

Forum Complementaire Zorg

Complementaire zorg in Nederland:

*Pleidooi voor implementatie,
opleiding, voorlichting en
onderzoek*

Mei 2004

Dr. Adriaan Visser, psycholoog

Helen Dowling Instituut, Utrecht

Martine Busch, M.A., pedagoog

Van Praag Instituut, Utrecht

Drs. Michel Wismans, socioloog/econoom

Stichting MAIA, Rotterdam

Deze nota is een initiatief van het Forum Complementaire Zorg, waarin zitting hebben:

mevrouw M.E.H. Busch MA, *Van Praag Instituut, Utrecht*

mevrouw H.M.M. Dols, *Basisopleiding Complementaire Zorg, Mondriaan College, Delft*

de heer R. Emous, *Vereniging voor Antroposofische Verpleegkundigen*

mevrouw A. Huisman, *Vereniging voor Complementaire Zorg Verpleegkundigen*

mevrouw S. Hupkens, *Basisopleiding Complementaire Zorg, Mondriaan College, Delft*

mevrouw A. Noorden, *MScN, Stichting voor Natuurgeneeskunde en Educatie*

de heer J. Peter, *Zorgcentrum Bernardus, Amsterdam*

de heer dr. A. Visser, *Helen Dowling Instituut, Utrecht*

mevrouw T. Wormer, *Vereniging voor Antroposofische Verpleegkundigen*

de heer drs. M. Wysmans, *Stichting Maia, Rotterdam*

Inhoudsopgave

| | | |
|------------------|---|-----------|
| 1 | Inleiding | 3 |
| 2 | Omschrijving complementaire zorg | 4 |
| 3 | Internationale ontwikkelingen | 5 |
| | 3.1 Beleid van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO)..... | 5 |
| | 3.2 Verenigde Staten | 5 |
| | 3.3 Complementaire zorg in Europa | 6 |
| 4 | Complementaire zorg in Nederland | 8 |
| | 4.1 Gebruik van complementaire zorg..... | 8 |
| | 4.2 Onderzoek | 9 |
| | 4.3 Interferentie-effecten..... | 9 |
| | 4.4 Toepassing en implementatie op instellingsniveau | 10 |
| | 4.5 De rol van beroepsgroepen..... | 10 |
| | 4.6 Onderwijs..... | 12 |
| | 4.7 Voorlichting over CZ voor patiënten en zorgverleners..... | 13 |
| | 4.8 Patiëntenorganisaties | 13 |
| 5 | Conclusies en aanbevelingen | 15 |
| | 5.1 Voorstellen voor beleid op middellange termijn..... | 15 |
| | 5.2 Plan van aanpak op korte termijn | 16 |
| | 5.3 Financiële onderbouwing | 17 |
| Bijlage 1 | Overzicht onderzoek complementaire zorgvormen in Nederland | 18 |
| Bijlage 2 | Stand van zaken van het onderzoek naar diverse complementaire zorgvormen | 20 |
| | 2.1 Aromatherapie en massage | 20 |
| | 2.2 Gezichtsmassage en ontspanning | 21 |
| | 2.3 Therapeutic touch | 22 |
| | 2.4 Muziektherapie..... | 24 |
| | 2.5 Beeldende creatieve therapie | 25 |
| | 2.6 Waardering van complementaire zorg door patiënten | 25 |
| Bijlage 3 | Matrix van potentiële beleidsopties voor CZ | 27 |
| Bijlage 4 | Geraadpleegde literatuur | 28 |

1 Inleiding

In deze nota wordt een pleidooi gehouden voor meer aandacht voor implementatie, onderwijs, voorlichting en onderzoek op het terrein van de complementaire zorg in Nederland. Ingegaan wordt op de definitie van complementaire zorg, de internationale ontwikkelingen op dit terrein, en de situatie in Nederland met betrekking tot onderzoek, de rol van diverse beroepsgroepen, implementatie, en het onderwijs en de educatie op het gebied van complementaire zorg. Op basis hiervan worden aanbevelingen gedaan en een beleidsplan voor de aanpak op korte termijn gepresenteerd.

2 Omschrijving complementaire zorg

Onder complementaire zorg (afgekort als CZ) wordt in deze nota verstaan de zorg die zorgverleners geven in aanvulling op de standaardzorg. Complementaire zorg onderscheidt zich van complementaire of alternatieve behandelwijzen (veelal aangeduid als CAM). Het gaat in de CZ om afzonderlijke interventies, die ingebed zijn binnen een bestaande beroepsuitoefening (door b.v. verpleegkundigen, vroedvrouwen, fysiotherapeuten, artsen) met het accent op ondersteuning in de zorg. CZ is dan ook geen therapie. In Nederland wordt dit onderscheid explicieter gemaakt dan in andere landen, waar de complementaire zorg deel uitmaakt van CAM. Voorbeelden van complementaire zorgvormen zijn:

- ◆ Massage: gezichtsmassage, voet- en hand-/armmassage, en gehele lichaamsmassage
- ◆ Werken met etherische oliën (aromatherapie)
- ◆ Ontspannings- en visualisatieoefeningen
- ◆ Energetische benaderingen, zoals therapeutic touch (TT) en Reiki
- ◆ Werken met kruiden (fytotherapie)
- ◆ Werken met muziek (muziektherapie)
- ◆ Snoezelen voor ouderen
- ◆ Creatieve therapie, imaginatie

De toepassing van CZ gebeurt in allerlei zorgsettings, zoals bij chronisch zieken, oncologische patiënten, patiënten in de palliatieve fase, psychiatrie, ouderenzorg en kinderverpleging. CZ beoogt de kwaliteit van leven van patiënten te bevorderen. CZ onderscheidt zich daarmee nadrukkelijk van alternatieve geneeswijzen, die pretenderen het ziekteproces zelf te beïnvloeden (Medisch Contact, 2001). Complementaire zorgmethoden gaan uit van een holistische mensvisie en proberen de kwaliteit van leven, het zelfgezend vermogen en de fysieke conditie van de patiënten te bevorderen; ontspanning speelt daarbij een belangrijke rol. Een aparte plaats neemt de antroposofische zorg in, die met een eigen en uitgebreide mensvisie een specifieke traditie heeft op dit gebied.

