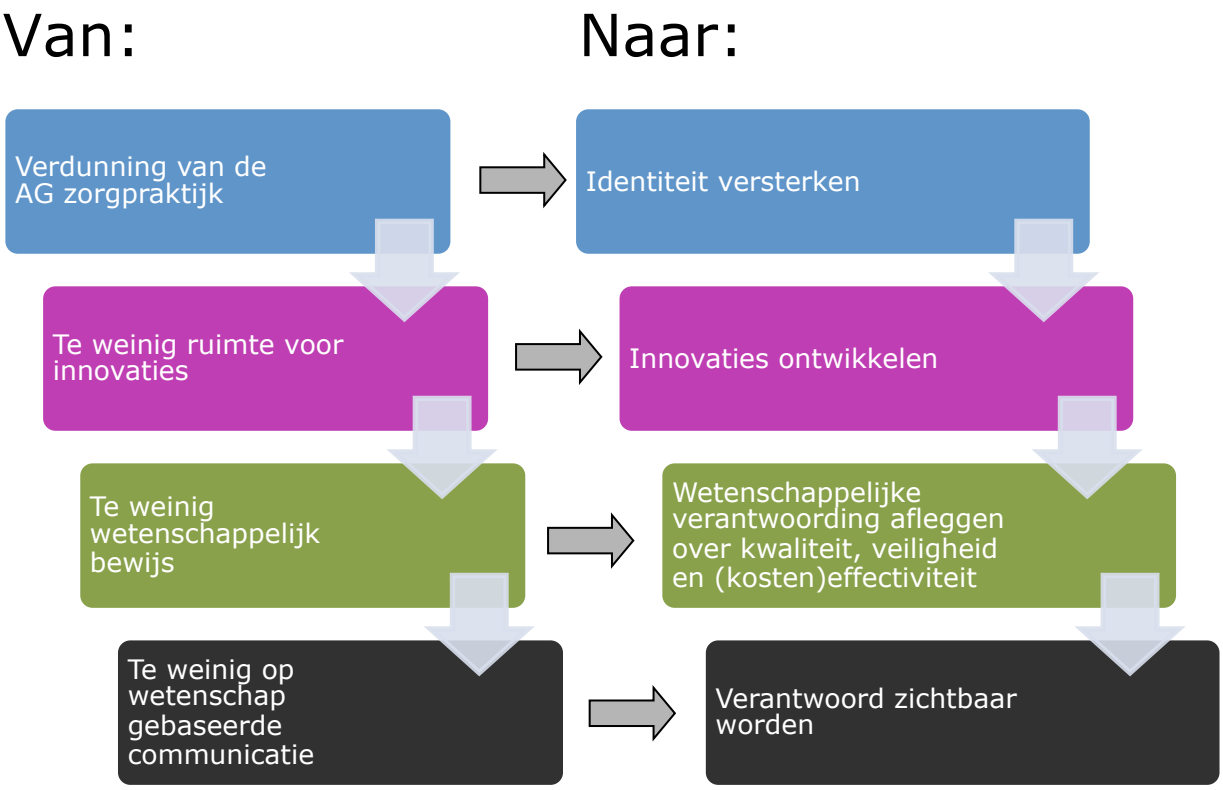
Routekaart praktijkonderzoek 2012



van de Antroposofische Gezondheidszorg

Erik W. Baars en medewerkers

Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg

© 2012, Hogeschool Leiden. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaargemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Hogeschool Leiden, Zernikedreef 11, 2333 CK Leiden.

Inhoudsopgave

	Inleiding	4
1.	De situatie van de Antroposofische Gezondheidszorg	5
	1.1 Kenmerken van AG	5
	1.2 Stand van zaken maatschappelijke positie van AG	6
	1.3 Stand van zaken wetenschappelijk onderzoek naar AG	8
	1.4 Consequenties voor het beleid t.a.v. praktijkonderzoek	9
2.	Identiteit versterken	11
3.	Innovaties ontwikkelen	14
4.	Verantwoording afleggen	19
5.	Verantwoord zichtbaar worden	25
	Samenwerking en scholingsactiviteiten	29
	Samenvatting	30
	Referenties	34

Inleiding

In deze publicatie wordt na een analyse van de positie van de Antroposofische Gezondheidszorg (AG), inclusief haar belangrijkste praktijkproblemen, een schematisch, samenhangend kort overzicht van vier pijlers van praktijkonderzoeksbeleid gegeven. Deze dragen bij aan het oplossen van deze problemen. Bij elke pijler wordt, na een korte inleiding op het thema, ingegaan op de vragen naar het wat, waarom, hoe, en wie van de pijler. Vervolgens wordt aangegeven welke projecten en publicaties van het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg er onder deze pijler vallen, worden voorbeelden van resultaten gegeven en worden kort de onderdelen van het toekomstig beleid geschetst.

Met deze publicatie hopen we u als lezer een samenhangend overzicht over de achtergronden, de inhoud en de samenhang van het onderzoeksbeleid en de concrete projecten van het lectoraat AG te geven. Met u samen hopen we dit beleid daadwerkelijk vorm te geven, op weg naar een versterking van de AG identiteit, innovatieve AG bijdragen aan de ontwikkeling van de gezondheidszorg, wetenschappelijke bewijzen van kwaliteit, veiligheid en (kosten)effectiviteit van AG en op wetenschap gebaseerde, verantwoorde communicatie op maat over AG aan stakeholders.

1. De situatie van de Antroposofische Gezondheidszorg

Centrale vragen om beleid te maken ten aanzien van praktijkonderzoek naar Antroposofische Gezondheidszorg (AG) zijn: Wat zijn de kenmerken van AG? Wat zijn haar belangrijkste praktijkproblemen? Wat is haar maatschappelijke positie en wat is de stand van zaken van het wetenschappelijk onderzoek naar AG? Aan de hand van de beantwoording op hoofdlijnen van deze vragen naar de actuele situatie van AG, wordt een analyse gegeven die input geeft voor het beleid van het AG praktijkonderzoek zoals vormgegeven binnen het lectoraat AG.

1.1 Kenmerken van AG

De AG is aan het begin van de twintigste eeuw ontstaan als een verruiming van de bestaande geneeskunde. Een belangrijke rol hierin speelde de Nederlandse arts Ita Wegman. In 1921 richtte zij vlak bij Basel het eerste antroposofische ziekenhuis op. Zij werd in dit initiatief van harte gesteund door Rudolf Steiner, gepromoveerd filosoof en grondlegger van de antroposofie. Steiner verzorgde in die beginjaren de eerste lezingen over de verbinding van de antroposofische geesteswetenschap met de reguliere geneeskunde, en daaruit ontwikkelde zich het begin van de antroposofische geneeskunst.

In de AG wordt veel aandacht geschonken aan de samenhang tussen lichaam, ziel en geest, alsmede aan leefstijl, zingevingsvraagstukken en omgevingsfactoren in relatie tot ziekte en gezondheid. Het ondersteunen en actief stimuleren van het zelfregulerend en zelfgenezend vermogen van de mens, een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en zorgverlener, meer tijd en aandacht voor de patiënt, het ontwikkelen van natuurlijke medicijnen en een terughoudend gebruik van reguliere medicijnen zijn tot op de dag van vandaag veelgenoemde en gewaardeerde kenmerken van de AG.

