernemerschap van zorginstellingen.

Eerstelijns gezondheidszorginstellingen vormen dus een belangrijke sleutel voor veel andere belanghebbenden om tot goede zorg te komen. Patiënten, zorgverzekeraars, specialisten, producenten van medicijnen en zorgmaterialen, zij allen hebben er belang bij dat de eerstelijns zorg goed verloopt. Dat vraagt van de therapeutica dat zij wegen vinden om helder en met geëigende taal te communiceren met deze belanghebbenden en zich onderscheidend te profileren.

A. Factoren die een goede toekomst bepalen

Het onderzoek toont dat er in ieder geval drie factoren van belang zijn om een goede, gezonde toekomst van de antroposofische therapeutica mogelijk te maken:

1. **Een goede organisatie van de eerstelijnsinstellingen:** een heldere organisatiestructuur met heldere rollen, duidelijk leiderschap, goede samenwerking en ondernemerschap.
2. **Transparante, kwalitatief goede en (kosten)effectieve zorg:** het aanbieden van (steeds beter op kwaliteit en kosteneffecten onderzochte) zorgprogramma's, die (ook) de eigen regie en de gezondheid van patiënten versterken, en
3. **Profilering van de therapeutica als vorm van eerstelijnsgezondheidszorg instelling:** het voortdurend professionaliseren en profileren van de therapeutica, als vorm van eerstelijnsgezondheidszorg instellingen in Nederland met een specifieke meerwaarde, die ingaan op actuele ontwikkelingen en klantvragen.

B. Professionele aanpak

Nu het onderzoek in vier therapeutica waardevolle aanzetten geleverd heeft hoe deze therapeutica zich op een goede manier in de participatiemaatschappij kunnen positioneren en bewegen, achten wij het een goede stap als nu alle antroposofische therapeutica een stap zouden nemen.

Daartoe zien wij de volgende stappen in het proces als geëigend.

1. Ieder antroposofisch therapeuticum wordt bezocht door de twee onderzoekers om enerzijds de resultaten van het onderzoek te delen met betrokkenen aldaar en vervolgens te onderzoeken hoe dit therapeuticum in de volgende stap kan gaan participeren.
2. Er zijn drie wegen waarlangs ieder deelnemend therapeuticum ondersteund kan worden haar volgende stap in de context van dit proces te gaan doen. Dat zijn:

- Gedurende een jaar participeren in een intervisiegroep waarin vijf of zes sturende deelnemers uit de respectievelijk vijf of zes therapeutica tweemaandelijks sturingsvragen bespreken en elkaar daarin adviseren. Deze intervisie bijeenkomsten worden begeleid door een van de onderzoekers.
 - Coaching van proceseigenaren die ontwikkelstappen in het therapeuticum vorm geven en/of deelname aan leiderschap programma's.
 - Deelname in het onderzoek- en ontwikkelproces waarin zorgprogramma's worden ontwikkeld, uitgevoerd en resultaten en ervaringen worden gedocumenteerd.
3. Er wordt een centraal orgaan ingericht dat deze ontwikkelingen faciliteert en tevens processen in gang zet om de identiteit van de therapeutica transparant en adequaat te communiceren en profileren binnen de gezondheidszorg.
 4. Dit geheel wordt als NVAZ project onder supervisie van het lectoraat AG, het lectoraat Leiderschap, en het IMO uitgevoerd.
 5. Financiering wordt gerealiseerd door bijdragen van therapeutica en externe subsidies.

C. Toekomstperspectief

Deze volgende ontwikkelstap zou er toe kunnen leiden dat de antroposofische therapeutica in Nederland zich vergelijkbaar met de vrijeschool beweging gaan organiseren. Dat betekent dat zij:

- In de gezondheidszorg een eigen reputatie, status en ontwikkelgang krijgen.
- Beter gevonden kunnen worden door klanten/patiënten die een andere en/of aanvullende benadering zoeken en deze als heilzaam ervaren kunnen.
- De andere belanghebbenden als overheid, zorgverzekeraars, producenten een veel duidelijker beeld krijgen hoe de therapeutica in het maatschappelijke verkeer gepositioneerd zijn.

- Er een stimulans komt voor het opzetten van nieuwe antroposofische therapeutica.

Wij denken dat de tijdgeest ons uitdaagt deze stappen te nemen. Wij zien goede kansen voor een gezonde ontwikkeling van therapeutica. Dat gaat echter niet vanzelf, daar zal continu een goed proces voor ingericht moeten worden.

Erik Baars,
Lector Antroposofische Gezondheidszorg aan de Hogeschool Leiden

Adriaan Bekman,
Lector Leiderschap aan Hanze Hogeschool, Groningen

8. Aanbevelingen vanuit de projectgroep

Op basis van het *Op één lijn* onderzoek en hetgeen in dit handboek te vinden is, doet de projectgroep een aantal aanbevelingen voor therapeutica om toekomstige ontwikkelingen mogelijk te maken.