In de verpleegkunde wordt vaak de volgende definitie gebruikt: Complementaire interventies zijn verpleegkundige interventies voortkomend uit de complementaire geneeswijzen, in het verpleegkundig proces en in de verpleegkundige praktijk, die bij voorkeur worden toegepast om het zelfhelend vermogen van de patiënt te ondersteunen, stimuleren of activeren, waarbij de zorg de mentale, emotionele, lichamelijke, spirituele en sociale behoeften omvat, zodat de patiënt een staat van welbevinden kan (her)winnen (Noorden, 1996).

In deze nota wordt de nadruk gelegd op de complementaire zorgvormen en interventies die binnen bepaalde beroepsgroepen kunnen worden toegepast. Het gaat in deze nota dus expliciet niet over de opzichzelfstaande alternatieve en complementaire therapieën. Echter als daartoe aanleiding bestaat vanwege de definities van anderen en door het onderzoek op dit gebied, wordt ook teruggegrepen op de CAM-traditie.

3 Internationale ontwikkelingen

In vergelijking met het buitenland vertoont de aandacht voor en de ontwikkeling van CZ in Nederland een duidelijke achterstand wat betreft de implementatie van en onderzoek naar CZ. Hieronder wordt dit geïllustreerd aan de hand van beleid van de WHO, de situatie in de VS, en de ontwikkelingen elders in Europa.

3.1 Beleid van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO)

De WHO heeft in 2002 een beleidsnotitie en een strategische notitie uitgebracht over de integratie van traditionele geneeskunde (traditional medicine = TM) en complementaire en alternatieve geneeskunde (CAM) binnen de bestaande gezondheidszorg (WHO, 2002). In 2003 is daarover een resolutie aangenomen. De WHO wijst erop dat in landen als India, Rwanda, Benin en Ethiopië 70-90% van de bevolking gebruik maakt van traditionele behandelwijzen, terwijl in landen als België, Frankrijk, de VS en Canada inmiddels ook 31-70% van de bevolking wel eens een beroep doet op CAM. De WHO formuleert voor de periode 2002-2005 een viertal doelstellingen voor TM/CAM:

- ◆ integratie binnen de nationale gezondheidszorg door middel van het ontwikkelen en implementeren van nationale beleidslijnen en programma's;
- ◆ bevorderen van de veiligheid, effectiviteit en kwaliteit, en het verschaffen van richtlijnen ten aanzien van regulering en kwaliteitsnormering;
- ◆ verbeteren van de toegankelijkheid en betaalbaarheid voor met name arme bevolkingsgroepen;
- ◆ bevorderen van therapeutisch verantwoord gebruik door aanbieders en consumenten.

Gezien deze doelstellingen van de WHO en het wereldwijde gebruik van CAM, is het ook voor de Nederlandse situatie van belang dat op korte termijn de partijen in het veld maatregelen nemen, in plaats van het huidige beleid om aan de afzonderlijke zorginstellingen en zorgverleners over te laten of CZ wordt toegepast, gedoogd of verboden, zoals in het UMC St. Radboud te Nijmegen is gebeurd (Radboud, 2002).

3.2 Verenigde Staten

Jaarlijks wordt in de Verenigde Staten ongeveer \$30 miljard uitgegeven aan CAM (Kessler *et al.*, 2001) en in de laatste 50 jaar zijn steeds meer mensen CAM gaan gebruiken: in de leeftijdsgroep van 18-30 jaar zelfs 7 van de 10 ondervraagden (Eisenberg, 2000). Om deze ontwikkeling te ondersteunen en te helpen sturen is in 1991 vanuit de overheid het National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) opgericht. Belangrijkste doelstelling: samenhangend nationaal onderzoeksbeleid voor CAM ontwikkelen. In 2004

heeft het NCCAM daarvoor \$116 miljoen ter beschikking; dit was in 1999 nog slechts \$40,5 miljoen. Met dat geld ondersteunt het NCCAM ondermeer enkele in CAM gespecialiseerde onderzoekscentra aan verschillende universiteiten, zoals bijvoorbeeld het Center for CAM Research in Aging aan het Columbia University College of Physicians and Surgeons in New York, het Center for Alternative Medicine Research on Arthritis van de University of Maryland en het Oregon Center for CAM in Neurological Disorders aan de Oregon Health Sciences University in Portland.

Naar schatting 75% van de Amerikaanse reguliere geneeskundige opleidingen biedt op z'n minst een keuzecursus CAM (Gordon, 2000), een enkele universiteit heeft ook een meerjarige postdoctorale opleiding in CAM in het aanbod.

Ook is het van belang te vermelden dat in de 'Nursing interventions classification', een standaardwerk op het gebied van verpleegkundige interventies (McCloskey & Bulechek, 1997), een aantal CZ-interventies is erkend, zoals acupressuur, autogene training, geleide fantasie, massage, meditatie en therapeutic touch.

3.3 Complementaire zorg in Europa

In **Engeland** maakt naar schatting 20-30% van de bevolking gebruik van CAM. Het House of Lords stelde een commissie in om aanbevelingen te doen over deze ontwikkeling (House of Lords, 2000). Belangrijkste aanbeveling is om naar Amerikaans model te komen tot landelijke centra voor CAM om onderzoek te stimuleren, informatie te verzamelen en toegankelijk te maken en om beleid te kunnen ontwikkelen. Aan de Universiteit van Exeter bestaat sinds 1993 een leerstoel in CAM.

Uit een studie in **Duitsland** door het Robert Koch-Instituut van het Duitse Ministerie van Volksgezondheid in Berlijn blijkt dat driekwart van de Duitse bevolking van 16 jaar en ouder enige ervaring heeft met complementaire en alternatieve behandelmethoden. De gebruikers zijn vooral chronisch zieken, goed geschoolde vrouwen van 45 jaar en ouder. Verder blijkt dat 90% van de CAM-gebruikers de gebruikte methode zou aanbevelen bij anderen en geeft 80% aan CAM niet aan te wenden ten behoeve van een acute ziekte. De meest populaire vorm van CAM is acupunctuur, met ruim 25% van de behandelingen, gevolgd door homeopathie. Het aantal Duitse beroepsbeoefenaren op het gebied van CAM is erg toegenomen. Waren er in 1995 zo'n 5.700 artsen opgeleid in de natuurgeneeskunde, in 2000 was dat aantal bijna verdubbeld tot 10.746. Ook het aantal homeopathisch artsen is bijna verdubbeld van 2.400 (1994) tot 4.490 in 2000. Naar schatting pasten in 2000 ongeveer 10% van de 369.000 artsen in Duitsland een vorm van CAM toe (Marstedt, 2002). Recente bezuinigingen, zoals de beperking van de vergoeding voor kuuroorden in de zorg, maken de situatie in Duitsland minder rooskleurig.

