

Antroposofische gezondheidszorg

Antroposofische gezondheidszorg

De professionele ambachtelijkheid
van gezondheid bevorderen

Drs. E.W. Baars



**hogeschool
Leiden**

Rede in verkorte vorm uitgesproken op 4 juni 2008 ter gelegenheid van de aanvaarding van het lectorschap Antroposofische Gezondheidszorg aan Hogeschool Leiden.

Antroposofische gezondheidszorg
De professionele ambachtelijkheid van gezondheid
bevorderen

Drs. E.W. Baars

ISBN 978 90 6665 966 7

NUR 860

© 2008 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 257, 1000 AG Amsterdam) te wenden.

Inhoud

1. Inleiding	7
2. Wat is antroposofische gezondheidszorg?	9
2.1 Het zorgveld	9
2.2 Wetenschappelijke positionering	10
2.3 Gezondheid bevorderen	11
2.4 Op het individu georiënteerde zorgmethodieken	11
2.5 Integratie van kennis in de gezondheidszorg-praktijk	12
3. Praktijkproblemen	13
3.1 Aantonen van effectiviteit en veiligheid	13
3.2 Leveren en ontwikkelen van optimale kwaliteit	15
3.3 Communicatie over AG	16
4. Onderzoekslijnen	17
4.1 Twee centrale onderzoekslijnen	17
4.1.1 <i>Onderzoekslijn 'Gezondheid bevorderen'</i>	18
4.1.2 <i>Onderzoekslijn 'Professionele ambachtelijkheid van de antroposofische zorgmethodieken'</i>	26
4.2 Infrastructuur voor onderzoek	28
4.3 Communicatie	29
5. Antroposofische gezondheidszorg: uit of aan de tijd?	31
5.1 Menselijke drijfveren in de huidige tijd	31
5.2 Integratievraagstukken in de gezondheidszorg	34
5.3 Wetenschappelijke vraagstukken	36
5.4 Conclusie	38
Ten slotte	39
Literatuur	41
Curriculum Vitae	47

1. Inleiding

Geacht College, geachte dames en heren,

Het is mij een groot genoegen om vandaag voor u te staan als lector van Hogeschool Leiden. Hogeschool Leiden, een maatschappelijke instelling die door middel van opleiding en praktijkonderzoek sterk met de ontwikkeling en innovatie van de beroepspraktijk van onder meer zorg en welzijn is verbonden. Hogeschool Leiden, een instelling die al meer dan 15 jaar ook een opleiding herbergt die de inspiratie heeft vanuit de antroposofie, de opleiding Kunstzinnige Therapie (beeldend). Sinds kort is de opleiding aangevuld met de afstudeerrichting muziektherapie. Sinds enkele jaren is er daarnaast een antroposofische differentiatie van de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening.

Binnen deze hogeschool is in de afgelopen periode door een nieuw College van Bestuur een impuls aan de ontwikkeling gegeven, waarvan de essentie kernachtig weergegeven wordt in het geformuleerde karakter van de hogeschool: 'Hogeschool Leiden werkt met passie, talent en menselijke maat'. Naast het bieden van allereerst goed hoger beroepsonderwijs van formaat, is innovatie door state-of-the-art praktijkgericht onderzoek een tweede kernambitie van Hogeschool Leiden. Binnen deze instelling met enerzijds haar nieuwe ambities voor de periode 2008 – 2012 en anderzijds haar historische band met vanuit de antroposofie geïnspireerde opleidingen heeft sinds begin vorig jaar het lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg (AG) een volwaardige plaats gekregen. De initiatiefnemers tot het lectoraat formuleerden in nauwe samspraak met het AG veld als opdracht het verzorgen van drie aandachtsgebieden: (1) onderzoek en methodologie; (2)

het ontwikkelen van het kennisgebied AG; en (3) bijdragen aan onderwijs met name op het gebied van onderzoek. Speciale aandacht moet hierbij gegeven worden aan het 'ontginnen en vruchtbaar maken' van de schat aan ervaringskennis bij werkers in de gezondheidszorg en patiënten.

Binnen de muren van Hogeschool Leiden kan, in ieder geval tot eind 2010, het lectoraat zich verder ontwikkelen en bijdragen aan de innovatie en het (praktijk)onderzoek in de AG. Daarmee en daarnaast kan het tevens een bijdrage leveren aan het realiseren van de missie van de hogeschool als geheel.

In deze lectorale rede vertel ik u graag welke doelstellingen we om welke reden met het lectoraat willen realiseren, en welke initiatieven we daartoe al hebben genomen en zullen gaan nemen. Ik wil u tenslotte laten zien dat het lectoraat AG goed aansluit bij de vraagstukken van deze tijd.

Aan de hand van de beantwoording van vier vraagstellingen zal ik u in de komende driekwartier langs de context, de opdracht en de activiteiten van het lectoraat leiden. Deze vraagstellingen zijn:

- Wat is antroposofische gezondheidszorg?
- Wat zijn de voornaamste praktijkproblemen waar de antroposofische gezondheidszorg momenteel tegenaan loopt?
- Welke onderzoekslijnen staan centraal om een bijdrage te leveren aan het oplossen van de praktijkproblemen en het innoveren van de zorgpraktijk?
- Is antroposofische gezondheidszorg uit of aan de tijd?

Afsluitend zal ik met veel plezier de kenniskring van het lectoraat aan u voorstellen.

2. Wat is antroposofische gezondheidszorg?

De AG is aan het begin van de 20^{ste} eeuw ontstaan als een verruiming van de bestaande geneeskunde. Een belangrijke rol hierin speelde de Nederlandse arts Ita Wegman. In 1921 richtte zij vlakbij Basel het eerste antroposofische ziekenhuis op. Zij werd in dit initiatief van harte gesteund door Rudolf Steiner, filosoof en grondlegger van de antroposofie. Steiner verzorgde in die beginjaren de eerste lezingen over de verbinding van de antroposofische geesteswetenschap met de reguliere en antroposofische geneeskunst.

In de AG wordt veel aandacht geschonken aan de samenhang tussen lichaam, ziel en geest, alsmede aan omgevingsfactoren rond 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 en een terughoudend gebruik van reguliere medicijnen zijn veelgenoemde en gewaardeerde kenmerken van de AG.

2.1 Het zorgveld

De AG bestaat uit twee belangrijke sectoren: de huisartsgeneeskunde (eerste lijn) en een rijk geschakeerde tweedelijnszorg. De huisartsen werken in zelfstandige praktijken of in zogeheten therapeutica, samen met verschillende, andere disciplines. Er zijn zo'n 160 praktiserende antroposofische (huis)artsen en specialisten in Nederland. Naar schatting maken ongeveer 200.000 cliënten gebruik van hun 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).

Kenmerkend voor de antroposofische zorgverlening is de toepassing 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 euritmitherapie, ritmische massage, verpleegkundige begeleiding, en begeleiding en behandeling op het gebied van voeding. De zorgverleners die deze therapieën toepassen verlenen hun diensten zowel in de eerste als de tweedelijnszorg.

2.2 Wetenschappelijke positionering

De AG is (mede) gebaseerd op het uitwerken, toepassen en klinisch toetsen van inzichten die voortkomen uit de antroposofische geesteswetenschap. Antroposofie kan wetenschappelijk gezien beschouwd worden als een ontologisch non-atomistisch, holistische visie op de werkelijkheid. Hiermee wordt bedoeld dat de werkzaamheid van niet-materiële (non-atomistisch) werkelijkheidslagen (ontologisch) methodisch onderzoekbaar en kenbaar gemaakt kunnen worden. Binnen de antroposofische geesteswetenschap wordt een onderscheid gemaakt tussen de werkelijkheidslagen van de materie, het leven, het bewustzijn en de geestelijke realiteit van organismen. Elke werkelijkheidslaag behoort zijn eigen onderzoeksmethode om kennis ervan te kunnen ontwikkelen. Vergeleken met de natuurwetenschap, die in de 16^{de} eeuw zijn aanvang nam en zich op de laag van de materie richt, is deze vorm van wetenschap die aan het begin van de 20^{ste} eeuw ontwikkeld werd, nog relatief jong. Haar potentie voor het maatschappelijk leven is dan ook nog slechts beginnend gerealiseerd.

De AG moet beschouwd worden als een complementaire, integratieve en niet als een alternatieve gezondheidszorg, omdat

zij de kennis voortkomend uit de antroposofische geesteswetenschap integreert in die van de natuurwetenschappelijk gerichte geneeskunde en beide soorten kennis op geïntegreerde wijze vruchtbaar maakt voor de gezondheidszorgpraktijk. AG wordt op dit moment onderzocht en gedoceerd aan verschillende universiteiten in Europa en ambulant en klinisch geïmplementeerd in 80 landen over de gehele wereld. De AG is sterk internationaal georganiseerd en ingebed.

2.3 Gezondheid bevorderen

In de antroposofische visie is fysieke gezondheid het resultaat van de lichamelijke 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 werkelijkheidslagen, die als werkingsmechanisme verantwoordelijk zijn voor het door zelfregulering instandhouden en herstellen van het organisme als psychosomatische eenheid. Het zijn daarmee primair gezondheidsbevorderende therapieën.