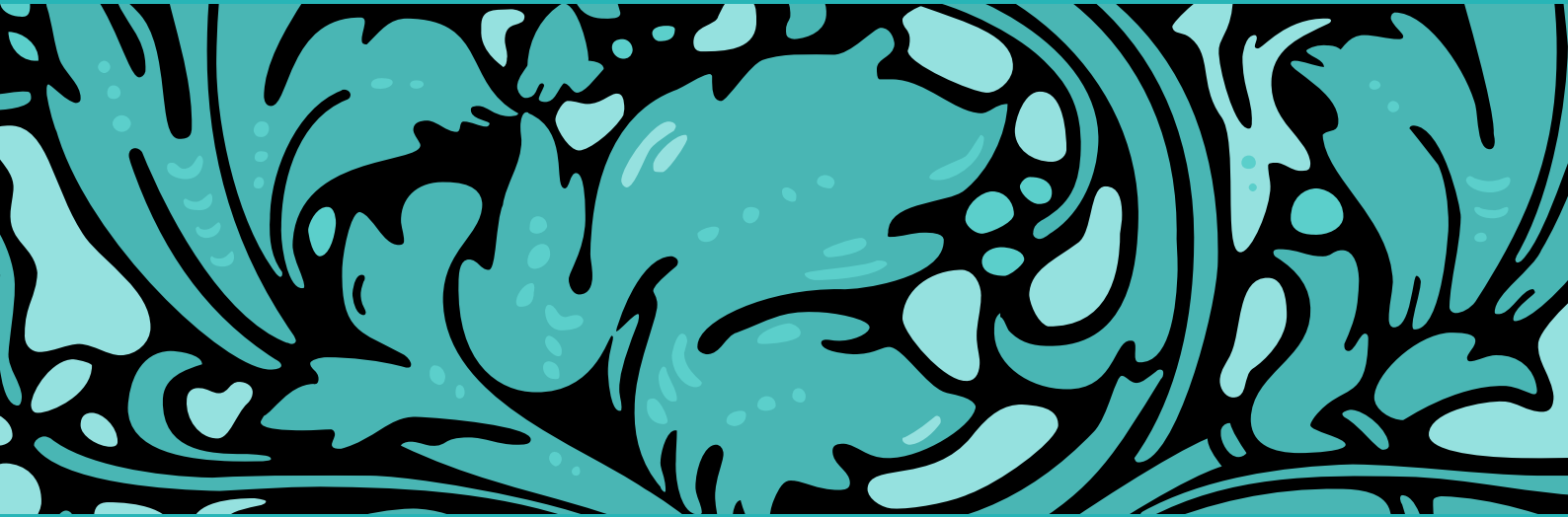
- De zorgprogramma's, zoals die zijn ontwikkeld en beschreven in dit handboek, zijn in de eerste plaats bedoeld voor de artsen en de therapeuten. Het verdient ons inziens aanbeveling ook aan een **patiëntenversie van de zorgprogramma's** te werken. Dat helpt patiënten om inzicht in hun eigen zorgbehoefte te krijgen en bewust keuzes te maken. Ook draagt het bij aan de zelfregie van de patiënt. Hierin ligt mogelijk een taak voor Antroposana, de patiëntenvereniging binnen de antroposofische gezondheidszorg.
- De bevindingen van het *Op één lijn* onderzoek hebben hun weerslag gekregen in dit handboek. Er is voor gekozen om dit als een interactief PDF document ter beschikking te stellen. Daarmee kan het handboek in de toekomst ook actueel gehouden worden. Het is aan te bevelen na te denken over de mogelijkheid van een goed toegankelijke **internetversie** of mogelijk een **eigen website**, waarin verzorgd wordt dat de gegevens, die bij dit handboek horen, up to date blijven. De verschillende partijen in het veld van de Antroposofische Gezondheidszorg kunnen dit gezamenlijk besluiten.
- Het handboek is tot stand gekomen door het feitelijke actie-onderzoek in het kader van het *Op één lijn* project. Maar ook is belangrijke kennis opgedaan vanuit reeds beschikbaar materiaal en wetenschappelijk onderzoek. Ook wordt verwezen naar vragenlijsten. Het verdient aanbeveling dat dit alles goed beschikbaar is voor wie het wil raadplegen. Ook om die reden zou er een toegankelijke **website** ontwikkeld kunnen worden.
- In dit handboek worden vier verschillende zorgprogramma's beschreven, de stappen die gezet kunnen worden om een dergelijk programma te ontwikkelen en de aandachtspunten voor het georganiseerd nemen van initiatieven in therapeutica. Het is aan te bevelen een **handzaam formaat** van

een samenvatting van de stappen en aandachtspunten voor ter beschikking te hebben voor degenen die er mee gaan werken.

- Een punt van zorg, dat tijdens het actie-onderzoek regelmatig aan de orde kwam, was de financiële onderbouwing van multidisciplinaire zorgprogramma's. Het voorbeeld van het zorgprogramma bij therapeuticum Mercurus, dat als een pilot fungeerde, maakt duidelijk dat er veel in geïnvesteerd moet worden in de goede voorbereiding. Het is daarom aan te bevelen te onderzoeken welke extra **geldstromen in kaart** gebracht kunnen worden, die zorgprogramma's mede mogelijk maken.
- De waarde van samenwerking vormde één van de speerpunten van het *Op één lijn* onderzoek. Als therapeutica met elkaar en met andere spelers in het veld samenwerken kunnen er mooie dingen tot stand komen. Het is daarom aan te bevelen in de toekomst nog meer de **gezamenlijkheid op te zoeken** om zorgprogramma's verder te ontwikkelen en dienstbaar te maken voor alle zorgverleners en patiënten. Het zou goed zijn als beroepsverenigingen, Antroposana, NVAA, patiëntenverenigingen, lectoraat AG, IMO en andere partners daarvoor met elkaar in gesprek gaan.
- Nog nadrukkelijker dan in het vorige punt van aanbeveling is het nodig het belang te onderstrepen van de dialoog met partijen uit het veld van de **reguliere zorg** en de instellingen die de zorg financieren. De open communicatie op basis van wederzijdse interesse en gedeelde belangen – bijvoorbeeld de potentieel enorme kostenreductie die in de antroposofische zorg schuilgaat – zal een stimulerende werking hebben op de zorgverleners in therapeutica.
- Antroposofie brengt een eigen jargon met zich mee. Wie daarmee vertrouwd is kan zich gemakkelijk verstaanbaar maken als het om wezenlijke zaken in de gezondheidszorg gaat. Maar ontwikkelingen, die ook therapeutica niet voorbij gaan, namelijk de dynamiek, de diversiteit en de openheid voor allerlei vormen van zorg en welzijn naast de vertrouwde antroposofische therapievormen, maken de toenemende

noodzaak van een vertaalslag duidelijk. Het verdient aanbeveling te onderzoeken hoe de **terminologie** van diagnose en behandeling in de zorgprogramma's ook op een reguliere manier kunnen worden verwoord.

- Een laatste punt van aanbeveling is te onderzoeken hoe van aansprekende en commercieel succesvolle vormen van **mindfulness** of **wellness**, die vaak ook een therapeutisch heilzaam effect sorteren, geleerd kan worden. Kan hiervan een impuls uitgaan, waarmee de praktijk van therapeutica voor een bredere doelgroep aantrekkelijk kan worden en commercieel succesvol kan zijn?



Bijlagen



Bijlage 1

Werk mee aan de ontwikkeling van antroposofische zorgprogramma's

Een deel uit de tekst van de gelijknamige folder van Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg

Wat is een zorgprogramma?

Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een specifieke doelgroep, bijvoorbeeld volwassenen met diabetes mellitus type 2. De inhoud van het programma is gebaseerd op de hulpvraag die de doelgroep heeft en op de beste zorgkennis die we hebben om de problemen van de doelgroep te verhelpen. Welke onderdelen van het zorgprogramma uiteindelijk terechtkomen in een zorgplan, bepaalt de zorgprofessional samen met de patiënt. Op deze manier krijgt de patiënt de zorg die op zijn persoonlijke situatie aansluit.

Wat is een antroposofisch zorgprogramma?

In ieder AG-zorgprogramma komen de volgende elementen terug:

1. Een beschrijving van het AG zorgaanbod.
2. Recente reguliere en antroposofische kennis over het ziektebeeld.
3. Een resultaat van een proces van consensusvorming met betrokken experts in het AG veld.

Bij de vormgeving van een zorgprogramma blijft de eigenheid van de AG intact. Denk hierbij aan zorg georiënteerd op het individu, het preventief en curatief bevorderen van de gezondheid en de integratie van AG en reguliere zorg. Daarnaast beschrijven we het antroposofische praktijkparadigma waarmee we de zorgpraktijk benaderen. Door de geleverde zorg te monitoren verbeteren we, op basis van de resultaten, de kwaliteit van het zorgprogramma verder.

Een (AG) zorgprogramma kan een multidisciplinair karakter hebben: een diversiteit aan therapieën kan gelijktijdig of na

elkaar worden ingezet, zoals bij het zorgprogramma kanker. Tevens kan een AG zorgprogramma monodisciplinair van aard zijn: slechts een therapie wordt ingezet bij een specifiek ziektebeeld. Het zorgprogramma fysiotherapie bij schouderklachten is hier een voorbeeld van.

In deze folder beschrijven we alleen de multidisciplinaire vorm. De opzet en werkwijze voor de ontwikkeling van een zorgprogramma voor een enkele beroepsgroep is vergelijkbaar.

Waarom antroposofische zorgprogramma's?

1. In de gehele gezondheidszorg worden momenteel zorgprogramma's ontwikkeld. De financiering van de zorg sluit hierbij aan, bijvoorbeeld in diagnose behandelcombinaties (DBC's). Binnen de AG kunnen we bij deze ontwikkeling aansluiten door zelf AG zorgprogramma's te ontwikkelen waarbij we de inhoud en de eigenheid van de AG intact laten. Zo maken we duidelijk en verantwoord we hoe we werken, dat we eventueel bewust en onderbouwd kiezen voor aanvullende (en soms alternatieve) zorgmogelijkheden (in vergelijking met de bestaande richtlijnen), geïnspireerd door de hulpvraag van de patiënt en de mogelijkheden vanuit de AG.
2. Door zelf zorgprogramma's te ontwikkelen, kan de AG in veel gevallen een kwaliteitsslag maken. Zorgprogramma's komen tot stand na intercollegiaal overleg over de wijze van diagnostiek en behandeling. Vervolgens worden ze in de zorgpraktijk getest. Op basis van de resultaten worden ze verder verbeterd. Zowel op instellingsniveau als op het niveau van de zorgprofessional is het te verwachten dat zorgprogramma's bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van de zorg ('plan-do-check-act'-cyclus).
3. Professioneel ontwikkelde zorgprogramma's – waarbij we aansluitend monitoren wat kwaliteit, klantervaringen, veiligheid en (kosten)effecten zijn – maken de AG maatschappelijk

en wetenschappelijk meer zichtbaar en onderbouwd. Zo kunnen we onze bijdrage aan de gezondheidszorg beter beschrijven en monitoren.

Welke ontwikkelfasen zijn er?

Een zorgprogramma komt niet zomaar tot stand. Voor de zorgpraktijk zijn inventarisaties en intercollegiale besprekingen nodig. Ook onderbouwende wetenschappelijke literatuur is belangrijk, net als een opzet voor een wetenschappelijke evaluatie van kwaliteit, veiligheid en (kosten)effecten van de zorg. Het lectoraat AG wil de zorgprogramma's als producten aan het werkveld aanbieden. Het heeft daarbij input vanuit het werkveld nodig. Het proces waarmee een zorgprogramma tot stand komt, bestaat uit drie fasen:

- Fase 1: een concept-zorgprogramma en een ROM-procedure¹ ontwikkelen;
- Fase 2: het concept-zorgprogramma testen en aanpassen;
- Fase 3: het zorgprogramma implementeren en op kwaliteit/effect monitoren.

Als de drie fasen doorlopen zijn kan het lectoraat in samenspraak met het werkveld ervoor kiezen om een gecontroleerd onderzoek op te zetten naar een onderdeel van of naar het gehele zorgprogramma. Zo wordt wetenschappelijk zichtbaar wat kwaliteit, effectiviteit, klantervaringen en kosten van AG-zorg zijn. Dit is belangrijk voor maatschappelijke en wetenschappelijke belangstelling, acceptatie en financiering en voor de vergelijking met reguliere zorg. Het lectoraat zorgt er ook voor dat het zorgprogramma en de ROM-procedure worden bijgewerkt, als nieuwe literatuur daartoe aanleiding geeft.

Drie fasen van ontwikkeling van antroposofische zorgprogramma's

Fase 1: een concept-zorgprogramma en een ROM-procedure ontwikkelen

In fase 1 komt een concept-zorgprogramma (versie 1.0) tot stand, inclusief een systeem voor routine outcome monitoring (ROM). De inhoud van het concept bestaat uit:

1. een beschrijving van de AG-zorgpraktijk op basis van interviews en consensusmeetings met experts uit meerdere zorginstellingen (lieftst vier of meer);
2. een beschrijving van de AG-diagnostiek en behandeling op basis van consensus onder een kerngroep van AG-experts over antroposofische expertise en wetenschappelijke literatuur (regulier en antroposofisch) en
3. een onderzoeksopzet om tijdens fase 2 en 3 in kaart te brengen wat de kwaliteit, veiligheid en (kosten)effecten is van de geleverde zorg binnen het zorgprogramma.

In deze fase komen de volgende onderzoeksvragen aan bod:

1. Welke behandeldoelen hebben artsen, therapeuten en verpleegkundigen in de praktijk bij de gekozen hulpvraag, en welke therapeutische interventies zetten zij daarvoor in?
2. Zijn er publicaties in de wetenschappelijke literatuur die aanleiding geven om het behandel aanbod aan te passen of aan te vullen? De onderzoeker van het lectoraat AG die als projectleider eindverantwoordelijk is, deelt in deze fase zijn verantwoordelijkheid met een of meer coördinatoren van betrokken zorginstellingen. De duur van deze fase is in de meeste gevallen ongeveer 12 maanden.