Op **Europees niveau** kan er op gewezen worden dat volgens een studie van Barberis (2001) 40% van de responderende geneeskundige opleidingen van Europese universiteiten een cursus in CAM aanbiedt; voor de faculteiten gezondheidswetenschappen is dit zelfs 72%. Het Europees parlement nam al in het begin van de jaren negentig het initiatief om gelden te reserveren voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de complementaire geneeswijzen. Na een schoorvoetende reactie van de Europese Commissie is in 1996 een rapport gepubliceerd over het wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de homeopathie. Na lang aandringen door het parlement heeft de Europese Commissie het

Pleidooi voor implementatie, opleiding, voorlichting en onderzoek

wetenschappelijk onderzoek naar de complementaire geneeswijzen opgenomen in het zesde Europese Kaderprogramma (2002-2006) voor wetenschappelijk onderzoek (Nicolai, 2003).

4 Complementaire zorg in Nederland

In deze nota staat vooral de CZ en in mindere mate de CAM in Nederland centraal. Er wordt daarom niet nader ingegaan op het gebruik van en onderzoek naar CAM-therapieën, zoals acupunctuur, homeopathie, manuele geneeskunde en natuurgeneeskunde.

In Nederland zijn weinig specifieke gegevens bekend over het gebruik van CZ. Op diverse vragen is geen antwoord te geven, zoals: wie maakt gebruik van welke vormen van CZ, wat weten reguliere hulpverleners over CZ, wat is hun behandelingsbeleid met betrekking tot CZ, en wat is het effect van welke CZ-interventies? CZ wordt binnen de Nederlandse reguliere gezondheidszorg amper besproken en onderzocht. Daar komt bij dat dit onderwerp in Nederland snel wordt geproblematiseerd. De discussie gaat al gauw over 'voor' of 'tegen', of dat CZ niet 'evidence based' zou zijn, en dus niet de moeite waard is serieus genomen te worden. Vanuit de reguliere geldstroom zijn geen fondsen beschikbaar om onderzoek te doen naar het gebruik, de veiligheid, implementatie of de effectiviteit van CZ. Nederland blijft daarmee achter bij de internationale ontwikkelingen en kan niet adequaat antwoorden op de vragen en behoeften van zowel (aanstaande) beroepsbeoefenaren als patiënten. Hieronder wordt wat betreft de Nederlandse situatie specifiek stilgestaan bij het gebruik van CZ, lacunes in onderzoek naar CZ, het gevaar van interferentie-effecten bij het gebruik van CZ, de toepassing van CZ op instellingsniveau, de rol van beroepsgroepen, het onderwijs, de voorlichting en de rol van patiëntenorganisaties. Voor enkele van deze terreinen wordt teruggegrepen op buitenlandse onderzoeken.

4.1 Gebruik van complementaire zorg

Er is een groeiende interesse voor het gebruik van CZ. Een van de achtergronden daarvan is de veranderde leefstijl in de zelfzorg van Nederlanders, zoals blijkt uit het gebruik van natuurproducten, voedingssupplementen en biologische voedingsproducten. Er is meer aandacht in de samenleving voor het handhaven van de balans in gezondheid (sauna, massage, tai chi, zen, yoga, e.d.). De afgelopen decennia is het gebruik van CAM door mensen met kanker gestegen van 15 naar 30% (van der Zouwe & van Dam, 2001). Door De Graeff *et al.* (1999) wordt het gebruik in de palliatieve zorg geschat op 50-60%. Volgens een Nipo-enquête is 75% van de Nederlanders van mening dat ziekenhuizen alternatieve vormen van zorg zouden moeten aanbieden. Wat deze zorg zou moeten inhouden is niet gevraagd. Verder vinden de meeste ondervraagden dat de overheid zich zou moeten inzetten voor een betere samenwerking tussen reguliere en alternatieve (complementaire) zorgaanbieders (Oskam, 1998).

Een belangrijke reden om nationaal beleid ten aanzien van CZ te formuleren hangt samen met de sterke groei van vraaggestuurde zorg. In alle sectoren van de gezondheidszorg zoekt men naar vormen om zo goed mogelijk aan te sluiten bij wat de patiënt wil. Als het gebruik van CZ toeneemt, kan dit ook betekenen dat de patiënten verwachten dat binnen de reguliere instelling er een aanbod op dat terrein is. Een dergelijk aanbod sluit aan bij de gesignaleerde veranderde mentaliteitsverandering in de zelfzorg.

4.2 Onderzoek

Er is in Nederland nog weinig onderzoek gedaan naar CZ. In bijlage I staat een overzicht van de tot dusver bekende onderzoeken. Door het NIVEL wordt onderzoek uitgevoerd naar de effecten van snoezelen, terwijl het Van Praag Instituut onderzoek doet naar de effecten van therapeutic touch bij bepaalde groepen patiënten, zoals bij patiënten met brandwonden en bij MS-patiënten. Het Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de zorgpraktijk richt zich o.a. op de effecten van geïntegreerde belevingsgerichte zorg.

Door het Helen Dowling Instituut (HDI) en de stichting MAIA zijn studies verricht naar de invloed van aromatherapie, massage en ontspanning op de kwaliteit van leven van kankerpatiënten in een palliatief stadium en bij verpleeghuisbewoners (Schoolmeesters *et al.*, 2001; Schell *et al.*, 2002; van Wijk & Visser, 2001). Bij veel patiënten is er wel belangstelling voor CZ op het moment dat zij beseffen dat een levensverlengende behandeling niet meer mogelijk is. In diverse gezondheidszorginstellingen vindt de introductie van CZ plaats zonder dat er 'evidence based' inzicht is in de waarde daarvan voor mensen met kanker.

De resultaten van onderzoek kunnen aanknopingspunten bieden voor implementatie en financiering van deze interventies in de zorg. Kosten-effectiviteitsonderzoek op het terrein van de CZ zou gestimuleerd dienen te worden.