2.4 Op het individu georiënteerde zorgmethodieken

Naast het inzetten van enkele algemene interventies voor algemene aandoeningen (bijvoorbeeld Gencydo® voor hooikoorts) wordt de AG vooral gekenmerkt door een situationeel, op het individu georiënteerd handelen. Hiermee wordt bedoeld dat de werker in de gezondheidszorg op basis van de algemene kennis van zijn of haar vakgebied, de specifieke kennis van de antroposofische werkingsmechanismen en

therapieën, en de context van de actuele behandelsituatie een interventie op maat maakt (Baars, 2006).

2.5 Integratie van kennis in de gezondheidszorgpraktijk

De antroposofische gezondheidszorg is een integratieve vorm van gezondheidszorg, wat wil zeggen dat reguliere kennis (universitair/ HBO) en kennis vanuit de antroposofie idealiter geïntegreerd worden toegepast in de gezondheidszorgpraktijk. Voor vrijwel alle beroepsgroepen geldt dan ook dat zij in eerste instantie regulier opgeleid zijn en daarnaast een aanvullende antroposofische beroepsopleiding hebben. Concreet betekent dit dat in de antroposofische gezondheidszorgpraktijk bijvoorbeeld ziektebestrijdende of symptomatische behandelingen naast gezondheidsbevorderende therapieën (kunnen) worden ingezet; algemene diagnoses naast individueoriënteerde diagnoses (kunnen) worden gesteld; en behandelingen volgens protocol of richtlijn (kunnen) worden uitgevoerd naast interventies op maat.

3. Praktijkproblemen

Ondanks de grote patiënttevredenheid in de antroposofische zorgpraktijk geven medewerkers een aantal praktijkproblemen aan die in de naaste toekomst moeten worden opgelost. Op dit moment zijn er drie centrale categorieën praktijkproblemen die specifiek in het werkveld van de AG spelen: (1) het aantonen van effectiviteit en veiligheid, (2) het leveren en ontwikkelen van optimale kwaliteit, en (3) de communicatie over AG.

Begin 2007 werd er vanuit het lectoraat, in het kader van het voorbereiden van de concrete werkplannen, een onderzoek gedaan onder medewerkers, managers en bestuurders in de AG. Een van de onderdelen betrof het in kaart brengen van de praktijkproblemen die de geënquêteerden zelf constateren. De 117 respondenten gaven drie belangrijke categorieën praktijkproblemen aan. De in dit onderzoek geformuleerde categorieën komen overeen met eerdere bevindingen.

3.1 Aantonen van effectiviteit en veiligheid

Door overheden, zorgverzekeraars, zorginstellingen, etcetera, wordt er toenemend om bewijzen van de werkzaamheid, kwaliteit en veiligheid gevraagd. Ondanks de grote waardering van patiënten en de in de praktijk vaak succesvol gebleken ervaringsdeskundigheid, is de AG in veel gevallen (nog) te weinig in staat om voldoende wetenschappelijke bewijzen te kunnen overleggen. De redenen van het gebrek aan goede wetenschappelijke bewijzen zijn onder meer:

- Een gebrek aan een goede infrastructuur (onvoldoende financiële middelen, onvoldoende goede onderzoekers, etcetera) om goed onderzoek te doen.
- Een essentiële twijfel binnen de AG of verschillende onderzoeksmethoden wel aansluiten bij de eigenheid van de zorg, respectievelijk de zorg dat deze eigenheid door het onderzoek en de gebruikte methoden geweld aangedaan wordt. Dit geldt met name voor het gebruik van methodische middelen als randomiseren en het gebruik van placebo's bij effectonderzoek en de groepsgerichte benadering. Dit gegeven maakt dat er terughoudendheid is (geweest) ten aanzien van met name streng gecontroleerd experimenteel onderzoek (gerandomiseerd dubbelblind effectonderzoek), terwijl dit voor veel wetenschappers juist de hoogste vorm van bewijsvoering is voor het vaststellen van effect en veiligheid van interventies.

De consequenties van het gebrek aan voldoende wetenschappelijke bewijzen voor de zorgpraktijk is dat de beschikbaarheid van de antroposofische therapieën voor de patiënten in het gedrang komt. Zo kiezen bepaalde zorginstellingen voor evidence based therapieën in plaats van antroposofische therapieën.

De druk van het leveren van voldoende bewijzen heeft de AG de afgelopen jaren sterk in beweging gebracht. Inmiddels staat het onderzoek nationaal en internationaal hoog op de beleidsagenda's. In Nederland is de Bernard Lievegoed leerstoel aan de Vrije Universiteit ingericht, wordt er AG onderzoek gedaan bij onder meer het Louis Bolk Instituut en de onderzoeksafdeling van de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders (NVAZ) en zijn verschillende antroposofische zorginstellingen overgegaan tot de oprichting van een eigen kenniscentrum of voornemens dit te doen. In internationaal verband neemt het aantal wetenschappelijke studies op het AG terrein jaarlijks toe. In 2005 verscheen als voorlopige mijlpaal van deze ontwikkeling

voor het eerst een zogenaamd HTA bericht¹ waarin alle bewijzen van werkzaamheid methodisch verwerkt zijn (Kienle, Kiene & Albonico, 2006). Op basis van het voorhanden bewijs in dit HTA bericht werd geconcludeerd dat AG werkzaam en veilig is, dat er aanwijzingen voor een positieve kosteneffectiviteit zijn, dat patiënten actief aan hun gezondheidstoestand konden werken, dit aspect waarderen en tevens in hoge mate tevreden zijn over het totaal van de geboden zorg.

3.2 Leveren en ontwikkelen van optimale kwaliteit

Werkers in de gezondheidszorg en bestuurders geven aan dat de AG niet altijd in staat is om een optimale kwaliteit van zorg te leveren. Redenen hiervan die relevant zijn voor het lectoraat zijn onder meer:

- Onvoldoende consensus over antroposofisch methodisch handelen en onvoldoende uitgewerkte antroposofische zorgmethodieken. Tevens steeds minder tijd om zorgmethodieken innovatief (verder) te ontwikkelen.
- Onvoldoende inzicht in hoe er tot een goede afstemming van de reguliere en de antroposofische aanpak gekomen kan worden: bv. weten wanneer je wat inzet, weten hoe je verantwoord kunt aansluiten bij reguliere protocollen en richtlijnen, en de schijnbare patstelling tussen de groepsgerichte protocollen en richtlijnen, en de op het individu georiënteerde aanpak.
- Problemen in de interne samenwerking: bv. gebrek aan overleg, slechte afstemming, gebrek aan inzicht in elkaars expertise, en onhelderheid over taakverdeling.

1 Een HTA bericht is een Health Technology Assessment bericht waarin al het voorhanden bewijs van onder meer de werkzaamheid van therapieën wordt beoordeeld en tot een gewogen oordeel over de kenmerken en de kwaliteit van een vorm van gezondheidszorg wordt gekomen. Het gaat hierbij met name om het bijeenbrengen van alle gepubliceerde resultaten van effectonderzoeken, waarbij allereerst de kwaliteit van elk van de onderzoeken wordt beoordeeld. Op basis van het overzicht van alle resultaten kan vervolgens tot een gewogen oordeel over het effect van een vorm van gezondheidszorg of een therapie gekomen worden.

- Onvoldoende antroposofisch goed geschoolde medewerkers waardoor er soms een vrijwel geheel reguliere aanpak is.
- De marktwerking in de zorg en de verregaande regulering in de praktijk (bv. DBC's²) waardoor de antroposofische behandelaanpak in het gedrang kan komen.

3.3 Communicatie over AG

Tenslotte worden door de respondenten een aantal belangrijke communicatieproblemen aangegeven:

- Er is in het algemeen een gebrek aan voldoende, goede informatie en communicatie over AG, waardoor het maatschappelijk minder bekendheid geniet dan gewenst zou zijn.
- Een gebrek aan goed (onderbouwd) informatiemateriaal voor patiënten maakt het moeilijker voor patiënten om gemotiveerd te kunnen kiezen voor antroposofische therapieën.
- Door gebrek aan goede informatie en communicatie en het onvoldoende kunnen overleggen van wetenschappelijke resultaten wordt AG nogal eens als vaag en onwetenschappelijk beschouwd.

2 DBC: Diagnosebehandelingcombinatie.

4. Onderzoekslijnen

Nu de voor de antroposofische gezondheidszorg (AG) relevante praktijkproblemen beschreven zijn, wil ik ingaan op de wijze waarop het lectoraat wil gaan bijdragen aan het oplossen van deze problemen. Dat is allereerst door het inrichten van specifieke onderzoekslijnen. Ten tweede gebeurt dit door bij te dragen aan het verbeteren van de infrastructuur voor onderzoek. Ten derde vindt dit plaats door op structurele wijze de communicatie naar het AG veld en de rest van het gezondheidszorgveld te verzorgen.