Kenmerkend voor de antroposofische zorgverlening is de vanuit een gedeelde visie interdisciplinair samenwerken en het kunnen toepassen van vele therapieën waarmee de patiënt actief de eigen gezondheidstoestand kan beïnvloeden. Naast de klassieke, maar tegelijkertijd antroposofisch verruimde therapieën, zoals psychotherapie en fysiotherapie, zijn dat onder

meer kunstzinnige therapie (muziek en beeldend), spraak- en euritmietherapie, en de uitwendige therapie. De zorgverleners die deze therapieën toepassen, verlenen hun diensten zowel in de eerste- als in de tweedelijnszorg.

In de antroposofische visie is fysieke gezondheid het resultaat van de lichamelijk georiënteerde zelfregulerende activiteit, die voortdurend gericht is op het herstellen van de balans tussen het organisme en diens omgeving, en het herstellen van de balans tussen deelsystemen in het organisme zelf. De psychosociale gezondheid betreft het in staat zijn om in wisselende omstandigheden autonoom te kunnen functioneren en betekenisvol richting te kunnen geven aan het eigen leven. Deze activiteit is eveneens gebaseerd op gedurende het leven ontwikkelde zelfregulerende vaardigheden (Baars, 2005). Antroposofische therapieën zijn primair gericht op het bevorderen van de werkzaamheid van de niet-materiële functionele werkelijkheidslagen, die als werkingsprincipe verantwoordelijk zijn voor het door zelfregulering in stand houden en herstellen van het organisme als psychosomatische eenheid. Het zijn daarmee primair gezondheidsbevorderende therapieën.

De AG heeft in potentie, vanuit haar antroposofisch geesteswetenschappelijke achtergrond en haar in meer dan 90 jaar opgebouwde enorme praktijk- en ervaringskennis, veel te bieden voor de innovatie van de gezondheidszorg.

1.2 Stand van zaken maatschappelijke positie van AG

De AG bestaat in Nederland uit meerdere sectoren: de huisartsgeneeskunde (eerste lijn), consultatiebureaus, bedrijfsgeneeskunde en schoolartsendiensten naast een rijkgeschakeerde tweedelijnszorg. De huisartsen werken in zelfstandige praktijken, of in zogeheten therapeutica, samen met verschillende andere disciplines. Daarnaast zijn er veel zelfstandige therapeuten werkzaam. Dit zijn veelal HBO-professionals, zoals kunstzinnig therapeuten, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en euritmietherapeuten. Er zijn zo’n 160 praktiserende antroposofische (huis)artsen en specialisten in Nederland. Er zijn 15 consultatiebureaus voor zuigelingen en kleine kinderen tot vier jaar, deels ingebed in de regionale instituties. Naar schatting maken ongeveer 200.000 patiënten gebruik van deze diensten. De antroposofische tweedelijnszorg strekt zich uit van

geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg (VZ) tot aan ouderenzorg en zorg aan cliënten met een ontwikkelings-, verstandelijke en/of lichamelijke stoornis (VGZ) (zie ook: www.nvaz.nl).

AG wordt op dit moment onderzocht en gedoceerd aan verschillende universiteiten in Europa en ambulant en klinisch gepraktiseerd in 80 landen over de gehele wereld. De AG is sterk internationaal georganiseerd en ingebed (IVAA, 2012).

AG wordt door velen beschouwd als zowel een van de CAM (Complementary & Alternative Medicine) stromingen als een vorm van Integrative Medicine (IM). De AG beschouwt zichzelf daarnaast ook als een verruiming van de geneeskunde door het toevoegen en integreren van antroposofische, geesteswetenschappelijke kennis aan de 'reguliere' kennis. Inmiddels zijn er in de laatste decennia tevens diverse aspecten van AG die binnen de reguliere gezondheidszorg ook veel aandacht krijgen, zoals bijvoorbeeld 'health promotion', zelfmanagement en individugeoriënteerde zorg op maat.

In de afgelopen jaren bestaan er binnen de AG steeds meer zorgen over een ´verdunning' van de AG zorg of in andere woorden, zorgen over dat er in steeds mindere mate antroposofisch gewerkt wordt. Redenen hiervan zijn onder meer: de externe druk (bv. de administratieve druk en de druk om evidence-based regulier te werken), het probleem van onvoldoende in AG geschoolde zorgprofessionals, weinig ruimte voor verdere ontwikkeling van AG en het feit dat er steeds meer overlap is tussen kenmerken van AG, andere CAM/IM stromingen en de reguliere gezondheidszorg. Het beleven binnen de AG is dat de potentie van AG voor de gezondheidszorg onvoldoende gerealiseerd wordt.

In de afgelopen jaren zijn daarnaast door onder meer de Evidence-Based Medicine benadering de mogelijkheden van AG in de zorgpraktijk en het imago van AG aangetast. Zo zijn, door het ontbreken van naar reguliere maatstaven, voldoende wetenschappelijke bewijzen, veel AG medicijnen van de markt verdwenen en worden AG therapieën steeds minder vergoed. Dit heeft tot gevolg dat door externe invloeden het potentieel van de AG in de zorgpraktijk sterk ingeperkt wordt. Daarnaast is, na een situatie van relatief vredelievend gedogen tot het eind van de 20ste eeuw, het imago van AG (evenals dat van andere CAM stromingen en IM) verslechterd. AG wordt

veelal als kwakzalverij, placebo-effect en onwetenschappelijke gezondheidszorg beschouwd.

1.3 Stand van zaken wetenschappelijk onderzoek naar AG

Het aantal wetenschappelijke publicaties over AG neemt jaarlijks stabiel toe met zo'n 200 tot 250: van 114 (eind 2005), naar 313 (eind 2007), naar 579 (medio 2009) en naar 816 (oktober 2011). In vergelijking met het aantal wetenschappelijke publicaties voor een bepaald regulier gezondheidszorg-domein (bv. reumatologie) is dit echter een zeer gering aantal.

Tot eind 2010 waren er 256 studies naar het effect van AG uitgevoerd (Kienle, Kiene & Albonico, 2006; Kienle et al., 2011), waarvan 70 in de afgelopen 6 jaar. Van de 256 studies zijn er 74 prospectief vergelijkende studies (inclusief 38 gerandomiseerde klinische trials (RCT's)), 90 prospectieve en 52 retrospectieve studies zonder vergelijkingsgroep, en 49 retrospectief vergelijkende studies met vergelijkingsgroep. Van deze 256 werd in 38 het AG-therapiesysteem als geheel (inclusief medicatie en therapieën) onderzocht, zijn er 10 niet-farmacologische studies, 133 studies naar misteltherapie bij kanker, en 84 andere geneesmiddelonderzoeken.