4.3 Interferentie-effecten

Een belangrijk aspect in het kader van onderzoek zijn de interferentie-effecten van het gebruik van CZ en CAM. Uit steeds meer studies blijkt dat met name het gebruik van bepaalde kruiden of kruidenpreparaten kan interfereren met reguliere behandelingen. Ang-Lee *et al.* (2001) vonden in de wetenschappelijke literatuur bij voorbeeld een aantal natuurgeneeskundige middelen die op diverse manieren interacteren met reguliere medicatie rondom operaties, waaronder echinacea, maar ook ephedra, knoflook, ginkgo, ginseng, kava, Sint-Janskruid en valeriaan.

- ◆ Een literatuurstudie door Fugh-Berman en Ernst (2001) heeft 108 voorbeelden opgeleverd van vermoedelijke interferentie van natuurgeneeskundige middelen met reguliere medicatie. In 78% van de gevallen speelde het bij depressies veel gebruikte Sint-Janskruid een rol. De onderzoekers noemen expliciet de interactie met bloedstollende medicijnen.
- ◆ In een kleine studie bij vijf patiënten met darmkanker in de Daniel den Hoedkliniek stelden Mathijssen *et al.* (2002) vast dat de werking van het middel irinotecan bij chemotherapie sterk verminderde ten gevolge van het gebruik van St. Janskruid. Het interferentie-effect trad zelfs op 3 weken nadat de patiënten gestopt waren met het gebruik van St. Janskruid.
- ◆ Het komt ook voor dat mensen allergisch reageren op kruidenpreparaten. Zo blijkt bijvoorbeeld dat echinacea, een populair middel om het immuunsysteem te versterken en infecties te bestrijden, een allergische reactie kan oproepen. De allergische symptomen,

die 5 minuten tot 2 dagen na het innemen van echinacea kunnen optreden, variëren van duizeligheid en brandende keel tot diarree en ernstige ademhalingsmoeilijkheden in de vorm van een acute astma-aanval (Mullins en Heddle, 2002).

Natuurlijke middelen zijn dus niet altijd veilig en kunnen niet in elke situatie aanvullend gebruikt worden. Ook van aanvullende interventies is het soms onbekend of zij nadelige gevolgen kunnen hebben. Meer duidelijkheid op deze terreinen is zeer gewenst.

4.4 Toepassing en implementatie op instellingsniveau

Er is weinig bekend over de omvang van de introductie van CZ in de Nederlandse gezondheidszorg en de toepassing van CZ binnen bestaande beroepsdomeinen, zoals de verpleegkunde. Uit enkele publicaties kan evenwel opgemaakt worden dat diverse zorginstellingen zijn overgegaan tot de introductie van CZ (Peter, 1999; Hanrath, 1996; Wolfe & Herzberg, 1996; van der Zee, 2000; Verbeek, 2001; Busch, 2003). Een trend daarbij is dat zorginstellingen soms CZ toelaten (bij voorbeeld snoezelen, massage en TT), maar daarop niet aangesproken willen worden, zoals De Graaf (2003) en De Gruyter (2002) signaleren. Bij deze ontwikkeling dient aangetekend te worden dat de introductie van CZ vaak plaatsvond zonder degelijk behoefte- en effectonderzoek.

Uit een onderzoek naar de implementatie van complementaire zorgvormen onder een grote groep personen die ooit congressen over complementaire zorg hebben bijgewoond, blijkt dat zij de afgelopen jaren bij een of meer van 48 projecten op het terrein van de complementaire zorg betrokken waren (Boogaart *et al.*, 2004). Het zijn met name verpleegkundigen (60%) die bij deze projecten betrokken zijn. Dit betreft vooral projecten over massage (61%), therapeutic touch (50%), aromatherapie (44%), ontspanningstherapie (26%) en muziektherapie (24%). Factoren die volgens de perceptie van de betrokkenen de effectiviteit van de implementatie belemmeren zijn enerzijds allerlei praktische barrières wat betreft financiële en organisatorische voorwaarden en anderzijds gepercipieerde negatieve verwachtingen van direct betrokkenen uit de omgeving van de projecten.

In een recente enquête onder zorgverleners die een cursus therapeutic touch hebben gevolgd, geeft 64% aan TT in het werk te gebruiken (Bosga, 2002). De belangrijkste redenen om TT te geven zijn ontspanning (93%), pijnvermindering (66%) en angstvermindering (61%). Merendeels gaat het om individuele verpleegkundigen of verzorgenden en is er geen beleid op instellingsniveau ten aanzien van de toepassing van TT.

Vastgesteld kan worden dat het van belang is meer inzicht te hebben in de feitelijke toepassingen van CZ en de factoren die de implementatie beïnvloeden.

4.5 De rol van beroepsgroepen

Complementaire zorg is sterk in opkomst binnen diverse beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen, fysiotherapeuten en verzorgende beroepsgroepen (Enzlin, 2002).

Verpleegkundige tijdschriften besteden er regelmatig aandacht aan (Busch, 2002a; Enzlin, 2002; Keukens, 2002; Hupkens, 2001a en b). Gezien de definitie van CZ, past het binnen het verpleegkundig domein op grond van het beroepsprofiel, terwijl CZ ook aansluit aan bij de

gebruikelijke verpleegkundige visies en methodiek. De wet BIG biedt verpleegkundigen en verzorgenden ruimte om aanvullende zorg toe te passen, indien zij met de geldende grenzen rekening houden (de Die, 2002). De Nederlandse Vereniging voor Complementaire Zorg (NVCZ) bevordert de CZ als beroepsorganisatie van verpleegkundigen. De NVCZ heeft ook de basisopleiding CZ ontworpen, een eenjarige vervolgopleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden. De NVCZ doet mee aan het project van de AVVV om landelijke deelberoepsprofielen van de complementaire verpleegkundige te ontwerpen, waarin ingegaan wordt op de legitimatie van CZ binnen het beroepsprofiel en de vereiste competenties van de verpleegkundigen.