4.1 Twee centrale onderzoekslijnen

Binnen het lectoraat zijn er twee centrale onderzoekslijnen:

1. *Gezondheid bevorderen*: Dit betreft het in kaart brengen, expliciteren, zo nodig verbeteren, verspreiden en in de praktijk toepassen van kennis van AG 'gezondheidsbevordering'.
2. *De professionele ambachtelijkheid van de antroposofische zorgmethodieken*: Deze onderzoekslijn betreft het in kaart brengen, expliciteren en verspreiden van (veelal impliciete) ervaringskennis van de zorgmethodieken van de AG en de professionele ambachtelijkheid ervan. Het in dat kader leren reflecteren op de eigen werkprocessen, het ontwikkelen en leren gebruiken van kwaliteitsstandaarden, en het leren rapporteren voor onderzoeksdoeleinden. Deze lijn is met name methodisch gericht.

Afhankelijk van gestelde vragen zal er daarnaast onderzoek gedaan kunnen worden wat betrekking heeft op het *monitoren*

van bepaalde zaken (bv. patiënttevredenheid of verwijsbeleid) en *kwaliteitsaspecten* van AG voor zover gerelateerd aan de twee centrale onderzoekslijnen.

4.1.1 Onderzoekslijn 'Gezondheid bevorderen'

De afgelopen decennia is de aandacht en interesse voor de menselijke gezondheid enorm toegenomen. Veel mensen proberen door veranderingen in hun leefstijl (bijvoorbeeld het voedingspatroon, het bewegingspatroon en/ of het omgaan met stress) hun gezondheidstoestand in positieve zin te beïnvloeden, voor nu en voor de langere termijn. Ook de World Health Organization (WHO) heeft tegenwoordig naast een van oudsher 'Fighting Disease' aanpak een 'Health Promotion' benadering. En in de terminologie van de in opkomst zijnde 'Integrative Medicine' ontwikkeling speelt gezondheid en het bevorderen ervan eveneens een belangrijke rol. Kortom: gezondheid en gezondheid bevorderen is een actueel thema. Maar wat wordt nu eigenlijk bedoeld met deze termen?

Historisch beschouwd hebben er in het denken over gezondheid altijd twee begrippen centraal gestaan: heilheid en balans (Larson, 1991). Wanneer we de ontwikkeling van het gezondheidsconcept in de laatste 150 jaar bekijken, dan zijn er in grote lijnen drie ontwikkelingsstappen vast te stellen (McDowell & Newell, 1987). 'Werd gezondheid eerst in termen van overleving gezien, gevolgd door een fase waarin de nadruk lag op het vrij zijn van ziekte, daarna kwam een periode waarin gezondheid werd opgevat als het vermogen van het individu zijn dagelijkse activiteiten te vervullen, gevolgd door de huidige nadruk op de positieve thema's geluk, sociaal en emotioneel welzijn en op de kwaliteit van het leven.' (König-Zahn et al., 1993, p. 5). Deze laatste stap werd in 1946 door de World Health Organization (WHO) gezet en werd uitgedrukt in de volgende formulering: 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.' Ten Have (1987) onderzocht verschillende wetenschappelijke visies op gezondheid. Deze visies zijn met name de statistische benadering, het biomedisch reductionisme, de biologie, de sociologie en de psychologie. Hij stelde vast dat deze visies elk voor zich

aspecten van gezondheid zijn die echter nog niet kunnen worden samengevoegd tot een compleet beeld van gezondheid.

Naar mijn mening is er veel voor te zeggen om de term 'zelfregulatie' in het denken over gezondheid centraal te stellen (Baars, 2005). In de afgelopen decennia zijn er namelijk verschillende concepten (verder) ontwikkeld die in die richting wijzen. Zo vinden we bijvoorbeeld bij de fysieke gezondheid dat de ontsteking en de koorts autonome en hoog georganiseerde processen zijn die optreden wanneer op een of andere manier de integriteit van het fysieke organisme (door een wond of infectie) wordt aangetast. Het onderdrukken van ontstekingsreacties en koorts op de kinderleeftijd is mogelijk geassocieerd met het optreden van allergieën op latere leeftijd. De chronobiologie, het onderzoeksterrein dat in de 20^{ste} eeuw groot is geworden, heeft zichtbaar gemaakt dat binnen het organisme voortdurend herstelactiviteiten optreden. Een mooi voorbeeld is natuurlijk de slaaperiode die de periode van wakker zijn ritmisch afwisselt. En ieder van ons kent uit eigen ervaring de weldaad van een goede nachtrust of het 'brakke gevoel' na een te korte of verstoorde slaap. Fysiologische activiteit en herstelactiviteit volgen elkaar voortdurend ritmisch op. Ontsteking, koorts en chronobiologische herstelactiviteiten zijn duidelijke voorbeelden van zelfregulatie op het niveau van het fysieke organisme.

In de wetenschappelijke literatuur zijn er, onder meer, drie belangrijke theorieën die aansluiten bij het concept van psychosociale zelfregulatie: autonomie, salutogenese en Meaning in Life.

Autonomie

Goedhart (1996) beschrijft dat een persoon autonoom is, indien de voorwaarden van een autonoom leven zijn vervuld. Hij onderscheidt hierbij instrumentele en intrinsiek waardevolle voorwaarden. Instrumentele voorwaarden hebben betrekking op het vergroten van de kans, dat de persoonlijke autonomie als ideaal kan worden gerealiseerd, maar zijn niet van invloed op de waarde en de invulling ervan (bijvoorbeeld rijkdom). De intrinsiek waardevolle voorwaarden maken deel uit van een waardevolle invulling van persoonlijke autonomie. De voorwaarden zijn:

1. Een zekere onafhankelijkheid, een zekere vrijwaring van interferenties door anderen.
2. Adequate innerlijke vermogens:
 - a. cognitieve en emotionele vermogens, nodig om werkelijk te kunnen kiezen en om zich te kunnen identificeren met de eigen keuzes.
 - b. fysieke toerusting en een zekere gezindheid, nodig om keuzen te kunnen realiseren.
3. Een toereikende diversiteit aan keuzemogelijkheden om een eigen invulling te geven aan een waardevol leven.

Voor beide soorten voorwaarden geldt dat ze niet alleen afhankelijk zijn van de mogelijkheden die de gemeenschap biedt, maar ook van de eigen inspanningen. En dus, aldus Goedhart is het vanzelfsprekend niet mogelijk om mensen autonoom te *maken*.

Salutogenese

Een bij het autonomie denken aansluitend concept van gezondheid is het concept van salutogenese of bronnen van gezondheid, afkomstig van de hoogleraar medische sociologie Antonovsky (1987). Antonovsky vroeg zich naar aanleiding van de vernietiging en bedreigingen van het Nazi-tijdperk en talloze andere oorlogen in onze tijd af wat sommige mensen doet overleven en hen zelfs onverwacht gezond doet zijn ondanks het doormaken van ervaringen als angst voor confrontatie met de dood, honger en marteling? Zijn onderzoek naar wat de basis vormde van dit vermogen tot gezondheid bij sommige mensen leidde tot het formuleren van de 'Sense of Coherence'. Volgens de auteur beschikt een mens over bronnen waaraan hij gezondheid ontleent. Deze "Generalized Resistance Resources" zijn onder meer: een gunstige sociaal-economische achtergrond, het bezit van kennis en intelligentie, het ter beschikking hebben van ik-sterkte, een sociaal steunsysteem, een gezonde levenswijze en een omschreven culturele achtergrond. Deze bronnen worden aangelegd op basis van de eerdere levenservaringen en genetische make-up. Door consistente en herhaalde ervaringen wordt op die wijze een 'Sense of Coherence' (SOC) (integratief vermogen)

opgebouwd, dat zijn maximum rond het 30ste levensjaar bereikt. Het is volgens Antonovsky een unieke menselijke eigenschap tegenstrijdige ervaringen te kunnen integreren en daarmee een betekenis te geven. Binnen het concept van SOC zijn drie kerneigenschappen te onderscheiden: (1) comprehensibility (het vermogen informatie te kunnen ordenen, consistent te maken, te structureren en te verhelderen), (2) manageability (de mate waarin men vaardigheden ter beschikking heeft om met situaties adequaat om te gaan) en (3) meaningfulness (de beleving een actieve participant te zijn aan de vormgeving van het eigen leven).

Meaning in life

In zijn proefschrift 'Meaning in life' (MIL) beschrijft Debats (1996) dat er binnen het drietal theorieën (Frankl, Maslow en Yalom) die in de klinische psychologie de meeste invloed hebben, ondanks de tegenstellingen, overeenstemming is over het belang van waarden als richting gevende principes in het proces van zingeven aan het persoonlijk bestaan. In het relativistisch perspectief op MIL van Battista en Almond wordt gesteld dat personen die hun leven als zinvol ervaren gekenmerkt worden door de volgende twee factoren: (a) zij kunnen hun leven bezien vanuit een betekenisvol perspectief en zij ontleen daaraan een aantal levensdoelen; en, (b) zij beleven zichzelf als personen die deze doelen hebben verwezenlijkt of bezig zijn deze te realiseren. In de eigen studie van Debats kwam andermaal 'de cruciale rol van de interpersoonlijke dimensie in het zingevingsproces naar voren: zinvolheid werd gekenmerkt door verschillende vormen van contact (met zelf, anderen en de wereld), terwijl zinloosheid wordt gekenmerkt door diverse typen van isolatie (van zelf, anderen en de wereld).