De resultaten van de studies zijn overwegend positief en er zijn nauwelijks risico's en bijwerkingen, en indien aanwezig zijn die zwak tot matig. Op basis van de systematische review (Kienle, Kiene & Albonico, 2006; Kienle e.a., 2011), is de conclusie dat het onderzoek naar AG op een breed spectrum van aandoeningen overwegend goede resultaten laat zien, met weinig bijwerkingen, een hoge mate van cliënttevredenheid, en aanwijzingen voor kosteneffectiviteit in vergelijking met de reguliere behandeling (Kienle, Kiene & Albonico, 2006; Kienle e.a., 2011; Kooreman & Baars, 2010). Op basis van het aantal wetenschappelijke publicaties en de resultaten van de onderzoeken naar de (kosten)effecten kunnen we concluderen dat AG als geheel steeds meer evidence-based wordt.

In september 2012 werd in Dornach in het kader van de zogenaamde 'Perspektivenkonferenz' van de Medizinische Sektion in een werkgroep teruggeblikt op de resultaten van het onderzoeksbeleid van de afgelopen 10 jaar en werd een aanzet gegeven tot onderdelen van internationaal onderzoeksbeleid voor de periode tot 2020. Vastgesteld werd dat alle beleidsdoelstellingen met betrekking tot internationale academisering van AG ruimschoots gehaald zijn. Voor de komende periode van acht jaar zijn onder

meer de volgende doelstellingen ten aanzien van onderzoeksbeleid geformuleerd:

1. Doorgaan met internationale academisering van AG.
2. Verdere ontwikkeling van het eigen wetenschappelijke discours van AG.
3. Nauwere samenwerking tussen onderzoek en zorgpraktijk.
4. Implementatie van case-study methodologie in AG opleidingen, onderzoek en zorgpraktijk.

Eind september 2012 werden de resultaten gepresenteerd van het Cambrella project, een door de EU gefinancierde internationale studie naar een 'roadmap for European CAM (Complementary & Alternative Medicine) research' (Cambrella, 2012). Met betrekking tot onderzoeksbeleid werden de volgende conclusies getrokken:

1. "CAM is a neglected area of research in the EU – it needs active encouragement.
2. An EU research strategy for CAM must prioritize a European wide approach that reflects the needs of the citizens and providers of CAM.
3. Research methods must reflect the real-world settings of health care in Europe. Specifically, we recommend to:
    a. Implement comparative effectiveness research (CER) and concurrent health economic evaluation of different treatment strategies including CAM.
    b. Put emphasis on the investigation of CAM safety in clinical contexts, e.g. by support of country-wide registers, observational studies, single case studies or case histories.
    c. Address the impact of context and meaning factors (generally known as non-specific effects and may include the "placebo effect") such as preferences and expectations in clinical research.
4. A centralized and academically supported EU CAM centre should make this EU research strategy operational."

1.4 Consequenties voor het beleid t.a.v. praktijkonderzoek

Lectoraten aan hogescholen zijn sinds 2001 opgericht om met behulp van praktijkonderzoek de beroepspraktijk te helpen met het oplossen van de praktijkproblemen. Samengevat kunnen we stellen dat de AG een enorm potentieel voor innovatie van de gezondheidszorg heeft, dat echter nog maar

gedeeltelijk gerealiseerd is. De meest belangrijke categorieën van praktijkproblemen van de AG zijn:

1. De 'verdunning' van de AG zorgpraktijk
2. Te weinig ruimte voor innovaties
3. Te weinig wetenschappelijk bewijs
4. Te weinig op wetenschap gebaseerde communicatie

Het lectoraat AG wil door middel van praktijkonderzoek en transfer van kennis bijdragen aan het programmatisch oplossen van deze praktijkproblemen. Het praktijkonderzoek wordt vormgegeven in een routekaart met vier pijlers:

1. Identiteit AG versterken
2. Innovaties ontwikkelen
3. Verantwoording afleggen over de kwaliteit, veiligheid en (kosten)effectiviteit van de zorg
4. Verantwoord zichtbaar worden

Deze pijlers worden in de volgende vier hoofdstukken samenvattend besproken.

2. Identiteit versterken

In meer dan 90 jaar is er internationaal en in Nederland veel bereikt in de realisatie van de AG. Desalniettemin is er door diverse ontwikkelingen een groeiende behoefte aan en noodzaak tot het (verder) versterken van de identiteit van de AG, zowel conceptueel als in de alledaagse zorgpraktijk, de zorgprogramma's en de communicatie over AG.

2.1 Wat?

- Versterken van de identiteit van AG.

2.2 Waarom?

- Er wordt in de AG steeds minder antroposofisch gewerkt. Deze 'verdunning' van de AG zorgpraktijk wordt onder meer door bewerkstelligd door praktische zaken:
    - Externe druk, zoals bijvoorbeeld administratieve druk of de druk om evidence-based regulier te werken. Hierdoor wordt er minder of niet meer antroposofisch gewerkt.
    - Onvoldoende in AG geschoolde zorgprofessionals.
    - Weinig ruimte voor verdere ontwikkeling van AG.
- Daarnaast is er sprake van een toenemende overlap in kenmerken van AG, andere CAM/IM stromingen en de reguliere gezondheidszorg. Zo zijn alle CAM stromingen gezondheid bevorderend en wordt er in de reguliere gezondheidszorg ook steeds meer gewerkt aan health promotion en individugeoriënteerde zorg op maat. Veel aspecten van AG die vanaf haar ontstaan aan het begin van de 20ste eeuw deel uitmaakten van de AG (bv. mindfulness, gezondheidsbevordering, shared decision making, patiëntenvoorlichting) zijn inmiddels gemeengoed binnen de gezondheidszorg geworden. Opkomende vragen die betrekking hebben op de AG identiteit zijn dan ook: wat is (nog) uniek aan AG? Op welke vlakken is er overlap met andere CAM stromingen en de reguliere gezondheidszorg?

2.3 Hoe?

- Het lectoraat AG wil het initiatief nemen om een ontwikkelproces in te richten met de verschillende stakeholders binnen het AG veld. In een invitational conference begin 2013 zal een eerste verkenning gedaan worden naar de behoeften aan het gezamenlijk werken aan het versterken van de AG identiteit en naar de ingrediënten van een eventueel gezamenlijk ontwikkelproces. Indien mogelijk wordt hierbij ook internationaal afgestemd.

2.4 Wie?

- Het lectoraat AG.
- De verschillende AG stakeholders (beroepsverenigingen, zorginstellingen, patiëntenorganisaties, NVAZ, de Antroposofische Vereniging, etcetera).
- Internationale stakeholders zoals bv. de Medizinische Sektion in Dornach en de verschillende internationale onderzoekgroepen.

2.5 Projecten

- In vrijwel alle projecten van het lectoraat is en wordt in meer of mindere mate impliciet gewerkt aan het versterken van de identiteit.
- Een meer programmatisch ontwikkelproces, expliciet gefocust op versterking van de AG identiteit is nog niet gestart.