Van enkele instellingen is bekend dat de Verpleegkundige Adviesraad een rol speelt bij adviezen over CZ aan directies. Het is echter onbekend hoe dit beleid in het algemeen is. Op dit moment zijn er in Nederland enkele ziekenhuizen die de toepassing van CZ door verpleegkundigen op onduidelijke gronden verbieden, zoals in het St. Radboud ziekenhuis het geval is (UMC St. Radboud, 2002). Er zijn veel situaties waar CZ op individuele titel toegepast wordt dan wel dat CZ gedoogd wordt. Nu'91, een beroepsorganisatie van verpleegkundigen, wijst erop dat de wet BIG de verpleegkundigen de mogelijkheid biedt CZ toe te passen, mits zij zich goed laten scholen. Nu'91 heeft grote bezwaren tegen het gedoogbeleid, zoals dat nu in diverse zorginstellingen wordt gehanteerd, omdat het voor de individuele verpleegkundigen die CZ toepassen onduidelijk is hoe de verantwoordelijkheden liggen (Busch, 2002b).

Een belangrijk aspect van de rol van beroepsgroepen is dat CZ gegeven kan worden door specifiek opgeleide beroepsgroepen dan wel door bijgeschoolde en gecoachte verpleegkundigen en verzorgenden. In een project in een Rotterdams verpleeghuis is met die laatste vorm goede ervaring op gedaan (van Wijk & Visser, 2001), waarbij ook bleek dat CZ de verzorgenden een middel biedt om hun competentie in een vaak stressvolle werksituatie te versterken. De verzorgenden in een verpleeghuis rapporteren na de invoering van aromatherapie en massage meer uitdaging in hun werk, minder moeite bij het hanteren van moeilijk gedrag van bewoners en grotere vaardigheid in de persoonlijke benadering van bewoners dan voor de invoering (van Wijk & Visser, 2001). Ook Eliens *et al.* (2001) rapporteren dergelijke effecten. Aromatherapie, massage en ontspanning (en combinaties daarvan) blijken CZ-vormen te zijn die zonder ingrijpende veranderingen op Nederlandse verpleegafdelingen ingevoerd kunnen worden (Vickers, 1996; Peter, 1999; Hanrath, 1996; Wolfe & Herzberg, 1996; van der Zee, 2000; Verbeek, 2001; Noorden, 1996). Over deze CZ-vormen worden in de buitenlandse literatuur effectstudies gerapporteerd.

- ◆ Het is van groot belang dat bij toepassingen van CZ de meningen van professionele hulpverleners en hun verwijsgedrag met betrekking tot CZ onderbouwd worden door professionele kennis en scholing op dit gebied, zoals Weiger *et al.* (2002) bepleiten. Er zijn hierover geen gegevens bekend voor de Nederlandse situatie. Uit buitenlandse studies naar opvattingen en verwijsgedrag blijkt dat er een gebrek is aan beroepsmatige kennis; eventuele adviezen worden vaak op persoonlijke titel gegeven. In het academisch ziekenhuis van de University of Iowa is bij voorbeeld onderzocht wat artsen in het ziekenhuis weten en vinden van complementaire en alternatieve behandelwijzen. Het merendeel van de respondenten dacht dat hooguit 20% van zijn/haar patiënten gebruik

maakt van CAM. Hieruit blijkt dat deze artsen niet op de hoogte zijn van het mogelijk risicovolle gedrag van hun patiënten op dit gebied (Rosenbaum *et al.*, 2002).

- ◆ Onder 151 nurse practitioners in de Amerikaanse staten Missouri en Oregon is een enquête gehouden naar hun verwijzingen op het gebied van complementaire en alternatieve methoden (Sohn *et al.*, 2002). Ongeveer 84% van de respondenten gaf aan CAM-technieken aan te bevelen bij hun patiënten, met name massage, chiropraxie, acupunctuur of acupressuur, voedingstherapie en kruidenbehandelingen. Slechts 24% van hen gaf aan dat dit gebaseerd was op tijdens de formele nurse practitioner-opleiding verworven kennis. Meer dan 60% bleek zich te baseren op persoonlijke ervaringen, alsook op publicaties in vakbladen en de populaire pers. Weliswaar verwijst ruim 80% van de nurse practitioners patiënten naar CAM, maar deze keuze is dus niet gebaseerd op professionele scholing.

Vastgesteld kan worden dat verpleegkundigen een belangrijke rol spelen bij de doorverwijzing naar alternatieve behandelaars. Hoe dat in Nederland ligt, is niet precies bekend.

4.6 Onderwijs

In Nederland vindt scholing over complementaire zorgvormen binnen het reguliere onderwijs (HBO-V en ROC-gezondheidszorg) af en toe plaats in de vorm van een (keuze-)module over complementaire zorg. Dit is vooral introducerend van aard. Het aanleren van specifieke interventies geschiedt veelal in het kader van bij- en nascholing. Leveranciers van essentiële oliën geven bijvoorbeeld korte cursussen gericht op de verpleging, het Van Praag Instituut verzorgt een gecertificeerde cursus TT voor zorgverleners, en sommige zorginstellingen ontwikkelen hun eigen scholing op dit gebied, zoals het verpleeghuis Bernardus in Amsterdam, de Daniel den Hoedkliniek te Rotterdam (unit palliatieve zorg) en de Mondriaan Zorggroep in Heerlen (divisie ouderenzorg). De Stichting CNE (Astrid Noorden) verzorgt diverse trainingstrajecten, o.a. voor de stichting Maatzorg die CZ in de thuiszorg introduceert. Daarnaast zijn er bredere scholingen gericht op de verpleging en verzorging, zoals de antroposofische verpleegkunde of de eerder genoemde Basisopleiding Complementaire Zorg, een eenjarige vervolgopleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden (post-MBO). Dit is een samenwerking tussen de NVCZ en het Mondriaan College te Den Haag. Ook zijn er beroepsopleidingen die opleiden tot therapeut op het gebied van een van de complementaire behandelwijzen, zoals een opleiding tot aromatherapeut, voetreflextherapeut, creatief therapeut, fytotherapeut, acupuncturist. Nodig is een inventarisatie van bestaande trainingen en opleidingen, gerelateerd aan een peiling van de behoefte aan scholing binnen specifieke beroepsgroepen en de kwaliteitseisen die er aan gesteld moeten worden.