De concepten van autonomie, SOC en MIL kunnen zonder probleem herkend worden als zelfregulerende 'structuren'. De mens met een grote mate van autonomie, een sterke SOC en een sterke mate van MIL is zelfsturend. Er zijn inmiddels veel empirische aanwijzingen voor een positieve relatie tussen de verschillende niveaus van zelfregulatie en gezondheid (Baars, 2005). Surtees et al. (2003) bijvoorbeeld deden onderzoek bij een populatie van 20.579 personen. Een sterke SOC

was geassocieerd met een 30% reductie van de mortaliteit door alle ziekten bij elkaar, door cardiovasculaire aandoeningen, en door kanker bij mannen (niet bij vrouwen), onafhankelijk van sociale klasse, leeftijd, sexe en de aanwezigheid van chronische aandoeningen.

De huidige gezondheidszorg wordt van oudsher en ook momenteel nog overwegend gekenmerkt door een pathogenetische of ziektegeoriënteerde en mechanistische benadering. In deze mechanistische benaderingswijze ligt de nadruk in essentie op het vaststellen van 'de beschadiging van het onderdeel' en het vervolgens kunstmatig manipuleren, imiteren en/ of substitueren van (defecte) onderdelen en processen en daarnaast het voorkomen en bestrijden van 'vijandige' invloeden als bacteriën, virussen, etcetera, die de 'machinerie' verstoren. Ziekte wordt in deze benadering in essentie opgevat als een defect in de machine die gerepareerd kan worden door het toepassen van mechanistische kennis. Gezondheid is in deze opvatting dan ook vooral de afwezigheid van ziekte. Vanuit deze benadering is gezondheid bevorderen vooral een preventieve activiteit gericht op het voorkomen dat de machinerie spaak loopt.

Zoals eerder beschreven beschouwt de AG zichzelf als een verruiming van de reguliere gezondheidszorg. Antroposofische therapieën zijn gericht op het stimuleren van de werkzaamheid van de niet-materiële werkelijkheidslagen, die als werkingsmechanisme verantwoordelijk zijn voor het door zelfregulering instandhouden en herstellen van het organisme als psychosomatische eenheid, en de autonomie van de mens. Het zijn daarmee primair gezondheidsbevorderende therapieën die zowel preventief als curatief ingezet worden op fysiek en psychosociaal (inclusief betekenisgeving) niveau.

Gezondheidsmanagement

Op basis van het zelfregulatie gezondheidsconcept kunnen we tenslotte enkele niveaus van gezondheidsmanagement onderscheiden die de bijdrage van de AG aan de gezondheidszorg en haar positie ten opzichte van de reguliere geneeskunde inzichtelijker kan maken. Het betreft hier samenvattend twee

paradigma's: het bestrijden van ziekte en het repareren van afwijkingen enerzijds, en het ondersteunen en bevorderen van (de ontwikkeling van) zelfregulatie anderzijds. We sluiten hierbij aan bij het door Verhoog et al. (2002) denken in verschillende niveaus van natuurlijkheid wat, ontwikkeld voor de landbouw, zonder problemen ook gebruikt kan worden in het beoordelen van de humane gezondheidszorg. Binnen het complementaire gezondheids- en welzijnsdenken in de biologische veehouderij zijn drie stromingen te onderscheiden (Verhoog et al., 2002). Elke stroming heeft zijn eigen opvatting over hoe zij uit principe wil omgaan met gezondheid en ziekte.

1. In de '*geen-chemie benadering*' wijken de denkbeelden weinig af van het reguliere denken en handelen. Echter in plaats van het gebruik van chemisch-synthetische middelen ontstaat de vraag naar natuurlijke middelen zonder dat men het productiesysteem wil wijzigen. De algemene wens naar '*alternatieve middelen*' past goed in deze opvatting. Er wordt in principe nog vooral symptomatisch gereageerd door ziektesymptomen te bestrijden.
2. In de zogenaamde '*agro-ecologische benadering*' is het denken en handelen gericht op het versterken van de natuurlijke (ecologische) processen. Het idee van een evenwichtig (agro-) ecosysteem, waarin zelfregulerende terugkoppelingsprincipes aanwezig zijn, dient als voorbeeld voor het handelen. In relatie tot gezondheid en ziekte is er een sterke oriëntatie op preventie, het voorkómen van ziekten in samenhang met aangepast management. De ziekteverwekker is niet langer synoniem meer met de ziekte. Er ontstaat aandacht voor de context van ziekten en problemen die gelegen zijn in de bedrijfsvoering. Managementveranderingen in voeding, huisvesting en op de langere termijn de fokkerij en selectie moeten leiden tot een betere afstemming van dierlijke productie op de draagkracht en mogelijkheden van elke agro-ecologische omgeving.
3. In de derde benadering staat het denken in termen van '*integriteit*' centraal. Er is sprake van een handelen op basis van het begrip van de integriteit van het organisme en ook de ziekte.

Niveau van 'natuurlijkheid'	Toegepast op gezondheidsmanagement	Aangrijpingspunt reguliere therapieën	Aangrijpingspunt antroposofische therapieën
0. gangbare praktijk, niet persé natuurlijk	Reparatie van aantoonbare afwijkingen op orgaan, weefsel, cel of DNA structuur.	++	--
	Bestrijding van ziekteverwekkers veelal met fysisch-chemische middelen (bv. antibiotica, operatie, bestraling).	++	--
1. stoffen van natuurlijke oorsprong	Bestrijding van ziekteverwekkers en het bevorderen van het fysieke en psychisch-sociale zelfregulerende vermogen door natuurlijke middelen in plaats van chemisch-synthetische middelen.	-	++

2. processen in hun natuurlijke context	Bestrijding van ziekteverwekkers en het bevorderen van het fysieke en psychisch-sociale zelfregulerende vermogen door het gericht versterken van de natuurlijke processen die de zelfregulatie ondersteunen (bv. een gezond dag- en nachtritme bevorderen).	+ (fysieke gezondheid: leefstijladviezen: bv. rust of juist beweging voorschrijven) ++ (psycho-sociale gezondheid)	++ (fysieke gezondheid) ++ (psycho-sociale gezondheid)
3. 'eigen aard', integriteit, 'compleet'.	Toename aan fysieke, psychische-sociale gezondheid door het direct stimuleren van de zelfregulerende vermogens bij de mens (bv. de ontwikkeling van het immuunsysteem, de autonomie en 'Meaning in Life').	-- (fysieke gezondheid) ++ (psycho-sociale gezondheid: psychiatrie en psychologie: autonomie bevordering)	++ (fysieke gezondheid) ++ (psycho-sociale gezondheid)

Op basis van dit overzicht wordt duidelijk dat de reguliere en de antroposofische gezondheidszorg elkaar (kunnen) aanvullen vanuit verschillende paradigma's. Met betrekking tot de

fysieke gezondheid draagt de reguliere zorg vooral bij door reparatie van ‘afwijkingen’, de bestrijding van ziekteverwekkers met chemisch-synthetische middelen en algemene leefstijladviezen die de gezondheid bevorderen. De antroposofische gezondheidszorg richt zich met name op het bestrijden van ziekteverwekkers via behandeling van de context en daarmee van de biotoop van microbiologische factoren, met behulp van natuurlijke middelen, de bevordering van de natuurlijke processen die de zelfregulatie ondersteunen en het verder ontwikkelen van de fysieke zelfregulatiemechanismen. Met betrekking tot de psychosociale gezondheid leveren beide vormen van gezondheidszorg een bijdrage aan de ondersteuning en de ontwikkeling van zelfregulerende vaardigheden.

Binnen deze onderzoekslijn van ‘gezondheid bevorderen’ zullen we de ervaringskennis van AG in kaart brengen, expliciteren, zo nodig verbeteren, verspreiden en in de praktijk toepassen. Op deze wijze wordt toegewerkt naar een professionele en verantwoorde stroming binnen de gezondheidszorg.

4.1.2 Onderzoekslijn ‘Professionele ambachtelijkheid van de antroposofische zorgmethodieken’

In het kader van de Evidence Based Medicine ontwikkeling en de opkomst van de kwaliteitszorg is er in de afgelopen periode en wordt er nog steeds in de gezondheidszorg veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen. Hierin wordt de kennis vanuit onderzoek (eventueel aangevuld met ervaringskennis) zorgvuldig gewogen en gebundeld en wordt er op deze wijze naar gestreefd om de zorg voor de patiënt optimaal te maken. De patiënt wordt hierbij meestal beschouwd als behorend tot een diagnostische (sub)groep zoals bijvoorbeeld patiënten met een verhoogde schildklierfunctie of cliënten met een posttraumatische stressstoornis.

Zoals reeds eerder aangegeven wordt de AG, naast het inzetten van enkele algemene interventies voor algemene aandoeningen vanouds vooral gekenmerkt door een situationeel, op het individu georiënteerd handelen. Veel artsen, therapeuten

en verpleegkundigen in de AG ervaren de opkomst van protocollen en richtlijnen in de zorgpraktijk dan ook als een vorm van bedreiging. Wanneer zij ook aan deze eis zouden moeten voldoen, kan hierdoor de eigen, op het individu georiënteerde, aard van de AG praktijk in gedrang komen. Desalniettemin is kwaliteitsbeleid ook voor de AG een eis van de tijd waaraan niet ontkomen kan worden. Sterker nog, dat is een eis waaraan men niet zou moeten willen ontkomen. De vraag is alleen: als niet (alleen) met protocollen en richtlijnen, hoe dan wel?