2.6 Publicaties

- In de verschillende symposium publicaties van het lectoraat is inleidend geschreven over de kenmerken van AG:
    - Baars E.W. (2008). Antroposofische gezondheidszorg. De professionele ambachtelijkheid van gezondheid bevorderen. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
    - Baars E.W., Van der Bie G. (eindred.) (2008). Praktijkonderzoek in de Antroposofische Gezondheidszorg 2008. Eerste stappen in de ontwikkeling van: practice-based evidence, ondersteuning in

de therapeutische besluitvorming en evalueren van kwaliteit en effect. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Baars E.W., Van der Bie G. (eindred.) (eindredactie) (2009). Praktijkonderzoek in de Antroposofische Gezondheidszorg 2009. Op weg naar een professionele individugeoriënteerde gezondheidszorg! Welke vaardigheden en innovaties moeten ontwikkeld worden? Leiden: Hogeschool Leiden.
- Baars, E.W., Bie, G.H. van der (eindred.) (2011). Health Promotion: preventief en curatief. Naar een duurzame gezondheidszorg. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

2.7 Voorbeelden

- Vanuit het Louis Bolk Instituut is op verzoek van Christophorus een eerste vragenlijst voor het beoordelen van de antroposofische identiteit ontwikkeld en in twee zorginstellingen met positief resultaat getoetst. Deze vragenlijst is ontwikkeld op basis van een literatuurstudie en interviews met stakeholders in AG zorginstellingen.
- Vanuit de Antroposofische Vereniging is een proces ingericht waarin gewerkt wordt aan het innoveren van de beeldvormende diagnostische methode binnen de AG.

2.8 Toekomst

- Het lectoraat streeft ernaar om met het in §2.3 kort beschreven ontwikkelproces een binnen het AG veld breed gedragen discussie over de identiteit van AG in gang te zetten en daarnaast activiteiten te ontwikkelen die leiden tot versterking van de AG identiteit in de alledaagse zorgpraktijk, de AG zorgprogramma's en de communicatie over AG.

3. Innovatie door zorgprogramma ontwikkeling

De gezondheidszorg, de behoeften van gebruikers en het gezondheidszorgbeleid zijn voortdurend in beweging. Dit heeft gevolgen voor de vormgeving van alle facetten van de gezondheidszorg. Zo heeft de huidige financiële crisis in combinatie met de al jaren fors stijgende zorgkosten in Nederland invloed op zaken als de hoogte van het eigen risico, discussies en besluiten over de vergoeding van 'te dure zorg'. Ook hebben technische innovaties tal van nieuwe diagnostische en therapeutische mogelijkheden gebracht.

Voortdurende innovatie is en blijft een centrale rode draad door alle ontwikkelingen heen. Centrale vragen bij de innovatie van de zorg zijn:

1. **Behoefte**: Is er behoefte van patiënten en zorgprofessionals aan de innovatie van de (organisatie van de) zorg?
2. **Noodzakelijkheid**: Is de zorg noodzakelijk voor deelname aan de maatschappij?
3. **Kwaliteit**: Kan de kwaliteit van (de organisatie) van het zorgaanbod beter?
4. **Effectiviteit**: Is er wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van de zorg?
5. **Kosten-effectiviteit**: Hoeveel levert de behandeling op in relatie tot de te maken kosten?
6. **Verantwoording**: Wie betaalt: de patiënt of de overheid?

AG heeft een enorm, slechts in beperkte mate gerealiseerd, potentieel aan innovatie voor de gezondheidszorg. Het ontwikkelen van AG zorgprogramma's is een weg om dit potentieel (verder) professioneel vorm te geven.

3.1 Wat?

- Ontwikkelen van AG zorgprogramma's. Een zorgprogramma is een transparant, samenhangend hulpaanbod voor een specifieke doelgroep.
- De AG zorgprogramma's zijn gebaseerd op:
    - Een beschrijving van de AG zorgpraktijk.

    - Reguliere en AG expertkennis en wetenschappelijke kennis.
    - Een proces van consensusvorming onder experts waarbij alle bronnen van kennis beoordeeld en gebruikt worden.
    - Testen in de klinische praktijk en het zo nodig op basis van de resultaten weer aanpassen van het zorgprogramma.
- De AG zorgprogramma's laten de eigenheid van de AG intact, zoals blijkt uit de ingrediënten:
    - Integratie van reguliere en AG kennis.
    - Integratie van een gezondheid bevorderende en een ziekte bestrijdende benadering.
    - Inzet van individugeoriënteerde naast groepsgeoriënteerde kennis.
    - Integratie van reguliere en AG diagnostiek en interventiekeuze.

3.2 Waarom?

- AG zorgprogramma ontwikkeling sluit aan bij:
    - Het op professionele wijze innoveren van de gezondheidszorg.
    - Reguliere indicaties, waardoor ze meer herkenbaar en toegankelijk zijn voor bv. patiënten, verwijzers, onderzoekers, en financiers.
    - De huidige financieringsstructuur, waardoor de kans op financiering ervan vergroot wordt.
- AG zorgprogramma ontwikkeling leidt tot kwaliteitsverbetering binnen de AG, door het bijeenbrengen van alle relevante expert- en formele kennis en toetsing in de zorgpraktijk.
- AG heeft een enorm, slechts in beperkte mate gerealiseerd, potentieel aan innovatie voor de gezondheidszorg. Het ontwikkelen van AG zorgprogramma's is een weg om dit potentieel (verder) professioneel vorm te geven.
- De ontwikkeling van AG zorgprogramma's levert naar verwachting veelbelovende hypothesen over de werking van AG 'whole systems' of AG onderdelen. Deze kunnen in vervolgonderzoek getoetst worden.

3.3 Hoe?

- Ontwikkeling van multidisciplinaire ('whole medical system') of monodisciplinaire (bv. antroposofische fysiotherapie bij schouderklachten) zorgprogramma's.
- Deze ontwikkeling vindt gefaseerd plaats:
    - Fase 1: Ontwikkeling van een zorgprogramma en een Routine Outcome Monitoring (ROM) infrastructuur.
    - Fase 2: Testen (monitoren) en optimaliseren van het zorgprogramma.
    - Fase 3: Implementeren en monitoren van het zorgprogramma.
    - Aansluitend: Goed gecontroleerd vervolgonderzoek 'whole medical system' of onderdelen (zie ook §4.3)

3.4 Wie?

- Het lectoraat AG, de AG zorgpraktijk en eventuele partners in nauwe samenwerking.