Fase 2: het concept-zorgprogramma testen en aanpassen

In fase 2 testen we het concept-zorgprogramma in (liefst minimaal) vier AG-zorginstellingen. Op basis van de onderzoeksresultaten passen we het conceptzorgprogramma aan, of stellen we het zorgprogramma definitief vast (versie 2.0). In deze fase komen de volgende onderzoeksvragen aan bod:

1. Komt de behandeling van de hulpvraag in de praktijk overeen met de beschrijving in het zorgprogramma?
2. Geven de empirisch verkregen resultaten (onder andere ROM-metingen) aanleiding om de zorg te verbeteren en zo ja, om welke verbeteringen gaat het?
3. Kunnen we subgroepen onderscheiden in de patiëntenpopulatie met typische zorgpaden (patronen van opeenvolging van therapievormen)? De duur van deze fase is in de meeste gevallen 6 tot 12 maanden. In deze periode brengen we de gegevens van 30 tot 50 patiënten in kaart. De onderzoeksresultaten geven input voor de zorgpraktijk en voor opleidingen. Ook verschijnen de resultaten in vaktijdschriften en wetenschappelijke tijdschriften. De onderzoeker van het lectoraat AG die als projectleider eindverantwoordelijk is, deelt in deze fase zijn verantwoordelijkheid met een of meer coördinatoren van betrokken zorginstellingen (één coördinator per instelling).

3. Hoe waarderen patiënten de antroposofische gezondheidszorg – eventueel in verhouding tot de waardering van patiënten uit reguliere gezondheidscentra?
4. Op welke specifieke onderdelen van het zorgprogramma heeft de AG een (potentiële) meerwaarde voor de gezondheidszorg? Deze fase duurt steeds 12 maanden. Daarna kan een AG-zorginstelling besluiten opnieuw deel te nemen aan een volgende periode. De onderzoeksresultaten geven input voor de zorgpraktijk en voor opleidingen. Ook verschijnen de resultaten in vaktijdschriften en wetenschappelijke tijdschriften. Voor deze fase is één onderzoeker van het lectoraat AG verantwoordelijk. Hij deelt in zijn verantwoordelijkheid met, per AG-zorginstelling, een team van zorgprofessionals met één coördinator.

Fase 3: het zorgprogramma implementeren en monitoren

In fase 3 gebruiken zo veel mogelijk AG-zorginstellingen het zorgprogramma als leidraad. Het programma dient dan dus als bron van inspiratie voor diagnostiek en behandeling. Door deze zorgpraktijk te monitoren, brengen we tegelijkertijd in kaart wat de kwaliteit, veiligheid en (kosten)- effectiviteit is van de antroposofische zorg. In deze fase komen de volgende onderzoeksvragen aan bod:

1. Wat is de kwaliteit, veiligheid en effectiviteit van de antroposofische behandeling – eventueel vergeleken met reguliere behandelingen?
2. Wat zijn de kosten van dit AG-zorgprogramma – eventueel vergeleken met reguliere behandelingen?

Bijlage 2: Vier zorgprogramma's



1. Zorgprogramma voor patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt of bij wie een stent geplaatst is

Inclusiecriteria

- Volwassenen die een hartinfarct hebben doorgemaakt > 3 maanden geleden
- Volwassenen die een stent geplaatst hebben gekregen

Exclusiecriteria

- Volwassenen met angina pectoris
- Volwassenen met uitputtingsverschijnselen
- Volwassenen met chronisch hartfalen

Zorgplan

Intensieve behandelperiode van 14 weken: tweemaal per week groepstherapie:

- Keuze voor de invulling van het zorgplan:
 - euritmietherapie in combinatie met kunstzinnige therapie beeldend
 - euritmietherapie in combinatie met kunstzinnige therapie muziek

Meetinstrumenten

Effect	Hamilton Anxiety Depression Scale (HADS) Sense of Coherence 13 (SOC13) Systolische & diastolische bloeddruk Ademfrequentie en hartfrequentie Gewicht
Kwaliteit	Perceived Quality of Care 23 (PQC 23)

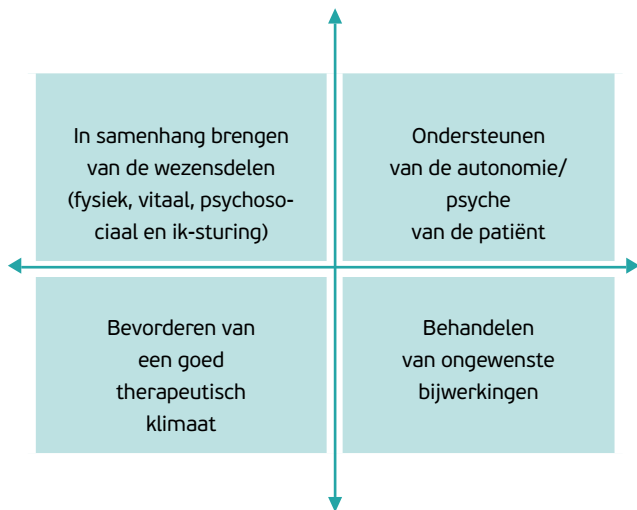
2. Zorgprogramma voor patiënten met kanker of patiënten die kanker hebben doorgemaakt

Dit zorgprogramma is bedoeld ter ondersteuning voor patiënten met kanker:

- Die nog maar net weten dat ze kanker hebben of nog onderzocht worden (*acute fase*)
- Die behandeld worden (operatie, chemo-, radio-, of hormoontherapie (*behandelfase*))
- Die niet meer regulier behandeld worden en genezen verklaard zijn maar mogelijk nog naklachten van de behandeling hebben (*herstelfase/ nacontrolefase*)
- Die uitbehandeld zijn en bij wie de ziekte niet over is (*palliatieve fase*)
- Die niet lang meer te leven hebben (*terminale fase*)

Zorgplan

In het zorgplan kan een keuze gemaakt worden uit de verschillende domeinen waarbij de patiënt begeleid kan worden:



Belangrijk is dat dit zorgplan naast of samen met de reguliere zorg plaatsvindt (kan plaatsvinden).