Door de genoemde ontwikkelingen zien we dat er de afgelopen jaren activiteiten zijn ondernomen om de antroposofische zorgmethodieken wetenschappelijk te gaan onderbouwen. Naast algemene kaders zoals ervaringswetenschap (De Vries, 2004) en een wetenschappelijke verantwoording van het individuele oordeelsvermogen als methode (Baars, 2006; Baars & Baars, 2007), zijn er duidelijke aanzetten gegeven om de diagnostiek (Niemeijer & Baars, 2004), het sturen van therapeutische processen (Baars & Siepman van de Berg, 2006) en de methoden van het evalueren van effecten van op het individu georiënteerde interventies (Kiene, 2001) van een wetenschappelijk fundament te voorzien. Daarnaast is er inmiddels een meer dan 80 jaar oude AG praktijk met een schat aan tacit knowledge bij werkers in de AG.

Interessant genoeg sluit deze onderzoekslijn aan bij actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg waarbij de rol van de individuele gezondheidszorgwerker en diens ervaringskennis en oordeelsvermogen een prominenter rol krijgen. Zo ontwikkelde Baart (2004) een presentiebenadering, een praktijkfilosofie, die momenteel veel navolging in de zorg vindt als tegenhanger van de interventiepraktijk. Kenmerkend voor de verschillen tussen beide benaderingen is dat de interventiebenadering vanuit een er-zijn-met (een oplossing) de mens benadert en de presentiebenadering vanuit een slechts er-zijn-voor (de ander). Het houdt een beweging in naar de ander toe, ongehaast, volgend, de agenda is open en wordt in hoge mate bepaald door de ander. Van der Laan (2006) spreekt in datzelfde kader in zijn inaugurele rede over de ambachtelijkheid van de zorg. Naar zijn oordeel moet dit

beschouwd worden als een holistisch concept, waarbij gebruik gemaakt wordt van ervaringskennis, patroonherkenning en intuïtie. Hij pleit in zijn betoog voor een reprofessionalisering, waarbij er meer vertrouwen wordt gelegd bij de individuele professional met diens ambachtelijk gebruik maken van ervaringskennis.

Binnen de onderzoekslijn 'Professionele ambachtelijkheid van de antroposofische zorgmethodieken' zullen vier thema's centraal staan:

1. *De impliciet gehanteerde zorgmethodieken expliciteren:* Het expliciteren, systematiseren en professionaliseren van de in de praktijk gehanteerde zorgmethodieken. Hierbij speelt het methodisch gebruik maken van patroonherkenning en intuïtie een belangrijke rol.
2. *Uiteenzetting tussen protocollen, richtlijnen en methodisch individualiseren:* Het in gesprek brengen van de theorie en praktijk van het gebruik van protocollen, richtlijnen en methodisch individualiseren. Op basis hiervan kan er ook kwaliteitsbeleid ontwikkeld worden voor op het individu georiënteerde vormen van zorg. Tevens kan er kennis gegenereerd worden wanneer en op welke wijze protocollen en richtlijnen in de AG praktijk ingezet kunnen worden.
3. *De integratie van reguliere en antroposofische zorgmethodieken:* Het optimaliseren van het geïntegreerd gebruiken van reguliere en antroposofische zorgmethodieken.
4. *Toetsen van de ontwikkelde zorgmethodieken:* Het zorgvuldig toetsen van de validiteit en de bruikbaarheid van de ontwikkelde zorgmethodieken.

4.2 Infrastructuur voor onderzoek

Het lectoraat wil naast het uitvoeren van concrete onderzoeksprojecten ondersteuning bieden aan het AG veld, onderzoekers, docenten en studenten door een bijdrage te leveren aan de verbetering van de infrastructuur voor onderzoek. Aandachtspunten voor de komende tijd zijn:

1. Specifieke projecten die bijdragen aan het kunnen monitoren van AG op een wijze die de eigen aard van AG intact laat.
2. Het inrichten van een kenniskring van onderzoekers en onderzoekende gezondheidszorgwerkers die met elkaar werken aan de twee centrale onderzoekslijnen.
3. De toegankelijkheid van de wetenschappelijke AG artikelen vergroten.
4. Het aanbieden van een Masterclass voor het schrijven van onderzoeksvoorstellen.
5. Het schrijven van onderwijsmodules voor AG opleidingen over onderzoeksmethoden die in de AG praktijk gebruikt kunnen worden.
6. Het inrichten van een 'loketfunctie' voor methodische vragen.
7. Het organiseren van een jaarlijkse 'invitational conference' waarin met een brede groep 'stakeholders' in gesprek gegaan wordt en zo mogelijk conclusies getrokken worden over een onderwerp dat relevant is voor het (praktijk)onderzoek in de antroposofische gezondheidszorg.
8. Het verzorgen van relevante nationale en internationale onderzoeksnetwerken (bv. met betrekking tot kunstzinnige therapie onderzoek).

4.3 Communicatie

Het lectoraat wil tenslotte een bijdrage leveren aan het verbeteren van de communicatie over AG door een zestal activiteiten:

1. *Nieuwsbrief en website*: Nieuwe feiten en ontwikkelingen omtrent de activiteiten van het lectoraat zullen bekend gemaakt worden via de regelmatig verschijnende nieuwsbrief en de regelmatige updates van de website.
2. *Publicatiereeks*: Publicaties van de onderzoeken zullen in een herkenbare en toegankelijke vorm worden gepubliceerd.

3. *Jaarlijks symposium:* Aan het eind van elk kalenderjaar zal er een symposium georganiseerd worden, waarin resultaten van recente onderzoeken naar aspecten van de antroposofische gezondheidszorg in lezingen, workshops en een publicatie vanuit de kenniskring gepresenteerd zullen gaan worden. Het symposium wil hierbij uitdrukkelijk als platform fungeren en een podium bieden voor andere AG onderzoeksgroepen en aanpalende reguliere onderzoeksgroepen in Nederland. Op die manier kunnen de activiteiten van de verschillende onderzoeksgroepen gebundeld zichtbaar worden voor het AG veld en overige geïnteresseerden.
4. *Toegankelijkheid van het wetenschappelijk materiaal:* In samenwerking met het Mediacentrum van de hogeschool wordt onderzocht of het mogelijk is om de wetenschappelijke literatuur toegankelijk te maken voor onderzoekers, docenten en studenten. Gedacht wordt aan het opzetten van een database met AG publicaties die met behulp van zoekwoorden doorzocht kan worden.
5. *Resultaten beschikbaar maken voor opleiding:* Met de Opleiding Kunstzinnige Therapie en het opleidingsoverleg van de Medische sectie van de Antroposofische Vereniging in Nederland zal regelmatig besproken worden op welke wijze onderzoeksresultaten ingang kunnen krijgen in de AG opleidingen.
6. *Lezingencyclus gezondheid bevorderen:* In 2008 wordt gestreefd naar het organiseren van een lezingencyclus over het thema 'gezondheid bevorderen'. Doelstelling is om dit kennisdomein verder te verdiepen door experts op dit terrein vanuit verschillende invalshoeken een openbare lezing over dit thema te laten houden. Deze bijdragen zullen gebundeld worden in een publicatie.

5. Antroposofische gezondheidszorg: uit of aan de tijd?

Tijden veranderen en met de tijden de vraagstukken die op tafel liggen. Zo was er, zoals we allemaal weten, een tijd voor een tijd na het verschijnen van de film 'An Inconvenient Truth' van Al Gore. Na de wereldwijde vertoning ervan ligt het vraagstuk van de opwarming van de aarde op het bordje van alle bewoners van deze wereld. Sindsdien is het dus aan de tijd om klimaatneutraal te vliegen en is het aan de tijd om over te gaan tot CO2 reductie. En sindsdien is het dus UIT de tijd om er bijvoorbeeld maar lustig op los te stoken.

We schrijven 2008: de inrichting van een lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg aan een hogeschool. Voor sommigen een gotspe, voor anderen wellicht het begin van een structurele integratie van 'the best of both worlds'. En dus ook hier de vraag naar de aansluiting bij de tijdgeest. Of in andere woorden gesteld: is het aan de tijd om te streven naar een integratie van deze vorm van gezondheidszorg met de reguliere gezondheidszorg. Of: is het juist uit de tijd, en hebben we die periode van gedogen van niet reguliere vormen van gezondheidszorg, zoals in de afgelopen decennia, nu wel gehad?

In dit gedeelte van mijn rede wil ik, ter beantwoording van deze maatschappelijk zeer relevante vraagstelling, stilstaan bij enkele fenomenen die naar mijn idee de tijdgeest goed weergeven.