3.5 Zorgprogramma projecten van het lectoraat AG

- Binnen het RAAK project "In verbinding" worden zorgprogramma's ontwikkeld voor mensen met:
    - Depressie
    - Hechtingsproblemen
    - Hooikoorts
    - Kanker
    - Schouderklachten (antroposofische fysiotherapie)
- Binnen het project "Het optimaal organiseren van diagnosegebonden zorg in de eerstelijns multidisciplinaire antroposofische gezondheidszorg" dat onderdeel uitmaakt van het ZonMW programma "Op één lijn" worden zorgprogramma's ontwikkeld voor mensen met:
    - Kanker
    - Stressgerelateerde klachten
    - Hart- en vaatziekten
    - Onbegrepen buikklachten

3.6 Publicaties van het lectoraat AG (enkele voorbeelden)

- E.W. Baars, A. Ponstein, M. Niemeijer, G.H. van der Bie (2009). Antroposofische, individugeoriënteerde zorgprogramma's: waarom, hoe en wat? In: E. W. Baars & G.H. van der Bie (eindredactie). *Praktijkonderzoek in de Antroposofische Gezondheidszorg 2009. Op weg naar een professionele individugeoriënteerde gezondheidszorg! Welke vaardigheden en innovaties moeten ontwikkeld worden?,* pp 85 – 98. Leiden: Hogeschool Leiden.
- E. Baars, G. Rutten (2010). *Handleiding ontwikkelen Zorgprogramma's binnen de Antroposofische Gezondheidszorg*. Leiden: Hogeschool Leiden.
- A. Ponstein, M. van Gerven, G. van der Bie (2010). *Zorgprogramma Depressie.* Leiden: Hogeschool Leiden.
- Nieuwsbrieven In Verbinding
- Informatiefolder zorgprogramma's

3.7 Voorbeelden

- Bij het zorgprogramma voor (mensen met een) depressie zijn de volgende hypothesen ontwikkeld over de eventuele specifieke bijdrage van AG aan de gezondheidszorgpraktijk:
    - Er is sprake van relevante, d.w.z. de behandeling (mede)sturende, aanvullende antroposofische diagnostiek.
    - Er worden minder antidepressiva gebruikt.
    - Er zijn minder doorverwijzingen naar de tweedelijns gezondheidszorg.
    - Patiënten kunnen actiever aan hun gezondheidstoestand werken.
- Bij het zorgprogramma voor (mensen met) kanker zijn de volgende hypothesen over de eventuele bijdrage aan de zorgpraktijk:
    - Patiënten zullen een actieve rol ervaren bij het ziekteproces kanker.
    - Patiënten zullen een positieve begeleiding ervaren in het verminderen van de bijwerkingen van de reguliere therapie.
    - Patiënten zullen behandeld worden voor vermoeidheidsklachten, als deze al optreden. Anderzijds zal voorkomen worden dat ernstige vermoeidheidsklachten ontstaan.

- Er is al sprake van complementaire behandeling tijdens de behandelfase (de fase waarin de reguliere tumorspecifieke therapie plaatsvindt) en deze wordt door de patiënt als ondersteunend ervaren.

3.8 Toekomst

- Eind 2013 zijn er drie nieuwe zorgprogramma's ontwikkeld (voor mensen met):
  - Stressgerelateerde klachten
  - Onbegrepen buikklachten
  - Hart- en vaatziekten
- In nauwe samenwerking met de AG beroepsgroepen en AG zorginstellingen streeft het lectoraat naar het fasegewijs ontwikkelen en testen van nieuwe multidisciplinaire en monodisciplinaire zorgprogramma's.
- Het lectoraat streeft ernaar om rond zorgprogramma's samenwerkingsverbanden met therapeutica en beroepsgroepen vorm te geven, die zich met elkaar verantwoordelijk voelen voor en werken aan de optimalisering van het specifieke zorgprogramma.
- Het lectoraat streeft ernaar om de binnen de zorgprogramma's ontwikkelde kennis in te zetten voor scholing in opleidingen en nascholing binnen en buiten de AG.
- De ontwikkeling van zorgprogramma's levert naar verwachting, veelbelovende hypothesen naar kwaliteit, veiligheid en (kosten)effecten van AG. Het lectoraat streeft ernaar om deze hypothesen door middel van goed gecontroleerd onderzoek naar het gehele zorgprogramma (als complexe interventie of 'whole medical system') of naar specifieke onderdelen wetenschappelijk te toetsen.
- Het lectoraat streeft ernaar om in alle stadia van ontwikkeling de kennis van de zorgprogramma's zodanig te communiceren dat zij gebruikt kan worden voor scholingsdoeleinden, gebruik in de zorgpraktijk en voor wetenschappelijke verantwoording.
- Naast de ontwikkeling van zorgprogramma's wordt tevens gewerkt aan de ontwikkeling en implementering van andere innovaties zoals bv. een ICT tool voor ondersteuning van de consultvorming in de antroposofische huisartsenpraktijk.

4. Verantwoording afleggen

In deze tijd van Evidence-Based Medicine is verantwoording afleggen over de kwaliteit, veiligheid en (kosten)effectiviteit van de geboden zorg, de gebruikte praktijkmethoden (bv. diagnostiek en interventiekeuze) en de werkingsprincipes van therapieën een noodzakelijke voorwaarde voor maatschappelijke en wetenschappelijke acceptatie (zie ook de inleiding van hoofdstuk 3). Daarnaast leveren empirische onderzoeksresultaten belangrijke feedback informatie voor het verbeteren van de zorgpraktijk. Het stap voor stap verantwoording afleggen over AG zorg, AG praktijkmethoden en AG werkingsprincipes is dan ook een van de belangrijke pijlers van het beleid ten aanzien van praktijkonderzoek.

4.1 Wat?

- Verantwoording afleggen over de kwaliteit, veiligheid en (kosten)effectiviteit van AG. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen AG:
    - 'Zorgproducten': bv. zorgprogramma voor mensen met een depressie of antroposofische fysiotherapie bij schouderklachten.
    - Praktijkmethoden: bv. beeldvormende diagnostiek of AG therapie indicatiestelling.
    - Werkingsprincipes: bv. de therapeutische beïnvloeding van de driegeleding en viergeleding als causale oorzaak van een verbetering van de gezondheidstoestand.

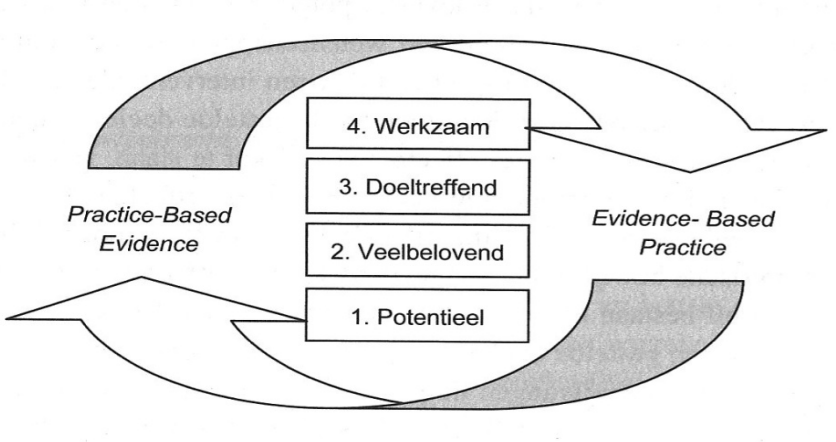
4.2 Waarom?

- Publicaties leveren wetenschappelijke acceptatie op en kunnen vervolgens gebruikt worden voor communicatiedoeleinden bij het verkrijgen van maatschappelijke acceptatie.
- Onderzoeksresultaten leveren direct feedback voor de klinische patiëntenzorg en op de langere termijn informatie voor de verbetering van de zorg.

- Positieve onderzoeksresultaten leveren meer kans op financiering van de zorg.