- De huisarts en de patiënt hebben een centrale rol bij het opstellen van het zorgplan of bij het bepalen van de eerstvolgende stap die gezet wordt in de zorg. Hierbij is het van belang om te bekijken in welke fase de patiënt zich bevindt en op welke domeinen ondersteuning gewenst of nodig geacht wordt.

Acute fase > zie 2.1
Behandelfase > zie 2.2
Chronische fase > zie 2.3
Palliatieve fase / Terminale fase > zie 2.4

- Minimaal eenmaal per twee maanden een consult (telefonisch, praktijk of aan huis) inplannen met de patiënt.

2.1 Zorgprogramma voor patiënten met kanker in de acute fase

Domein 1 In samenhang brengen van de wezensdelen

Versterken van het immuunsysteem

- antroposofische medicatie (o.a. maretakpreparaten)
- uitwendige therapie

Versterken van de vitaliteit

- antroposofische medicatie
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie
- euritmitherapie

Ondersteunen van de warmte organisatie

- antroposofische medicatie
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie (massage, oefen therapie, beweging)
- euritmitherapie

Ondersteunen van de psychische processen

- antroposofische gesprekstherapie

Domein 2 Het ondersteunen van de autonomie/psyche met betrekking tot de ziekte kanker

Leren omgaan met de schokkende gebeurtenis van het krijgen van de ziekte kanker

- antroposofische gesprekstherapie

Domein 3 Het scheppen van een goed therapeutisch klimaat voor de patiënt

Bevorderen van de patiënt-zorgprofessional relatie

- consult huisarts

2.2 Zorgprogramma voor patiënten met kanker in de behandel fase

Domein 1 In samenhang brengen van de wezensdelen

Versterken van het immuunsysteem

- antroposofische medicatie (o.a. maretakpreparaten) naast evt reguliere medicatie
- uitwendige therapie

Versterken van de vitaliteit

- antroposofische medicatie
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie
- antroposofische dieettherapie
- euritmietherapie

Ondersteunen van de warmte organisatie

- antroposofische medicatie
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie
- antroposofische dieettherapie
- euritmietherapie

Ondersteunen van de psychische processen

- antroposofische gesprekstherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- kunstzinnige therapie muziek

Domein 2 Het ondersteunen van de autonomie/psyche met betrekking tot de ziekte kanker

Leren omgaan met de schokkende gebeurtenis van het krijgen van de ziekte kanker

- antroposofische gesprekstherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- kunstzinnige therapie muziek

Versterken van het vermogen tot zelfsturing

- antroposofische gesprekstherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- euritmietherapie (in latere fase van de behandeling)

Domein 3 Het behandelen van de ongewenste bijwerkingen van de reguliere tumor specifieke therapie

Tegengaan van vermoeidheidsklachten

- antroposofische en/of reguliere medicatie
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie

Tegengaan van misselijkheid en andere klachten

- antroposofische en/of reguliere medicatie
- uitwendige therapie
- euritmietherapie

Begeleiden van de gewichtsverandering

- antroposofische dieettherapie

Domein 4 Het scheppen van een goed therapeutisch klimaat voor de patiënt

Bevorderen van de patiënt-zorgprofessional relatie

- consult huisarts
- consult zorgprofessional

2.3 Zorgprogramma voor patiënten met kanker in de chronische fase

Domein 1 Het in gezonde samenhang brengen van de wezensdelen met betrekking tot de ziekte kanker

Versterken van het immuunsysteem

- antroposofische medicatie (o.a. maretakpreparaten)
- uitwendige therapie

Versterken van de vitaliteit

- antroposofische medicatie
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie
- euritmitherapie
- antroposofische dieettherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- kunstzinnige therapie muziek of spraak

Ondersteunen van de warmte organisatie

- antroposofische medicatie
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie
- antroposofische dieettherapie
- euritmitherapie

Ondersteunen van de psychische processen

- antroposofische gesprekstherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- kunstzinnige therapie muziek of spraak
- euritmitherapie

Domein 2 Het ondersteunen van de autonomie/psyche met betrekking tot de ziekte kanker

Ontwikkelen van meer (zelf) bewustzijn in de wetmatigheden van de biografie

- antroposofische gesprekstherapie
- kunstzinnige therapie beeldend

- kunstzinnige therapie muziek of spraak

Versterken van het vermogen tot zelfsturing

- antroposofische gesprekstherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- kunstzinnige therapie muziek of spraak
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie (ritmische massage)
- euritmitherapie (in latere fase van de behandeling)

Domein 3 Het behandelen van de ongewenste bijwerkingen en gevolgen van de reguliere tumor specifieke therapie

Tegengaan van vermoeidheidsklachten

- antroposofische en/of reguliere medicatie
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie

Bevorderen van de wondgenezing

- antroposofische en/of reguliere medicatie
- uitwendige therapie

Begeleiden van de gewichtsverandering

- antroposofische dieettherapie

Domein 4 Het scheppen van een goed therapeutisch klimaat voor de patiënt

Bevorderen van de patiënt-zorgprofessional relatie

- consult huisarts
- consult zorgprofessional

2.4 Zorgprogramma voor patiënten met kanker in de palliatieve fase

Domein 1 Het in gezonde samenhang brengen van de wezensdelen met betrekking tot de ziekte kanker

Versterken van het immuunsysteem

- antroposofische medicatie (o.a. maretakpreparaten)
- uitwendige therapie

Versterken van de vitaliteit

- antroposofische medicatie
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie
- antroposofische dieettherapie
- euritmitherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- kunstzinnige therapie muziek of spraak

Ondersteunen van de warmte organisatie

- antroposofische medicatie
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie
- euritmitherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- kunstzinnige therapie muziek of spraak
- antroposofische dieettherapie

Ondersteunen van de psychische processen

- antroposofische gesprekstherapie
- kunstzinnige therapie-beeldend
- kunstzinnige therapie-muziek
- euritmitherapie

Domein 2 Het ondersteunen van de autonomie/psyche met betrekking tot de ziekte kanker

Ontwikkelen van meer (zelf) bewustzijn in de wetmatigheden van de biografie

- antroposofische gesprekstherapie
- euritmitherapie

Omgaan met vragen over leven en dood

- gesprek met huisarts
- antroposofische gesprekstherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- kunstzinnige therapie muziek of spraak

Versterken van het vermogen tot zelfsturing

- antroposofische gesprekstherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- kunstzinnige therapie muziek of spraak
- uitwendige therapie
- antroposofische fysiotherapie (ritmische massage)
- euritmitherapie