4.7 Voorlichting over CZ voor patiënten en zorgverleners

Hoewel van de meeste CZ-vormen niet goed bekend is hoe veilig zij zijn, zeker in combinatie met reguliere medicatie, en van sommige middelen bekend is dat zij er juist mee kunnen interfereren, is het niet gebruikelijk dat patiënten gevraagd wordt naar het gebruik ervan. Voor artsen en verpleegkundigen is het geen onderwerp dat bij de anamnese ter sprake komt, terwijl het gebruik ervan wel toeneemt. Patiënten blijken bovendien hun arts niet graag te vertellen dat zij alternatieve middelen gebruiken, omdat zij denken dat deze dit zal afwijzen.

- ◆ In een studie naar CAM-gebruik door ambulante geriatrische patiënten van 65 jaar en ouder (Cohen *et al.*, 2002) gaf 64% van de 212 ondervraagden aan vormen van CAM te gebruiken. Slechts 35% van de zelf aangedragen middelen bleek vermeld te staan in de medische status.
- ◆ Van 463 ondervraagde zwangere Amerikaanse vrouwen maakt 31% tijdens de zwangerschap gebruik van complementaire of alternatieve behandelwijzen, waaronder speciale theeën, kruiden, oliën, medicinale voedingssupplementen en vitaminesupplementen. Slechts 13% informeerde de arts over het gebruik van deze middelen (Rosenbaum *et al.*, 2002).
- ◆ Vergelijkbare cijfers gelden voor patiënten die zich bij een afdeling spoedeisende hulp melden. In een groep van 542 volwassenen gaf 59% van de ondervraagden aan gebruik te maken van complementaire of alternatieve behandelwijzen, met name degenen in de leeftijdsgroep van 40-59 jaar. Met name oudere patiënten bleken geneigd informatie over hun gebruik van deze methoden te verzwijgen vanwege hun inschatting dat het personeel onbekend zou zijn met complementaire en alternatieve behandelwijzen (Ward *et al.*, 2001).
- ◆ Geconcludeerd kan worden dat de ontwikkeling van voorlichting voor patiënten en zorgverleners over het gebruik van CZ van groot belang is. Het Van Praag Instituut geeft maandelijks een elektronische nieuwsbrief uit (Gezond Nieuws) met samenvattingen van (internationale) studies op het gebied van CAM en CZ (www.vanpraaginstituut.nl).

4.8 Patiëntenorganisaties

Er zijn verschillende patiëntengroeperingen die zich in Nederland uitgesproken hebben voor meer aandacht voor CZ en alternatieve geneeswijzen. De Consumentenbond doet jaarlijks onderzoek naar de satisfactie van patiënten met de CZ en CAM. Het eerdere LOPAG is ontbonden, maar ex-bestuursleden hebben onlangs het initiatief genomen tot oprichting van de Federatie Complementaire Zorg (FCZ). Deze koepelorganisatie heeft tot doel te komen tot krachtenbundeling op het terrein van CZ en CAM, en tracht een brug te slaan tussen reguliere en complementaire zorg. De Nederlands Federatie van Kankerpatiëntenverenigingen neemt het standpunt in dat vermeden dient te worden dat

aanvullende behandelingen de reguliere zorg vervangen. De nadruk wordt door de NFK gelegd op de betekenis van CZ voor de kwaliteit van leven. De NFK wil een rol spelen in de juiste voorlichting over CZ (NFK, 2003).

Geconcludeerd kan worden dat het van groot belang is patiëntenorganisaties te betrekken bij de landelijke ontwikkeling van CZ, zoals in deze nota verwoord is.

5 Conclusies en aanbevelingen

In deze nota is een pleidooi gehouden voor meer aandacht voor implementatie, onderwijs, voorlichting en onderzoek op het terrein van de complementaire zorg in Nederland. Er zijn verschillende redenen aan de orde gekomen waarin wij bepleiten dat er op korte termijn door geëigende partijen in het veld maatregelen genomen worden die tegemoet komen aan:

- 1) aansluiting van Nederland bij de WHO-beleidsnotitie op dit gebied;
- 2) veiligheid van het gebruik van CZ-vormen;
- 3) inpassing van CZ in de zich ontwikkelende vraaggestuurde zorg;
- 4) gebrek aan Nederlandse onderzoeksgegevens over het gebruik van CZ, de reikwijdte van de introductie daarvan in de gezondheidszorg en de effecten van toegepaste CZ-interventies.

Uit het hiervoor gepresenteerde overzicht kan geconcludeerd worden dat het groeiend gebruik van CZ bij o.a. chronisch zieken en mensen met een levensbedreigende ziekte niet parallel loopt met systematische implementatie en onderzoek. Op deze terreinen loopt Nederland achter op andere Europese landen en de VS. Er is in de Nederlandse gezondheidszorg behoefte aan systematisch onderzoek naar de effecten en implementatie van bepaalde veel gebruikte CZ-vormen, zoals de toepassing van massage, therapeutisch touch, aromatherapie, muziektherapie en creatieve therapie. Veel van deze CZ-vormen worden toegepast door verpleegkundigen. Het is voor deze beroepsgroep van belang dat er meer opleidingsmodules beschikbaar komen.

5.1 Voorstellen voor beleid op middellange termijn

Op grond van de hiervoor gepleegde analyse van de situatie in Nederland en de vergelijking met internationale ontwikkelingen op het terrein van de CZ wordt bepleit om het nationale beleid de komende jaren te richten op de volgende punten:

- A. De uitvoering van een representatief nationaal onderzoek naar de behoefte aan, het gebruik van en de kennis over CZ. Dergelijke gegevens over patiënten en zorggebruikers zijn van groot belang voor het beleid op het terrein van vraaggestuurde zorg en om de beeldvorming over CV bij te stellen. Ook zou er een inventarisatie van de lopende CZ-projecten en onderzoeken in Nederland dienen plaats te vinden ten einde een indruk te krijgen van de stand van zaken, lacunes en de overlap in de verschillende initiatieven.
- B. Ontwikkeling van voorlichting voor alle betrokken partijen in het veld: publiek en patiënten, beroepsverenigingen, overheidsinstellingen en zorgverzekeraars teneinde

lacunes in de kennis op te heffen, vooroordelen te bestrijden en potentiële gebruikers en voorlichters van dienst te kunnen zijn.