4.3 Hoe?

- Wetenschappelijke verantwoording afleggen gaat stap voor stap: van Practice-Based Evidence naar Evidence-Based Practice. Er kunnen in grote lijnen vier niveaus van evidence (bewijs) met bijbehorende resultaten onderscheiden worden. Op elk niveau kunnen diverse onderzoeksmethoden ingezet worden. De vier niveaus zijn:



Practice-Based Evidence

- Resultaat op niveau 1: Een beschrijving van de zorgpraktijk (*een potentieel effectieve interventie*).
- Resultaat op niveau 2: Een beschrijving van de zorgpraktijk die ingebed is in ervaringskennis (Best Practices) en theoretische kennis, en door een consensusvormingsproces omgevormd is tot een model van verandering (*een veelbelovende interventie*).
- Resultaat op niveau 3: Een veelbelovende interventie die in de zorgpraktijk beginnend getoetst is op effectiviteit (door het in kaart brengen van klantervaringen, door routine outcome monitoring (ROM), door doelrealisatie onderzoek, etcetera (*een doeltreffende interventie*)).

Evidence-Based Practice

- Resultaat op niveau 4: Een interventie die door vergelijking met een of meer andere interventies in goed gecontroleerd onderzoek op (kosten)effectiviteit causaal getoetst is (*een werkzame interventie*).

  (De indeling in vier niveaus is met name ontleend aan het werk van Van Yperen & Veerman, 2008)

4.4 Wie?

- De prioritering van onderwerpen die onderzocht gaan worden, wordt zoveel mogelijk in samenspraak tussen AG beroepsgroepen, lectoraat en zo nodig andere stakeholders gedaan. Afstemming met internationaal onderzoeksbeleid wordt hierbij nagestreefd.
- De uitvoering van het onderzoek wordt door het lectoraat AG, zo nodig met onderzoekspartners, en in nauwe samenwerking met het AG werkveld gedaan.

4.5 Projecten (enkele voorbeelden)

- Beschrijving zorgpraktijk (niveau 1):
  - Het beschrijven van de kenmerken van de praktijkmethoden van AG fysiotherapie, AG verpleegkunde en kunstzinnige therapie.
  - Kwalitatief onderzoek naar het oordeelsvormingsproces in het Kindertherapeuticum.
  - Lichaamsgerichte Kunstzinnige Therapie (LKT)
  - Behandeldoelen AG
  - Imaginatie, Inspiratie, Intuïtie; Handboek antroposofische onderzoeksmethoden
- Best Practices en zorgprogramma's (niveau 2):
  - In kaart brengen van (naar het oordeel van de behandelexperts) Best Practices van AG beroepsgroepen.
  - Zorgprogramma's (zie §3.5).
  - Antroposofische muziektherapie
  - Best Practices en zorgprogramma ontwikkeling kunstzinnige therapie bij hechtingsproblemen
- Monitoring (niveau 3)

    - Het inrichten van een ROM monitoringinfrastructuur voor alle AG beroepsgroepen en twee zorginstellingen (Kindertherapeuticum en de Vijfsprong).
    - Het uitvoeren van kwantitatief (CQ-Index Antroposofische Gezondheidszorg) en kwalitatief (interviews bij deelnemende patiënten aan een zorgprogramma) onderzoek naar de klantervaringen met AG.
    - Het uitvoeren van evaluatieonderzoeken bij uitwendige therapie in de alledaagse zorgpraktijk, euritmietherapie bij hooikoorts, en bij zorgprogramma's voor mensen met een depressie en mensen met kanker.
    - Kind in Beeld: Klantervaringen met het kindertherapeuticum
    - Kwalitatieve interviews klantervaringen AG.
    - Monitoring bedrijfsgeneeskunde Therapeuticum Meander
    - KICK (Kunst in contact met kinderen)
    - Evaluatie Freya voor kankerpatiënten
    - Euritmietherapie en hooikoorts
    - Monitoring van uitwendige therapie: vragenlijst ontwikkeling en ROM
    - ROM GGZ, ontwerp aanvullende vragenlijst antroposofische zorg
    - Euritmietherapie en chronische vermoeidheid
    - Netzwerk Oncologie
- Goed gecontroleerd onderzoek (niveau 4):
    - CQ-Index Antroposofische Gezondheidszorg
    - Promotieonderzoek Evidence based curative health promotion
    - Promotieonderzoek Beeldvormende diagnostiek IKC
    - Promotieonderzoek 'Bang voor rood, geel en blauw'?
    - Promotieonderzoek Documentatiemethoden voor de KT
    - Promotieonderzoek over de bijdrage van AG aan de ontwikkeling van patiëntencompetentie en health promotion

4.6 Publicaties (enkele voorbeelden)

- Baars, E.W., (2011). *Evidence-based curative health promotion. A systems biology-orientated treatment of seasonal allergic rhinitis with Citrus/Cydonia comp..* [PhD Thesis]. Wageningen University. Wageningen, the Netherlands.
- Van Kalsbeek, A., Hoekman, J. (2012). Een prospectief experimentele studie naar het effect van ritmische inwrijvingen op stress en

welbevinden bij kinderen met een lichte verstandelijke beperking en een psychiatrische diagnose. In: Erik W. Baars en Joop Hoekman (red.): *De wetenschappelijke stand van zaken van de uitwendige therapie*, pp 74-86. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Kooreman, P., Baars, E.W. (2012) Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. The *European Journal of Health Economics. Volume 13*, Issue 6, pp 769-776.

4.7 Voorbeelden

- Door de ontwikkeling van de CQI-Antroposofische Gezondheidszorg is een eerste volgens reguliere standaarden goed gecontroleerd onderzoek naar klantervaringen met AG uitgevoerd.
- Met verpleegkundigen van de V&VN AZ is op basis van een overzicht van al het onderzoek naar uitwendige therapie, onderzoeksbeleid ontwikkeld om goed gecontroleerd onderzoek uit te gaan voeren bij drie veelbelovende reguliere indicaties.
- Een goed voorbeeld van het verkrijgen van maatschappelijke en wetenschappelijke acceptatie betreft de 'mindfulness' die momenteel op velerlei gebieden in de gezondheidszorg ingezet wordt. Deze uit het boeddhisme afkomstige therapie is geaccepteerd nadat er goed gecontroleerd effectonderzoek gedaan is.

4.8 Toekomst

- Het lectoraat streeft naar het invoeren van een ROM monitoring infrastructuur voor de AG in 2013:
    - Voor het monitoren van alle beroepsgroepen in de alledaagse zorgpraktijk: dit levert informatie over welke therapieën bij welke indicaties veel en weinig ingezet worden en bij welke indicaties de therapieën het best lijken te werken (Best Practices).
    - Voor het monitoren van AG medicatie: dit levert informatie over welke medicatie bij welke indicaties veel en weinig ingezet worden en eerste inzichten in veiligheid en effecten (oordelen arts en patiënt).