Inzetten van meetinstrumenten overall (moment)

Diagnostiek	Vierdimensionele Klachten Lijst (4DKL) Sense of Coherence 13 (SOC13) Multidimensionele Vermoeidheids Index (MVI-20) State autogene Regulation (State aR)
Effect	4DKL SOC13 MVI-20 State aR
Ervaring met de zorg	Perceived Quality of Care 23 (PQC 23)

3. Zorgprogramma voor kinderen met onbegrepen buikklachten

Inclusiecriteria

- Kinderen en adolescenten in de leeftijd van 4 - 14 jaar
- Klachten die langer bestaan dan 2 maanden

Exclusiecriteria

- Een (sterk) vermoeden dat omgevingsfactoren grote invloed hebben op de klachten en/of als er aanwijzingen zijn kindermishandeling

Anamnese

- Gebruik Samenvattingskaart M-100, NHG-standaard

Aanvullend onderzoek

- Geef een pijndagboek mee aan het kind
- Doorverwijzing naar carrousel voor aanvullende diagnostiek; streven is om binnen een maand het kind de volgende therapeuten te laten bezoeken:
 - kunstzinnig therapeut beeldend
 - diëtist
 - antroposofisch fysiotherapeut
 - euritmitherapeut

Zorgplan

In het multidisciplinair overleg wordt op basis van informatie van de therapeuten een beeld gevormd van het kind. Ook brengen de therapeuten behandeldoelen in die nagestreefd kunnen worden in het zorgplan, of de eerstvolgende stap voor het kind:

- Bevorderen van een gezond eetpatroon
- Verbeteren van het slaappatroon
- Verbeteren van de vitaliteit
- Harmonie in het lichaam bevorderen
- Ondersteunen van de warmte-huishouding
- Ontspanning in het lichaam bevorderen
- Stimuleren van het gevoel van veiligheid
- Versterken van het zelfvertrouwen
- Het opwekken van enthousiasme
- Verbeteren van ervaren van grenzen
- Verbinden van het kind met het lichaam
- Anders, namelijk relatie tussen kind en omgeving in balans brengen

Op basis van behandeldoelen en in samenspraak met het kind en ouder(s) wordt therapie ingezet.

Inzetten van meetinstrumenten (moment)

Diagnostiek	Pijndagboek
Effect	Ernst en frequentie van de klachten in Huisarts informatie systeem
Ervaring met de zorg	Perceived Quality of Care 23 (PQC 23)

4. Zorgprogramma voor patiënten met stress gerelateerde klachten

Inclusiecriteria

- Volwassenen met klachten zoals
 - moeheid
 - gestoorde/onrustige slaap
 - prikkelbaarheid
 - overgevoeligheid voor drukte
 - emotionele labiliteit
 - piekeren
 - gejaagd voelen
 - concentratieproblemen
- Gevoelens van controleverlies
- Significante beperkingen in sociaal/beroepsmatig functioneren
- Hoge mate van distress (4DKL > 11)

Exclusiecriteria

- Klachten zijn het directe gevolg van een psychiatrische stoornis
- Volwassen waarbij basisomstandigheden ontoereikend zijn (financiële middelen, woonomstandigheden)

Aanvullend lichamelijk onderzoek

- Patiënt kenmerken die kunnen worden waargenomen (eventueel met consult bij fysiotherapeut) zijn o.a.
 - verhoogde spierspanning
 - aanwezigheid van druk op de borst met uitstraling naar links
 - aanwezigheid van een hoge ademhaling

Aanvullend onderzoek

- Patiënt 4DKL vragenlijst laten invullen
- Patiënt navragen op:
 - aanwezigheid van vermoeidheid
 - aanwezigheid van veranderde lusten

Tabel 1 Interpretatie van de 4DKL-scores

Schaal	Laag	Matig verhoogd	Sterk verhoogd
Distress	0-10 normale spanningen; in principe geen actie nodig	11-20 verhoogde spanningen met de dreiging van disfunctioneren; stressreductie is wenselijk	21-32 ernstige spanningen met grote kans op disfunctioneren (ziekteverzuim); stressreductie is aangewezen
Depressie	0-2 waarschijnlijk geen depressieve stoornis	3-5 mogelijke depressieve stoornis; aanzien en na enkele weken her evalueren; eventueel depressiediagnostiek	6-12 relatief grote kans op een depressieve stoornis; depressiediagnostiek is aangewezen
Angst	0-7 waarschijnlijk geen angststoornis	8-12 mogelijke angststoornis; aanzien en na enkele weken her evalueren; eventueel diagnostiek van angststoornissen	13-24 relatief grote kans op één of meer angststoornissen; diagnostiek van angststoornissen is aangewezen
Somatisatie	0-10 relatief normale lichamelijke spanningsklachten	11-20 mogelijke somatisatie met dreigend disfunctioneren; bespreken met patiënt	21-32 grote kans op somatisatie; bespreken met patiënt, overweeg cognitieve gedragstherapie of verwijzing

Zorgplan

In het zorgplan wordt gekozen voor verschillende fasen waarbij de patiënt begeleid kan worden:

- Fase 1. Bevorderen van vitaliteit en versterken van bewust wording
- Fase 2. Aanpassen van gedrag
- Fase 3. Versterken van de autonomie van de patiënt

Therapiekeuze binnen het zorgplan op basis van fasen en behandeldoelen

(De wijze van presentatie van de therapie bij een behandel-doel heeft geen relatie tot prioritering). De behandel-doelen die bij dit zorgprogramma worden gebruikt zijn deels overgenomen uit het zorgprogramma depressieve klachten (Therapeuticum Haarlem).