- C. De ontwikkeling van opleidingsmodules en bijscholing voor zorgverleners die een rol spelen bij de toepassing van CZ in de gezondheidszorg.
- D. Het opdoen van ervaring bij de systematische implementatie en evaluatie van projecten in de zorg teneinde inzicht te krijgen welke CZ-vormen in welke zorgsettings effectief toegepast kunnen worden.
- E. De ontwikkeling van beleid en de onderbouwing daarvan ten aanzien van de toepassing en vergoeding van CZ in Nederland door zorgverzekeraars.

In bijlage 3 worden deze verschillende beleidsvoorstellen samengevat in een schema, op basis waarvan keuzes in het beleid op het terrein van CZ gemaakt kunnen worden. De hiervoor genoemde beleidsthema's op middellange termijn leggen de basis voor de ontwikkeling van een kennis- en expertisecentrum op het gebied van de complementaire zorg in Nederland, een centrum dat een sturende rol kan spelen om de genoemde lacunes in onderzoek, implementatie, voorlichting en onderwijs te reduceren.

5.2 Plan van aanpak op korte termijn

Alvorens besluiten te nemen over de verschillende opties in het middellange termijnbeleid inzake CZ in Nederland, wordt een aanpak op de kort termijn voorgesteld, teneinde het draagvlak te verkennen en te versterken en een financiële onderbouwing te verkrijgen voor enkele initiatieven.

- ◆ Gesprekken met diverse belanghebbenden en stakeholders: vertegenwoordigers van ZON-MW, RGO, ministerie van VWS, universiteiten, onderzoeksinstituten (NIVEL, NIZW, Bolk Instituut, verpleegkundige organisaties, ziekenhuisorganisaties, patiëntenorganisaties en ziektekostenverzekeraars).
- ◆ Het brengen van bezoeken aan buitenlandse instituten (UK, VS) die over veel expertise beschikken op het terrein van onderzoek, implementatie, voorlichting en onderwijs met betrekking tot CZ.
- ◆ Het beschrijven van lopende projecten op het terrein van CZ in de Nederlandse gezondheidszorg en het inventariseren van de knelpunten die zich daarbij voordoen.

Deze verkenningen dienen te leiden tot het organiseren van een invitationale conference van genoemde stakeholders om een onderbouwing te geven aan beleidsvoorstellen, het draagvlak verder te versterken en de mogelijkheden van een financiële onderbouwing op lange termijn te verkennen voor een landelijk beleid op het terrein van de CZ.

5.3 Financiële onderbouwing

De hierboven genoemde korte termijn plannen vereisen financiële middelen in verband met de onkosten die gemaakt dienen te worden voor de gesprekken met de stakeholders, de buitenlandse bezoeken, de inventarisatie van projecten en de invitational conference. In de gesprekken met stakeholders zal de financiële onderbouwing van de geschetste initiatieven verkend worden. Hierbij wordt gedacht aan ondersteuning door ZON-MW, RGO, ministerie van VWS, ziektekostenverzekeraars en bepaalde fondsen, zoals de NKB/KWF.

Bijlage 1 **Overzicht onderzoek complementaire zorgvormen in Nederland***

1. a. Evaluatie en effecten van schoonheidsbehandeling, Diaconessenhuis Utrecht; afgerond; rapport beschikbaar; artikel verschenen in *Oncologica* (Schoolmeesters *et al.*, 2002a).
- b. Evaluatie en effecten van massage bij behandeling op dagbehandeling voor chemotherapie in Diaconessenhuis Zeist; over dit deel van het project is een rapport verschenen; artikel in *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg* (Schoolmeesters *et al.*, 2002a).
- c. Over beide hiervoor genoemde onderzoeken is ook een rapport verschenen waarin tevens een vergelijking wordt gemaakt met een controlegroep.
- d. Het onderzoek in Diaconessenhuis Zeist (zie 1-b) wordt voortgezet; tevens wordt er een grotere controlegroep bij betrokken; dit is het onderzoek in het kader van het stage-onderzoek van Machteld van den Berg (HDI). De resultaten van dit onderzoek zijn sinds 2003 beschikbaar (Van den Berg, Visser, Van den Borne, Complementaire zorg voor kankerpatiënten die chemokuren volgen: effectiviteit van haptotherapie, 2003).
2. a. Onderzoek naar de effecten van gezichtsmassage voor mensen met kanker in een palliatief stadium in de Daniel den Hoedkliniek (Rotterdam). Er is sprake van een controle en experimentele groep, maar geen randomisatie. Dit is het stageonderzoek van Nicole Schell. In het najaar van 2003 zijn de resultaten beschikbaar gekomen (Schell *et al.*, 2003).
- b. Vervolgonderzoek naar de effecten van gezichtsmassage voor mensen met kanker in een palliatief stadium in de Daniel den Hoedkliniek (Rotterdam). Hierbij wordt het onderzoek uitgebreid tot de dagbehandeling en vindt er tevens randomisatie plaats. Dit is het stageonderzoek van Rianne de Gelder. In het najaar van 2004 zullen de resultaten beschikbaar komen.
3. Literatuuronderzoek naar de effecten van massage voor mensen met kanker. Dit is een onderdeel van het onderzoek door Nicole Schell; dit overzicht is medio 2003 beschikbaar gekomen

* Onderzoeksprojecten op het terrein van alternatieve geneeswijzen binnen CAM worden hieronder niet vermeld. Door het Louis Bolk Instituut is in dit verband het initiatief genomen om een landelijk netwerk van onderzoekers op het gebied van CAM op te richten, waarbij ook het onderzoek geïnventariseerd wordt.