5.1 Menselijke drijfveren in de huidige tijd

Na een naoorlogse periode die gekenmerkt wordt door angst en onzekerheid bevinden we ons anno 2008 in de westerse

wereld, in de zogenaamde vijfde technologiegolf, het tijdperk van de informatie en telecommunicatietechnologie (Van Dyck, 2007). Dit tijdperk, dat in 1971 begon, wordt gekarakteriseerd door de opkomst van de personal computer, de doorbraak van het internet en de mobiele telefonie. Door de vruchten van deze ontwikkeling zijn organisaties in staat om multinationalaal te opereren, weten we vrijwel direct van rampen en de laatste opmerkingen van regeringsleiders aan de andere kant van de wereld en kunnen we met onze familie in Australië of Zuid-Amerika real-time mailen, chatten en/ of via de webcam ook nog verbaal en non-verbaal communiceren. Kortom: de gehele wereld binnen handbereik!

Van Dyck (2007) beschrijft dat er, op basis van deze vijfde technologiegolf, bij de westerse mens drie keer drie drijfveren te ontdekken zijn in uiteenlopende domeinen van de menselijke activiteit (bv. wereldpolitiek, cultuur en marketing).

De eerste groep van drie drijfveren (*'I-power'*) wordt gekenmerkt door een sterk geloof in eigen mogelijkheden:

1. *Empowerment*: Door het toenemende vertrouwen van burgers, consumenten en werknemers nemen zij steeds meer de touwtjes in handen en stellen zij steeds hogere eisen aan producten, diensten en werkgevers; zij willen en kunnen in veel gevallen zelf kiezen.
2. *Authenticiteit*: Authentiek of 'echt' betekent in de eerste plaats menselijk: respect, tolerantie en een menselijke schaal. Daarnaast betekent het tevens divers. Niet menselijk zijn oplossingen die van bovenaf zijn opgelegd.
3. *Anti-establishment*: Het individu legt steeds minder neer bij gezag en autoriteit. Mensen hebben steeds minder behoefte aan klassieke leiders of instituten.

De tweede groep drijfveren (*'Inclusief'*) heeft te maken met het individu dat naar harmonie streeft met zijn (verre en/ of nabije) omgeving en hierbij het beste van verschillende werelden ambieert:

1. *Verbondenheid*: Er is sprake van een nieuw sociaal individualisme. 'Het individu is empowered maar weet zich

persoonlijk verrijkt in sociale contacten met zijn directe omgeving en engageert zich ook graag in het verenigingsleven en het vrijwilligerswerk. Het individu zal zich meer openstellen voor de nieuwe, platte wereld en voor andere culturen' (Van Dyck, 2007, p. 115).

2. *Synthese*: 'Van de kookpot tot de politiek wordt wat gisteren onverzoenbaar leek vandaag probleemloos gecombineerd. Het en/en tijdperk is een nieuwe werkelijkheid. De zin voor synthese en convergentie wordt gedragen door steeds grotere groepen in de samenleving en vertaalt zich naar alle domeinen van leven en werken (Van Dyck, p. 125).' Mensen willen steeds meer 'the best of both worlds'.
3. *Vrouwelijkheid*: 'De drijfveren van de eenentwintigste eeuw zijn in ruime mate vrouwelijke drijfveren. Het streven naar harmonie en de postmateriële drijfveren zijn zeer vrouwelijk. Het individualisme wordt ingebed in een groter groepsgevoel, terwijl autoriteit en regels minder belangrijk worden. Individuele vrijheden worden in toenemende mate afgewogen tegenover het algemene belang (Van Dyck, p. 138).'

De derde groep ('*Immaterieel*') zijn de drijfveren die gebaseerd zijn op zogenaamde postmateriële waarden (kennis en wetenschap, verrijkende ervaringen en belevingen en zingeving) bij de individuen die het materieel goed gaat:

1. *Beleving*: Nu de materiële behoeften van mensen vervuld zijn, stijgt de behoefte aan belevenissen. Pine en Gilmore (2000) onderscheiden vier belevenisdomeinen: amusement, leren, ontsnappen aan de werkelijkheid en esthetiek.
2. *Vernuftigheid*: De wetenschap en techniek hebben veel innovaties mogelijk gemaakt om het menselijk bestaan te verbeteren en zullen hiermee doorgaan. Daarnaast is het kennisniveau van de individuele mens nog nooit zo hoog geweest en ook dit zal nog verder gaan.
3. *Zingeving*: Individuele leggen steeds meer de nadruk op zingeving, spiritualiteit, motivatie en levensdoelen.

5.2 Integratievraagstukken in de gezondheidszorg

CAM (Complementary & Alternative Medicine) neemt in populariteit toe. 65 % van de Europese bevolking meldt ervaring te hebben met deze vorm van geneeskunde (Ernst, 2000; Featherstone et al, 2003; Hanssen et al, 2005; Härtel & Volger, 2004; Harris & Rees, 2000; Menniti-Ippolito et al, 2002; Steinsbekk et al, 2007; Nilsson, Trehn & Asplund, 2001; Thomas & Coleman, 2004; Thomas, Nicholl & Coleman, 2001; Wolf et al, 2006; World Health Organization, 2001, 2002). Ongeveer 30-50% van de Europese bevolking gebruikt CAM als een vorm van zelfondersteuning en 10-20% van de Europese bevolking heeft het afgelopen jaar een CAM-arts/behandelaar bezocht (in patiëntenpopulaties kunnen deze percentages flink hoger uitvallen). Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) heeft becijferd dat in Nederland jaarlijks ongeveer 1,5 miljoen mensen gebruik maken van complementaire zorg. Exclusief huisarts had in 2003: 6,8% en in 2004: 7,2% van de Nederlandse bevolking contact met een complementair behandelaar. Inclusief huisarts bedroegen die percentages 10,7% respectievelijk 11% (CBS, 2005).

Ook verwijzen steeds meer reguliere artsen naar CAM-behandelaars of praktiseren zelf een van de meer gangbare vormen van CAM (Astin, 1998; Lewith, Hyland & Gray, 2001; Schmidt, Jacobs & Barton, 2002; Van Haselen et al, 2004; White, Resch & Ernst, 1997) en zijn steeds meer reguliere artsen van mening dat deze behandelingen zinvol en deugdelijk zijn. Een duidelijke reactie op genoemde verschijnselen is het feit dat een toenemend aantal behandelaars van de verschillende CAM-richtingen zich hebben georganiseerd in professionele verenigingen met scholing en opleiding.

In de Europese Unie zijn naar schatting 150.000 artsen die een opleiding hebben gevolgd in een bepaalde CAM-therapie met per CAM-richting deelnemersaantallen die overeenkomen met reguliere medische specialisaties (80.000 in acupunctuur, 40.000 in homeopathie en 30.000 in antroposofie, natuurgeneeskunde en andere CAM-therapieën; ter vergelijking: er zijn 15.000 neurologen, 18.000 KNO-artsen, 25.000 oogartsen en 50.000 algemeen chirurgen in de Europese Unie). De meeste praktiserende CAM-artsen zijn werkzaam in de ambulante gezondheidszorg

als huisarts of medisch specialist; in verschillende Europese landen werken sommige van hen in reguliere ziekenhuizen, inclusief universitair medische opleidingscentra. In Nederland zijn ruim 1200 artsen lid van een van de verenigingen van complementaire geneeskunde die onderhavig document hebben opgesteld en ook in Nederland is sprake van een grote diversiteit van aangesloten artsen: veel huisartsen die in hun praktijk met een vorm van CAM hun behandelingsarsenaal completeren, verschillende specialisten die gebruik maken van CAM naast of in samenhang met hun reguliere specialisatie, maar ook een grote groep artsen die een uitsluitend consultatieve CAM-praktijk heeft (Van Dijk en Spee, in voorbereiding). De antroposofische gezondheidszorg is een van de vijf belangrijkste stromingen.

In de afgelopen jaren is het onderzoek naar CAM zorgmethodieken en interventies, in de context van de Evidence Based Medicine ontwikkeling, enorm toegenomen. Inmiddels claimen sommige stromingen zoals bijvoorbeeld de acupunctuur al dat zij zoveel bewijzen van effectiviteit hebben dat zij niet meer als alternatief of complementair beschouwd moeten worden, maar als 'main stream' geneeskunde. Velen binnen de reguliere gezondheidszorg daarentegen worstelen met de vraag of CAM een professionele plaats binnen de gezondheidszorg kan krijgen en zo ja, op welke voorwaarden en in welke vorm?

In Amerika zien we dat de ontwikkelingen inmiddels al veel verder zijn dan in Europa. Zo werd in 2000 door 38 academische gezondheidszorgcentra (onder meer: Harvard, Yale, Stanford) het 'Consortium of Academic Health centers for Integrative Medicine' opgericht, waarbij de kennis van CAM een belangrijk onderdeel van Integrative Medicine is.