Fase 1 Bevorderen van vitaliteit en versterken van bewust wording

Dagstructuur behouden

- Poh-GGZ
- gesprekken huisarts

Vitaliteit versterken

- medicatie
- uitwendige therapie
- fysiotherapie (antroposofisch, ritmische massage)
- voeding en diëtiëk

In verbinding komen: (bewustwording van prikkels van buitenaf)

- uitwendige therapie
- (antroposofische) fysiotherapie (ritmische massage)
- voeding en diëtiëk

Fase 2 Aanpassen van gedrag

Van binnenuit in verbinding komen (wilsimpulsen)

- kunstzinnige therapie beeldend
- eurythmie therapie
- psychologische begeleiding

Ademen (vanuit het gevoelsgebied)

- (antroposofische) fysiotherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- eurythmie therapie

Inzicht gevende therapie vanuit de waarneming (niet met nadruk op veranderen)

- Poh-GGZ
- psychologische begeleiding

In beweging komen (handelingsbereidheid aanspreken)

- (antroposofische) fysiotherapie
- kunstzinnige therapie beeldend
- eurythmie therapie

Fase 3 Versterken van de autonomie van de patiënt

Levensgebeurtenissen verwerken

- kunstzinnige therapie
- psychologische begeleiding
- biografische gesprekken

Eigenheid versterken

- eurythmie therapie
- psychologische begeleiding
- mindfulness training
- psychologische begeleiding door Poh-GGZ, eerstelijns psycholoog of psychotherapeut

Inzetten van meetinstrumenten (moment)

Diagnostiek	Vier Dimensionale Klachtenlijst (4DKL) Sense of Coherence 13 (SOC13)
Effect	4DKL SOC13 Patiënt Specifieke Klachten lijst (PSK) (mindfulness vragenlijst/nog ter discussie)
Ervaring met de zorg	Perceived Quality of Care 23 (PQC23)

Bijlage 3

Perceived Quality of Care 23 (PQC23)

Anja de Bruin, Evi Koster

U heeft voor uw klacht of aandoening in de afgelopen zes maanden behandeling(en) binnen een zorgprogramma ontvangen. In dit zorgprogramma werken diverse zorgverleners met elkaar samen. Graag vragen wij u de volgende vragen wilt kunt beantwoorden over de rol van de huisarts, de ervaring met het zorgprogramma en de zorgverleners alsmede het door u ervaren effect op uw gezondheid.

1. Gaf uw huisarts u inzicht over de achtergronden en mogelijke oorzaken van uw klacht of aandoening?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

2. Bent u door uw huisarts goed geïnformeerd over de antroposofische behandelingsmogelijkheden?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

3. Kon u meebeslissen over de behandeling of hulp die u kreeg?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

4. Richtte uw huisarts de behandeling (ook) op het ondersteunen van de eigen herstelkrachten van uw lichaam?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd
- Weet ik niet

5. Motiveerde uw huisarts (of uw deelname aan het zorgprogramma) u om zelf actief aan uw gezondheidstoestand bij te dragen?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

6. Had u vertrouwen in de deskundigheid van uw huisarts?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

7. Was het team van zorgverleners binnen het zorgprogramma voldoende betrokken bij u als persoon tijdens het zorgprogramma?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd



8. Kon u door deelname aan het zorgprogramma uw klacht of aandoening betekenis geven binnen de samenhang van uw leven en functioneren?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

9. Heeft u in de afgelopen periode contact (mondeling, telefonisch en/of via email) gehad met de zorgverleners?

- Antroposofisch fysiotherapeut
- Euritmietherapeut
- Kunstzinnig therapeut-beeldend
- Kunstzinnig therapeut-muziek
- Praktijkondersteuner
- Antroposofisch verpleegkunde
- Antroposofisch gesprekstherapeut
- Anders.....
- Anders.....

10. Kunt u hieronder aangeven hoeveel keer u in totaal met deze zorgverleners contact gehad heeft en hoe tevreden u bent met deze zorgverleners?

	Zeer tevreden	Tevreden	Niet tevreden / niet ontevreden	Ontevreden	Zeer ontevreden	Aantal keer contact
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Samenwerking

De komende vragen 11 t/m 16 gaan specifiek over de **samenwerking** tussen de door u in vraag 9 aangevinkte zorgverleners (de zorgverleners waar u de afgelopen 6 maanden contact mee heeft gehad).

11. Werkten de zorgverleners in uw ogen goed samen?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

12. Waren de behandelingen van de verschillende zorgverleners op elkaar afgestemd?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

13. Gaven de zorgverleners u tegenstrijdige informatie?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

14. Kreeg u van verschillende zorgverleners binnen het zorgprogramma tegenstrijdige informatie?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

15. Vond u het vervelend uw verhaal opnieuw te moeten vertellen aan de verschillende zorgverleners?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd
- Niet van toepassing

16. Waren uw gegevens goed doorgegeven van de een naar de andere zorgverlener?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

De komende vragen 16 t/m 22 gaan over de belasting en het effect van de totale behandeling binnen het zorgprogramma.

17. Hoe heeft u de belasting van de behandeling ervaren?

- Zeer belastend
- Belastend
- Licht belastend
- Niet belastend

18. Hoe heeft u de opbrengst van de behandeling ervaren?

- Geen opbrengst
- Matige opbrengst
- Voldoende opbrengst
- Goede opbrengst

19. Was de belasting van de behandeling de opbrengst waard?

- Nee
- Ja



20. Waren er bijwerkingen van de behandeling?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

21. Zijn de klachten waarvoor u bent behandeld verbeterd?

- Nee, verslechterd
- Nee, onveranderd
- Ja, verbeterd, maar niet volledig hersteld
- Ja, volledig hersteld

22. Beïnvloedde de behandeling de kwaliteit van uw leven positief?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

23. Bood het team van zorgverleners binnen het zorgprogramma u de zorg die u op dat moment nodig had?

- Nooit
- Soms
- Meestal
- Altijd

24. Welk rapportcijfer geeft u aan de zorg?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-

Verantwoording

Dit handboek is geschreven als resultaat van het project *Het optimaal organiseren van diagnosegebonden zorg in de eerstelijns multidisciplinaire antroposofische gezondheidszorg*. Dat project is gefinancierd en begeleid vanuit ZonMw¹ en het overkoepelende *Op één lijn* project.²

Het onderzoek is uitgevoerd door

- Klaas IJkema, onderzoeker bij het Instituut voor Mens en Organisatieontwikkeling³ en het lectoraat Leiderschap van dr. Adriaan Bekman.⁴ E-mail: ijkema@het-imo.net
- Anja de Bruin, onderzoeker bij het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg⁵ van dr. Erik Baars. E-mail: bruin.de.a@hsleiden.nl

Beide onderzoekers schreven de hoofdtekst van het handboek. Zij maakten deel uit van de Projectgroep, die verantwoordelijk was voor de coördinatie en uitvoering van het onderzoek. Voorzitter van de projectgroep was Henk Verboom, betrokken bij therapeuticum Mercurus. E-mail: henkverboom@hetnet.nl
Henk Cramer, betrokken als fysiotherapeut bij therapeuticum Helianth. E-mail: henk.cramer@helianth.nl

Het woord vooraf is door Henk Verboom geschreven, de inleiding door Adriaan Bekman en het nawoord door Erik Baars en Adriaan Bekman.