    - Voor het monitoren van de zorg van het Kindertherapeuticum: dit levert informatie over welke zorg bij welke indicaties veel en weinig ingezet worden en eerste inzichten in veiligheid en effecten. Op basis van de feedback informatie kan de zorg geïnnoveerd worden en kan gericht beleid gemaakt worden voor vervolgonderzoek naar veelbelovende, doeltreffende interventies.
    - Voor het monitoren van de zorg binnen de AG zorgprogramma's: dit levert informatie over welke zorg bij welke indicaties veel en weinig ingezet worden en eerste inzichten in veiligheid en effecten. Op basis van de feedback informatie kan de zorg geïnnoveerd worden en kan gericht beleid gemaakt worden voor vervolgonderzoek naar veelbelovende, doeltreffende interventies.
- Het lectoraat streeft naar het uitvoeren van goed gecontroleerde onderzoeken:
    - Promotieonderzoeken (zie §4.2)
    - Kosteneffectonderzoek (i.s.m. Prof. P. Kooreman en het Louis Bolk Instituut)
    - Uitwendige therapie bij middenoorontstekingen, slaapstoornissen en vermoeidheidsklachten
    - Een gerandomiseerd vergelijkend onderzoek naar het effect van Citrus/Cydonia comp. bij hooikoorts (i.s.m. het Louis Bolk Instituut)
- Medio 2013 wordt in samenwerking met het lectoraat Eigen Regie een scholingsaanbod voor case-studies aangeboden. Het lectoraat streeft ernaar in de komende jaren AG zorgprofessionals op te leiden in de opzet en uitvoering naar goede case-studies.

5. Verantwoord zichtbaar worden

Onbekend maakte altijd al onbemind. Maar tegenwoordig geldt ook dat niet onderbouwde communicatie onbemind maakt. Er worden dan ook twee vliegen in een klap geslagen, wanneer de AG goed communiceert en deze communicatie tevens wetenschappelijk onderbouwd is. Een belangrijke pijler van het praktijkonderzoek beleid is dus het verantwoord zichtbaar maken van AG.

5.1 Wat?

- Wetenschappelijk verantwoorde informatie over AG leveren voor belangrijke AG stakeholders:
    - Patiënten
    - Verwijzers
    - Wetenschappers
    - Financiers
    - Overige stakeholders

  Deze verantwoorde informatie omvat:
    - Onderzoek naar klantervaringen met AG.
    - Wetenschappelijke bewijzen van de kwaliteit, veiligheid en (kosten)effectiviteit .
    - Verwijzingen naar behandellocaties waar wetenschappelijk gefundeerde zorgprogramma's worden aangeboden.
    - Gefundeerde indicatiegerichte patiënteninformatie.
- Op verantwoorde wijze demonstreren van achtergronden, kenmerken en werkingsprincipes van AG.

5.2 Waarom?

- Veel patiënten en zorgprofessionals kennen AG niet, nauwelijks of hebben er een onjuiste, veelal negatieve indruk (kwakzalverij, placebo-effect, etcetera) van.

- Patiënten en zorgprofessionals kiezen in toenemende mate zelfstandig op basis van voorhanden, wetenschappelijk verantwoorde informatie. Dit soort informatie over AG is moeilijk te vinden.
- Voor zorgprofessionals en wetenschappers is het niet eenvoudig om een actueel overzicht van de wetenschappelijke publicaties over AG te krijgen.
- Het demonstreren van achtergronden, kenmerken en werkingsprincipes geeft de mogelijkheid om meer inzicht te verkrijgen over de aard en rationale van AG.

5.3 Hoe?

- Het inrichten en continu updaten van een database met idealiter alle wetenschappelijke publicaties over AG en informatie over alle gefundeerde zorgprogramma's.
- Het online aanbieden van gebundelde wetenschappelijke informatie over AG op maat voor de verschillende stakeholders. Voor patiënten, verwijzers en in de toekomst wetenschappers wordt deze informatie in een andere vorm, op maat aangeboden.
- Het online, in een beschermde digitale omgeving, voor elke beroepsgroep, leveren van een e-book, waarin op overzichtelijke wijze de actuele stand van het wetenschappelijk onderzoek ter beschikking is. Dit e-book wordt voortdurend geactualiseerd en kan idealiter op elk moment gedownload worden voor op wetenschap gebaseerde communicatie.
- Het verzamelen, ontwikkelen en via verschillende kanalen zichtbaar maken van multimediamateriaal van AG achtergronden, kenmerken en werkingsprincipes.

5.4 Wie?

- Het lectoraat werkt in deze projecten samen met de NVAZ, de AG beroepsverenigingen, Antroposana, ICT ontwikkelaars en filmanimatiemakers.

5.5 Projecten

- De ontwikkeling van een website met wetenschappelijk onderzochte klantervaringen, overzicht van wetenschappelijk onderzoek en behandellocaties waar zorg volgens AG zorgprogramma's worden aangeboden.
- De ontwikkeling van e-books 'De stand van zaken van het wetenschappelijk onderzoek naar ….' voor elke beroepsgroep.
- De ontwikkeling van een tweemaandelijkse 'International Research Newsletter on Anthroposophic Medicine'.
- De ontwikkeling van filmanimaties voor het kunnen demonstreren van achtergronden, werkwijze en werkingsprincipes van AG:
    - De filmanimatie 'TSRMA reeks van de euritmietherapie'.
    - De filmanimatie 'Wetenschap van delen en gehelen' over de wetenschappelijke achtergrond van AG.

5.6 Publicaties

- In 2012 zijn de eerste vijf 'International Research Newsletter on Anthroposophic Medicine' verschenen.
- In december 2012 verschijnt het eerste concept e-book over uitwendige therapie.
- In januari verschijnt het eerste concept e-book over euritmietherapie.
- De beide filmanimaties zijn in de laatste fase van ontwikkeling en zullen dan online beschikbaar komen.

5.7 Voorbeelden

- In de 'International Research Newsletters on Anthroposophic Medicine' wordt actuele informatie gegeven over
    - Nieuwsfeiten die relevant zijn voor AG onderzoek.
    - Nieuwe (inter)nationale wetenschappelijke artikelen over AG.
    - (Inter)nationale conferenties die relevant zijn voor AG.
    - Informatie over onder meer: AG geneesmiddelen onderzoek, AG therapieën onderzoek, gezondheidspolitiek en de medische sectie.

- Gezien het stadium van ontwikkeling van de website en de e-books zijn er op dit moment geen voorbeelden hiervan te geven.

5.8 Toekomst

- Website:
    - Het lectoraat streeft naar een continue update van de website. Alle nieuwe artikelen, verantwoorde klantervaringen, video's, patiënteninformatie worden verzameld en online beschikbaar gemaakt. Op deze wijze wordt verantwoorde informatie beschikbaar gesteld voor de diverse stakeholders als bv. patiënten, verwijzers, verzekeraars en beleidsmakers.
    - Op korte termijn zal de website vertaald worden naar het Engels en mogelijk naar het Duits. Daarmee wordt de informatie wereldwijd toegankelijk.
    - Onderzocht wordt of de website informatie via de Cloud gelinkt kan worden aan websitepagina's op andere websites in diverse landen.
- De 'International Research Newsletters on Anthroposophic Medicine' zullen in 2013 voortgezet worden.
- Begin 2013 zullen de twee filmanimaties afgerond worden en online beschikbaar zijn.