Gesteld dat in de komende decennia de ontwikkeling van Integrative Medicine doorzet, dan zal naast de opgave van de wetenschappelijke verantwoording van effectiviteit en veiligheid, met name de integratie van de verschillende zienswijzen (diagnostiek, interventiekeuze, etcetera) in het kader van kwaliteitsbeleid nog een grote opgave voor onderzoek en de zorgpraktijk zijn. Specifieke aandachtspunten hierbij zijn het verantwoord integreren van een ziektebestrijdende en gezondheidbevorderende aanpak en het omschakelen van een aanbod gerichte, veelal groepsgerichte aanpak naar een

vraaggestuurde, op het individu georiënteerde aanpak. Deze laatste twee aandachtspunten zijn natuurlijk ook en vooral aan de orde buiten het CAM domein in de gezondheidszorg. Termen als 'Personalized Medicine' voortkomend uit de systeembioïogie (Van der Greef, Hankemeijer & McBurney, 2006) en 'Patientenorientierten Psychotherapieforschung' (Lutz, 2003) of 'Patient-Focused Research' (Asay et al., 2002) in het psychotherapieonderzoek tonen naar mijn idee exemplarisch het in deze tijd zoeken naar op het individu georiënteerde benaderingen in het onderzoek en de praktijk van de gezondheidszorg. Ontwikkelingen als zorgbudgetten voor patiënten zelf zijn voorbeelden van de toegenomen zelfsturing van de patiënt die steeds meer zorg op maat wil.

5.3 Wetenschappelijke vraagstukken

Arthur Zajonc, hoogleraar fysica in Amherst college in Amerika en tevens antroposoof publiceerde in 1995 het boek 'Catching the light' waarin hij demonstreerde hoe door de mensheidsgeschiedenis heen de verhouding tot en de opvattingen over het licht voortdurend veranderden. Zo werd in het Oude Egypte het licht beschouwd als 'the sight of God' terwijl we in de huidige tijd over licht als fotonen partikels spreken. Zajonc schrijft aan het eind van het boek dat de wetenschap naar zijn oordeel verzuimd heeft om te zien dat het het menselijke bewustzijn is, dat door de mensheidsgeschiedenis heen veranderd is. Door die verandering kunnen we begrijpen dat de mens in de verschillende perioden het licht zo verschillend heeft beleefd. Het perspectief van het veranderend bewustzijn opent de mogelijkheid om vanuit andere concepten en visies naar actuele vraagstukken te kijken.

Twee belangrijke wetenschappelijke vraagstukken van deze tijd zijn die van de organisatie van de materie van organismen en die van het menselijk bewustzijn. Zo zijn de systeembioïogie, de complexiteit en de zelfregulatie van organismen wetenschapsgebieden die in deze tijd veel aandacht krijgen. Zoals we in het verhaal van Jan van der Greef al hebben kunnen horen is het met de toenemende kennis over de complexe systemen van

organismen niet goed meer mogelijk om levende organismen reductionistisch als een machine te beschouwen. Dit sluit aan bij literatuuronderzoek waarin gedemonstreerd werd dat in tal van wetenschapsgebieden het vraagstuk van de sturing van de organisatie van de materie nog lang niet opgelost is (Baars & Baars, 2007). Daarnaast hebben verschillende holistische onderzoekers met succes duidelijk gemaakt dat ook niet-materiële werkelijkheidslagen in organismen in overeenstemming met de bekende wetenschappelijke feiten als causaal, ordenend principe gedacht kunnen worden (Bockemühl, 1985; Bockemühl & Järvinen, 2005; Schad, 1971; Van der Bie, 2006; Van Tellingen, 2003).

Naast de organisatie van de materie is het wezen van het bewustzijn nog een onopgelost vraagstuk. Het belangrijkste probleem ('the hard problem') is het vraagstuk van de qualia of het belevingsprobleem: "Why is it that when our cognitive systems engage in visual and auditory information processing, we have visual or auditory experiences: the quality of deep blue, the sensation of middle C? How can we explain why there is something it is like to entertain a mental image, or to experience an emotion? It is widely agreed that experience arises from a physical basis, but there is no good explanation of why and how it so arises. Why should physical processing give rise to a rich inner life at all? It seems objectively unreasonable that it should, and yet it does" (Chalmers, 2004, p. 619). "But, for example, would purely objective research into colour vision ever have discovered that certain colour combinations are very pleasant, or that some colours appear warm, others cold, or that some people hear coloured sounds?" (Gordon 2004, p. 227). Vanuit een andere invalshoek gaat de cardioloog van Lommel in op het vraagstuk van het bewustzijn. In zijn boek 'Eindeloos bewustzijn' (Van Lommel, 2007) komt hij tot een wetenschappelijke visie op de bijna-dood ervaring (BDE). Na de verschillende verklaringsmodellen van de BDE stap voor stap als niet in overeenstemming met de feiten, te hebben afgedaan, komt de auteur tot het concept van non-lokaal en eindeloos bewustzijn, dat al voor de dood moet hebben bestaan en na de dood zal blijven bestaan.

En ook een van de centrale concepten binnen de wetenschap, het concept van 'objectiviteit' is in beweging. Zo beschrijven

Daston en Galison (2007) in hun historische betoog dat objectiviteit zich heeft ontwikkeld van de natuurwaarheid, via de mechanische objectiviteit naar (ook) het geschoolde oordeel in de 20^{ste} eeuw! Zo is een objectief beeld van een plant in de eerste categorie een plantenbeeld á la Linnaeus: op basis van exacte waarnemingen wordt een grondtype van de plantenfamilie getekend die geen individueel exemplaar voorstelt, maar juist het karakteristieke, algemene, het typische van een familie. Een foto van een specifiek exemplaar op een bepaald moment en een bepaalde locatie is een beeld met een mechanische objectiviteit. In een atlas waarin zowel heel nauwkeurige, mechanisch-objectieve onderdelen en door de expert (om bepaalde redenen) benadrukte onderdelen van een plantenfamilie getekend zijn, vinden we de objectiviteit van het geschoolde oordeel. Op tal van terreinen (bijvoorbeeld het beoordelen van röntgenfoto's) is duidelijk geworden dat het voorschrift van de mechanische objectiviteit die zich verre van elke interpretatie houdt tekort schiet. 'Nur wenn Bilder mittels kreativer Einschätzung – oft durch intuitive (aber geschulte) Mustererkennung, gesteuerte Erfahrung oder holistische Wahrnehmung – interpretiert wurden, erhielten sie Bedeutung' (Daston & Galison, 2007, p. 366) [Slechts wanneer beelden door middel van creatieve beoordeling – vaak door intuïtieve (maar geschoolde) patroonherkenning, gestuurde ervaring of holistische waarneming – geïnterpreteerd werden, verkregen ze betekenis].

5.4 Conclusie

Het zal u niet verbazen dat ik op basis van mijn voorgaande beschouwing tot de conclusie kom dat een lectoraat AG en verdergaand een streven naar een professionele integratie van AG en reguliere gezondheidszorg aansluiten bij de geest van de tijd. De vraagstukken van de professionele ambachtelijkheid en het gezondheid bevorderen liggen inmiddels breeduit op de maatschappelijke, wetenschappelijke en gezondheidszorg borden. Ze bevatten nog veel vraagstukken die in de komende decennia opgelost moeten worden. Het lectoraat AG kan daaraan vanuit de aard der zaak van de AG zelf, samen met anderen en andere organisaties, een belangrijke bijdrage leveren.

Ten slotte

Aan het tot stand komen van het lectoraat AG hebben veel mensen en organisaties op allerlei wijzen bijgedragen. Ik wil dan ook van deze gelegenheid gebruik maken om deze hiervoor zeer hartelijk bedanken. Om te voorkomen dat ik iemand of een organisatie per ongeluk vergeet, wil ik in principe geen namen noemen. Desalniettemin ontkom ik er niet aan om enkele namen toch te noemen.

De eerste is een persoon die vanwege zijn verdiensten wel persoonlijk bedankt *moet* worden. Die persoon is Dick Keijzer, het hoofd van de opleiding Kunstzinnige Therapie aan Hogeschool Leiden. Dick, door jouw onvermoeibare inzet en door jouw uithouden van alle ingewikkeldheden van het AG veld, heb je door jaren heen het draagvlak voor het lectoraat AG in het AG veld en de hogeschool weten te creëren. Dick, ik denk dat het heel duidelijk is: zonder jou hadden we hier niet gestaan. Ik en met mij velen kunnen je hiervoor dan ook niet genoeg bedanken.

Ten tweede gaat mijn grote dank uit naar de organisaties die vanuit hun enthousiaste betrokkenheid het lectoraat financieel mede mogelijk hebben gemaakt: naast Hogeschool Leiden zijn dit de Antroposofische Vereniging in Nederland, de Stichting ter Bevordering van de Heilpedagogie, de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Zorgaanbieders, de Stichting Phoenix (Den Haag), de Stichting Triodos Fonds, de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen, de SAMPO, de Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten, de Stichting Antroposofische Ouderen Zorg, de Beroepsgemeenschap van psychosociale hulpverleners werkend vanuit de antroposofie, en de Nederlandse Vereniging voor Kunstzinnige Therapieën op antroposofische grondslag.

Daarnaast wil ik Erica de Heus en het College van Bestuur zeer bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen door deze benoeming.

Ten slotte wil ik afsluitend alle antroposofische en niet-antroposofische instellingen die zich op enigerlei wijze met het genereren en implementeren van kennis over professionele ambachtelijkheid van (antroposofische) zorgmethodieken en over het (antroposofisch) bevorderen van gezondheid oproepen om de krachten te bundelen om deze belangrijke thema's verder ingang te laten krijgen in de gezondheidszorg.