Tijdens het onderzoek is ook meegedacht door een klankbordgroep. Daarin zaten Piet Kuhlman namens de patiëntenvereniging⁶ (e-mail: pkuhlmann@zorgbelang-nederland.nl), Andreas Reigersman (e-mail: andreas@reigersman.nl) namens Antroposana⁷ en Madeleen Winkler (e-mail: winkler@therapeuticumcalendula.nl, huisarts in therapeuticum Calendula⁸, Gouda.

Aan het onderzoek hebben vier therapeutica meegedaan:

 MERCURUS	Therapeuticum Mercurus: http://mercurus.praktijkinfo.nl
 THERAPEUTICUM AURUM antroposofisch gezondheidscentrum www.therapeuticumaurum.nl	Therapeuticum Aurum: http://therapeuticum.zoetermeergezond.nl
 Therapeuticum Helianth	Therapeuticum Helianth: http://www.helianth.nl
 WIDAR GEZONDHEIDSCENTRUM	Therapeuticum Widar: http://www.widar.nl

¹ Website: <http://www.zonmw.nl/nl>

² Website: <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/op-een-lijn/algemeen>

³ Website: <http://het-imo.net>

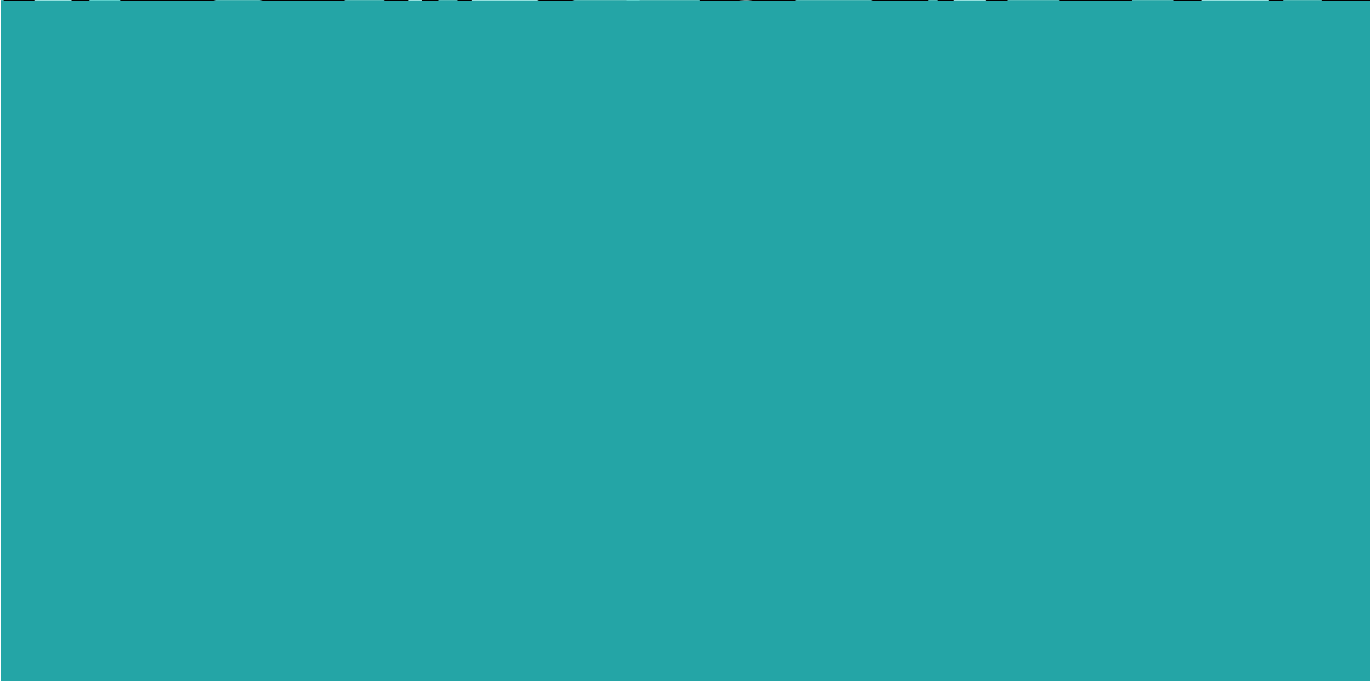
⁴ Website: <https://www.hanze.nl/NL/Schools/instituut-bedrijfskunde/opleidingen/master/leiderschap/Paginas/Adriaan-Bekman.aspx>

⁵ Website: <http://www.hsleiden.nl/lectoraten/antroposofische-gezondheidszorg>

⁶ Website: <http://www.zorgbelang-nederland.nl>

⁷ Website: <http://www.antroposana.nl>

⁸ Website: <http://www.therapeuticumcalendula.nl>



Inhoud		
Vooraf	2	
Leeswijzer	3	
1. Inleiding		
Ontwikkelingen in de gezondheidszorg in Nederland	4	
2. Bevindingen uit het actie-onderzoek	6	
3. Een zorgprogramma ontwikkelen	8	
4. Voor een goed begin zorgen	14	
5. Therapeuticum als een organisatie	20	
6. Samenwerking	26	
7. Nawoord: Therapeutica hebben de toekomst, mits	28	
8. Aanbevelingen vanuit de projectgroep	30	
Bijlage 1		
Werk mee aan de ontwikkeling van antroposofische zorgprogramma's	34	
Bijlage 2:		
Vier zorgprogramma's	38	
1. Zorgprogramma voor patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt of bij wie een stent geplaatst is	38	
2. Zorgprogramma voor patiënten met kanker of patiënten die kanker hebben doorgemaakt	39	
2.1 Zorgprogramma voor patiënten met kanker in de acute fase	40	
2.2 Zorgprogramma voor patiënten met kanker in de behandelfase	41	
2.3 Zorgprogramma voor patiënten met kanker in de chronische fase	42	
2.4 Zorgprogramma voor patiënten met kanker in de palliatieve fase	43	
3. Zorgprogramma voor kinderen met onbegrepen buikklasten	44	
4. Zorgprogramma voor patiënten met stress gerelateerde klachten	45	
Bijlage 3		
Perceived Quality of Care 23 (PQC23)	47	
Verantwoording	51	