Samenwerking en scholingsactiviteiten

Voor alle vier de pijlers geldt dat nauwe samenwerking tussen partijen een voorwaarde is. Soms is dat nationale of internationale samenwerking binnen de AG, soms samenwerking met partners buiten de AG, bijvoorbeeld bij het realiseren van overlappende doelstellingen en soms is dat samenwerking met beide soorten partners. Het lectoraat streeft er naar om ten aanzien van het realiseren van beleidsdoelstellingen in het algemeen en in concrete projecten nauwe samenwerking op te bouwen met relevante partners.

Tenslotte zal de kennis die in al de gerealiseerde en voorgenomen projecten ontwikkeld is en wordt, gebruikt worden voor transfer van kennis in nascholing en opleidingen.

Samenvatting

Op basis van een analyse van de situatie van de antroposofische gezondheidszorg (AG) en haar praktijkproblemen is in de afgelopen jaren binnen het lectoraat AG een routekaart praktijkonderzoek AG ontwikkeld. De praktijkproblemen die in deze routekaart centraal staan zijn de 'verdunning' van de AG identiteit, onvoldoende ruimte tot het ontwikkelen van optimale 'producten', onvoldoende wetenschappelijk bewijs, en onvoldoende op wetenschap gebaseerde PR & communicatie over AG. De routekaart omvat vier pijlers die aansluiten bij de genoemde praktijkproblemen. Het programmatisch verstevigen en uitbouwen van deze pijlers resulteert naar verwachting in het bijdragen aan het oplossen van genoemde praktijkproblemen, het toenemend realiseren van het potentieel van de AG voor innovatie van de gezondheidszorg en het verstevigen van de positie van de AG binnen de gezondheidszorg.

De vier pijlers van het beleid van het praktijkonderzoek van het lectoraat AG zijn:

1. **IDENTITEIT VERSTERKEN**: Er is een sterke behoefte aan en een grote noodzaak tot het versterken van de identiteit van de antroposofische gezondheidszorg (AG). 'Verdunning' van de AG zorgpraktijk is aanwezig door onder meer: de externe druk (administratieve druk, de druk om evidence-based regulier te werken, etcetera), het probleem van onvoldoende in AG geschoolde zorgprofessionals, en weinig ruimte voor verdere ontwikkeling van AG. Daarnaast is er sprake van een toenemende overlap in kenmerken van AG, andere CAM/IM stromingen en de reguliere gezondheidszorg.

   ***Beleid**: Het lectoraat AG wil in nauwe samenwerking met het AG veld ruimte maken om programmatisch te werken aan het nauwkeurig beschrijven van de identiteit, het inzetten van een ontwikkelproces om de AG identiteit in alle breedte van de AG te versterken in de alledaagse klinische zorgpraktijk en in te ontwikkelen zorgprogramma's en praktijkmethoden, en het communiceren van deze identiteit naar de verschillende stakeholders.*

2. **INNOVATIES ONTWIKKELEN**: Om de gewenste bijdrage van de AG aan de gezondheidszorg te realiseren is het noodzakelijk dat AG zorg optimaal ontwikkeld wordt en toegankelijk is voor iedereen. De ontwikkeling, het testen en aansluitend verder optimaliseren van AG zorgprogramma's is een weg om AG innovaties te ontwikkelen en de toegankelijkheid tot AG zorg te vergroten.

   ***Beleid**: Het lectoraat AG wil in nauwe samenwerking met beroepsgroepen en zorginstellingen monodisciplinaire en multidisciplinaire AG zorgprogramma's ontwikkelen, testen en in de zorgpraktijk implementeren.*

3. **VERANTWOORDING AFLEGGEN**: In deze Evidence-Based Medicine tijd is het noodzakelijk om verantwoording af te leggen over enerzijds de kwaliteit, veiligheid en (kosten)effectiviteit van de zorg en de AG praktijkmethoden en anderzijds de geldigheid van de antroposofisch menskundige werkingsprincipes. Slechts dan wordt de AG steeds meer maatschappelijk en wetenschappelijk geaccepteerd, en wordt de kans op financiering sterk vergroot. De (verdere) ontwikkeling van zorgprogramma's en praktijkmethoden, en het aansluitend steeds beter gecontroleerd onderzoeken hiervan volgens de route van Practice-Based Evidence naar Evidence-Based Practice, levert de AG de wetenschappelijke bewijzen om verantwoording af te leggen.

   ***Beleid**: Het lectoraat AG wil in nauwe samenwerking met het AG veld en onderzoekspartners door middel van praktijkonderzoek wetenschappelijke verantwoording afleggen. Hierbij wordt verschillende soorten onderzoek gedaan: beschrijving van de zorgpraktijk; inventarisatie van Best Practices; Routine Outcome Monitoring (ROM) bij beroepsgroepen en zorginstellingen; kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar klantervaringen, cohortonderzoeken naar AG zorgprogramma´s; validering van AG praktijkmethoden; en goed gecontroleerd onderzoek naar enerzijds de kwaliteit, veiligheid en (kosten)effectiviteit van de zorg en anderzijds de geldigheid van de antroposofisch menskundige werkingsprincipes.*

4. **ZICHTBAAR WORDEN**: Door diverse stakeholders wordt over AG gecommuniceerd. Wat nog ontbreekt is een structurele aanpak van op

wetenschap gebaseerde communicatie over AG. In toenemende mate is het noodzakelijk voor onder meer patiënten, verwijzers, wetenschappers, financiers en beleidsmakers dat dit soort informatie voorhanden en goed toegankelijk is.

***Beleid**: Het lectoraat AG wil in nauwe samenwerking met het AG veld een website ontwikkelen waarin alle (inter)nationale wetenschappelijke informatie over AG in databases is opgeslagen en gestructureerd op maat aangeboden wordt aan verschillende stakeholders. Het lectoraat ontwikkelt daarnaast e-books met de actuele stand van het wetenschappelijk onderzoek voor de AG beroepsgroepen, biedt zes keer per jaar een 'International Research Newsletters on Anthroposophic Medicine' aan, en publiceert wetenschappelijke publicaties en ontwikkelt filmanimaties over de achtergronden, werkwijzen en werkingsprincipes van AG om daarmee bij te dragen aan de (inter)nationale verantwoorde zichtbaarheid.*

Voor alle vier de pijlers geldt dat nauwe samenwerking tussen partijen een voorwaarde is. Soms is dat nationale of internationale samenwerking binnen de AG, soms samenwerking met partners buiten de AG, bijvoorbeeld bij het

realiseren van overlappende doelstellingen. Het lectoraat streeft ernaar om t.a.v. het realiseren van beleidsdoelstellingen in het algemeen en in concrete projecten nauwe samenwerking op te bouwen met relevante partners.

Tenslotte zal de kennis die in al de gerealiseerde en voorgenomen projecten ontwikkeld is en wordt, gebruikt worden voor transfer van kennis in nascholing en opleidingen.

Referenties

Cambrella (2012). *The Roadmap for European CAM Research. An Explanation of the CAMbrella Project and its Key Findings.* München: Cambrella.

IVAA (2012). *Facts and Figures on Anthroposophic Medicine (AM) Worldwide*. Brussels: IVAA.

Van Yperen, T.A., & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg.* Delft: Oburon.