Literatuur

- Antonovsky A (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. Ann Arbor: Proquest Info & Learning.
- Asay TP, Lambert MJ, Gregersen AT & Goates MK (2002). Using patient-focused research in evaluating treatment outcome in private practice. *Journal of Clinical Psychology*, 58(10): 1213-1225.
- Astin JA (1998). A review of the incorporation of Complementary and Alternative Medicine by mainstream physicians. *Archives of Internal Medicine*, 158: 2303-2310.
- Baars EW (2005). *De bijdrage van de antroposofische eerstelijnszorg aan de vermindering van de 'Burden of disease' in Nederland. Een explorerende pilotstudy*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Baars EW (eindredactie) (2006). *Goede zorg. Ethische en methodische aspecten. Een antroposofische benadering van kinder- en jeugdpsychiatrie en zorg voor mensen met ontwikkelingsstoornissen*, tweede druk. Zeist: Uitgeverij Christofoor.
- Baars EW & Baars T (2007). Towards a philosophical underpinning of the holistic concept of integrity of organisms within organic agriculture. *NJAS*, 54-4: 463-477.
- Baars EW & Siepman van de Berg, B (2006). *Cursusmateriaal 'Het sturen van therapeutische processen'*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Baart A (2004). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Bockemühl J (1985). *Erscheinungsformen des Ätherischen*. Stuttgart: Freies Geistesleben.
- Bockemühl J & Järvinen K (2005). *Auf den Spuren der biologisch-dynamischen Präparatepflanzen*. Dornach: Verlag am Goetheanum.

- CBS: Statline 2005 www.cbs.nl, geciteerd in WCZ-rapport "Beleidskader complementaire zorg", mei 2006.
- Chalmers DJ (2004). Facing up the problem of consciousness. In: J. Heil. *Philosophy of mind, a guide and anthology*: p. 617 – 640. Oxford: Oxford University Press.
- Daston L & Galison P (2007). *Objektivität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Debats DL (1996). *Meaning in life. Psychometric, clinical and phenomenological aspects*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen.
- Ernst E (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:252-257.
- Featherstone C, Godden D, Gault C, Emslie M & Took-Zozaya M (2003). Prevalence study of concurrent use of complementary and alternative medicine in patients attending primary care services in Scotland. *American Journal of Public Health*, 93:1080-1082.
- Goedhart A (1996). *De dimensies van een nuttige diagnose*. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden.
- Gordon IE (2004). *Theories of visual perception*. East Sussex: Psychology Press.
- Hanssen B, Grimsgaard S, Launsø L, Fønnebø V, Falkenberg T & Rasmussen NK (2005). Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23:57-62.
- Harris P & Rees R (2000). The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. *Complementary Therapies in Medicine*, 8:88-96.
- Härtel U & Volger E (2004). Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie [Use and acceptance of classical natural and alternative medicine in Germany- findings of a representative population-based survey] *Forschende Komplementärmedizin und Klassische Naturheilkunde*, 11:327-334.
- Have ten HAMJ (1987). Gezondheid in filosofisch perspectief. *Filosofie & praktijk*, 8:113-27.

- Kiene H (2001). *Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based medicine*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer-Verlag.
- Kienle GS, Kiene H & Albonico HU (2006). *Anthroposophic Medicine: Effectiveness, Utility, Costs, Safety*. Stuttgart-New York: Schattauer Verlag.
- König-Zahn C, Furer JW & Tax B (1993). *Algemene gezondheid. Het meten van de gezondheidstoestand*. Assen: Van Gorcum.
- Larson JS (1991). *The measurement of health: concepts and indicators*. New York: Greenwood.
- Lewith GT, Hyland M & Gray SF (2001). Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. *Complementary Therapies in Medicine*, 9:167-172.
- Lutz W (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- McDowell I & Newell C (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford Univ. Pr..
- Menniti-Ippolito F, Gargiulo L, Bologna E, Forcella E & Raschetti R (2002). Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 58:61-64.
- Niemeijer M & Baars E (2004). *Beeldvormende diagnostiek van de kinderlijke constitutie. De ontwikkeling van een meetinstrument*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Nilsson M, Trehn G & Asplund K (2001). Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. *Journal of Internal Medicine*, 250: 225-233
- Pine J & Gilmore JH (2000). *De beleveniseconomie*. Den Haag: Academic Service.
- Schad W (1971). *Säugetiere und Mensch*. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben.
- Schmidt K, Jacobs PA & Barton A (2002). Cross-cultural differences in GPs' attitudes towards complementary and alternative medicine: a survey. Comparing regions of the

- UK and Germany. *Complementary Therapies in Medicine*, 10:141-147.
- Steinsbekk A, Adams J, Sibbritt D, Jacobsen G & Johnsen R (2007). The profiles of adults who consult alternative health practitioners and/or general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25:86-92.
- Surtees P, Wainwright N, Luben R, Khaw KT & Day N (2003). Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Epidemiol*;158(12):1202-9.
- Thomas KJ & Coleman P (2004). Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus Survey. *Journal of Public Health*, 26:152-157.
- Thomas KJ, Nicholl JP & Coleman P (2001). Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complementary Therapies in Medicine*, 9:2-11.
- Van der Bie GH (2006). *Immunology. Self and non-self from a phenomenological point of view*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Van der Greef J, Hankemeijer T & McBurney RN (2006). Metabolomics-based systems biology and personalized medicine: moving towards n = 1 clinical trials? *Pharmacogenomics*, 7 (7): 1087-1094 .
- Van der Laan G. (2006). *Maatschappelijk werk als ambacht: inbedding en belichaming*. Amsterdam: uitgeverij SWP.
- Van Dijk PA, Spee EMW, Van Rijswijk KE, Sorgels W (in voorbereiding). Onderwijs over complementaire behandelwijze. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*.
- Van Dyck, F (2007). *Het merk mens. Consumenten grijpen de macht*. Schiedam: Scriptum Uitgeverij.
- Van Haselen RA, Reiber U, Nickel I, Jakob A & Fisher PA (2004). Providing Complementary and Alternative Medicine in primary care: the primary care workers' perspective. *Complementary Therapies in Medicine*, 12:6-16.
- Van Lommel P (2007). *Eindeloos bewustzijn. Een wetenschappelijke visie op de bijna-doodervaring*. Kampen: Uitgeverij Ten Have.

- Van Tellingen C (2003). *Physiology. Organ physiology from a phenomenological point of view*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Vries de A (2004). *Ervaringsleren cultiveren. Onderzoek in eigen werk*. Delft: Akademische Uitgeverij Eburon.
- Verhoog H, Matze M, Lammerts van Bueren E & Baars T (2002). *Hoe natuurlijk is de biologische landbouw? Onderzoek naar de vraag of biologische landbouw een 'natuurlijke' landbouw is of zou moeten zijn*. Den Haag: Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).
- White AR, Resch KL & Ernst E (1997) Complementary medicine: use and attitudes among GPs. *Family practice*, 14:302-306.
- Wolf U, Maxion-Bergemann S, Bornhöft G, Matthiessen PF & Wolf M (2006). Use of complementary medicine in Switzerland. *Forschende Komplementärmedizin*, 13(2):4-6.
- World Health Organization (2001). *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A World-wide Review*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: World Health Organization.
- Zajonc A (1995). *Catching the light. The entwined history of light and mind*. Oxford: Oxford University Press.

Curriculum Vitae

Erik Baars (1961) studeerde Geneeskunde en Epidemiologie in Amsterdam. Hij was van 1991 – 1993 voltijds werkzaam als arts-assistent Interne Geneeskunde, van 1993 – 2007 eerst voltijds en later parttime als arts werkzaam in de Bernard Lievegoed Kliniek, een antroposofisch psychiatrisch ziekenhuis. Van 1994 – 2000 was hij parttime bureaumedewerker en coördinator van de Stichting Antroposofisch Medisch Onderzoek. Van 1997 – 2002 was hij parttime als coördinator en onderzoeker verbonden aan het Cats-Polm Instituut, een onderzoeksinstituut op het terrein van de chronische traumatisering. Sinds 2000 is hij verbonden aan het Louis Bolk Instituut, eerst als afdelingsdirecteur en onderzoeker, tot begin 2008 leider en onderzoeker van de sectie Mens, en momenteel als senior-onderzoeker en trekker van het thema Gezondheidszorg. Hij schreef publicaties over met name antroposofische gezondheidszorg, gezondheid door zelfregulatie, trauma en dissociatie, het holisme-reductionisme vraagstuk, zorgboerderijen en holistische methodologie.

Colofon

Antroposofische gezondheidszorg
De professionele ambachtelijkheid van gezondheid
bevorderen

Drs. E.W. Baars

ISBN 978 90 6665 966 7

NUR 860

Foto's omslag

iStock

Vormgeving omslag

Rob Ferwerda, Creja ontwerpen

Vormgeving

Marc Horvat, Uitgeverij SWP

Opmaak binnenwerk

Charley Klinkenberg, Amsterdam

Uitgever

Paul Roosenstein

Voor informatie over overige uitgaven van Uitgeverij SWP:

Postbus 257, 1000 AG Amsterdam

Telefoon: (020) 330 72 00

Fax: (020) 330 80 40

E-mail: swp@mailswp.com

Internet: www.swpbook.com