4. In samenwerking met de Stichting Maia loopt er een effectonderzoek in twee verpleeghuizen (Antonius IJsselmonde; Zonnehuis, Zuidhorn) naar de effecten van aromatherapie en massage bij bewoners. Er is een eerste rapport verschenen over de resultaten in het verpleeghuis Antonius. Eind 2002 is over het gehele project gerapporteerd. Dit project wordt uitgebreid naar meer afdelingen en verpleeghuizen (van Wijk *et al.*, 2001; Kieviet *et al.* 2003).
5. In samenwerking met de Stichting Kanker in Beeld en Ziekenhuis Mesos (Overvecht, Utrecht) wordt door Mayke op 't Hoog (HDI) onderzoek uitgevoerd naar de effecten van creatieve therapie voor mensen met kanker. Er vindt een voor- en nameting plaats. De eindresultaten zijn najaar 2003 beschikbaar gekomen (Op 't Hoog en Visser, 2003).
6. Het Van Praag Instituut voert onderzoek uit naar:
 - a. de effecten van therapeutic touch (TT) bij de behandeling van patiënten met brandwonden in samenwerking met het Brandwondencentrum van het Erasmus MC.
 - b. de effecten van TT bij MS-patiënten in samenwerking met de patiëntenvereniging Amsterdam. Hierover is een rapport verschenen (Threels-Eenkhoorn, 2001).
7. Door het NIVEL wordt door Julia van Weert onderzoek uitgevoerd naar de effecten van snoezelen in de ouderenzorg.
8. Door het IMOZ wordt onderzoek verricht naar validatie in het kader van belevingsgerichte zorg voor ouderen (van der Kooij, 2003).
9. Door het HDI, de stichting Maia en het Van Praag Instituut is in het kader van het doctoraalscriptie-onderzoek van Jeske Boogaart een inventarisatie gemaakt van de lopende CZ-projecten in de gezondheidszorg, de mate waarin die geïmplementeerd zijn en de factoren die de implementatie beïnvloeden (Boogaart *et al.* 2004).

Bijlage 2 **Stand van zaken van het onderzoek naar diverse complementaire zorgvormen**

Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste resultaten van onderzoeken op het terrein van aromatherapie, gezichtsmassage, therapeutisch touch, creatieve therapie en muziektherapie. Het overzicht geeft een beeld van het vaak nog beperkte 'evidence based' karakter van deze interventies.

2.1 **Aromatherapie en massage**

Aromatherapie en massage zijn twee verschillende interventies. Aromatherapie is meer dan massage met oliën. Bij aromatherapie kan ook gedacht worden aan baden, verdamping, stomen en geurmeditaties. Wat betreft massages bestaan er erg veel verschillende vormen. Aromatherapie en massage komen echter ook vaak in combinatie voor, omdat ze elkaar wat werking en effect betreft kunnen versterken. Dit is het uitgangspunt van het hieronder gegeven literatuuroverzicht.

- ◆ Wilkinson (1995) deed een gerandomiseerd onderzoek naar de effecten van aromatherapie en massage bij 51 dagpatiënten in een palliatieve setting (massage over het hele lichaam met niet geurende olie vs. massage met kamille-olie) gedurende een periode van drie weken met metingen een week na het krijgen van de therapie. Er was een significante afname van angst in beide condities, maar sterker in de aromatherapiegroep.
- ◆ Een vervolgstudie van Wilkinson *et al.* (1999) ging over de effecten van massage op zichzelf en in combinatie met aromatherapie bij palliatieve patiënten. De 103 patiënten werden gerandomiseerd en ontvingen een massage met 'geurloze' olie of een massage met kamille-olie. Er werd in beide groepen een significante daling gevonden van angst (STAI) en verbetering in de kwaliteit van leven (RSCL). De toevoeging van geurende oliën vergrootte het effect van de massage.
- ◆ De studie van Kite *et al.* (1998) toonde tevens het effect van aromatherapiemassage aan bij 58 patiënten die zes behandelingen werden aangeboden. De scores op de HADS (angst en depressie) daalden op de nameting in vergelijking met de voormeting. Verder waren er significante verbeteringen te vinden bij indicatoren voor de kwaliteit van leven (geheugenverlies, vermoeidheid, pijn, depressie en psychische uitputting).
- ◆ Uit onderzoek van Grealish *et al.* (2000) onder 87 kankerpatiënten blijkt dat het geven van voetmassages significant de pijn, misselijkheid en spanning verminderde. Dit effect trad al op na tien minuten, als er vijf minuten per voet gemasseerd werd.

- ◆ Wilkinson (1996) rapporteert in een onderzoek onder 87 patiënten naar de veranderingen in kwaliteit van leven als gevolg van een massage (gedurende vier wekelijkse sessies) een daling van de pijn, meer ontspanning en betere coping met stress.
- ◆ Ferrel-Torry en Glick (1993) hebben bij negen mannelijke patiënten met kanker in een vergevorderd stadium aangetoond dat de massage, die dertig minuten duurde, significante dalingen teweegbracht in de subjectieve pijnervaring (gemiddeld 60%) en angst (24%).
- ◆ Aromatherapiemassage is ook bij andere dan oncologische patiënten onderzocht. Buckle (1993) beschrijft de effecten van verschillende soorten lavendel-oliën voor patiënten na een hartoperatie op welbevinden en angst. Het differentiële effect van bepaalde oliën wijst er op dat de effecten van aromatherapie niet alleen berusten op aanraking of massage.
- ◆ Brooker *et al.* (1997) signaleren dat de staf positief oordeelt over de effecten van aromatherapie-massage bij het hanteren van het gestoorde gedrag van dementiepatiënten, hoewel dit uit het geobserveerd gedrag van de patiënten ni *et al.* tijd blijkt.
- ◆ Van Wijk en Visser (2001) vinden dat het angstig gedrag van psychogeriatrische patiënten daalt na aromatherapie met massage; bij somatisch zieke bewoners neemt het welbevinden en het communicatieve gedrag toe.

Reviews van Barnett (2001), Cooke en Ernst (2000) en Robins *et al.* (1999) laten zien dat het in veel gevallen om studies van bescheiden omvang gaat, waarin allerlei vormen van aromatherapie worden uitgetest. Zes studies over aromatherapie-massage leidden in vijf gevallen tot daling van angstgevoelens. In alledrie reviews wordt gepleit voor meer rigoureuze designs: grotere aantallen patiënten, objectieve meting van de effecten, controleren voor storende factoren en het doen van follow-upmetingen. Geconcludeerd kan worden dat aromatherapie in combinatie met massage een veelbelovende aanpak is en dat verdere onderbouwing in experimenteel onderzoek nodig is.

2.2 Gezichtsmassage en ontspanning

Gezichtsmassage, vaak aangeduid als schoonheidsbehandeling, bij patiënten in de palliatieve fase van hun ziekte duurt ongeveer een uur. Het gezicht en de nek worden zachtjes gemasseerd en tijdens het op hebben van een masker zit de patiënt ontspannen en worden de handen gemasseerd. Het gaat dus niet zozeer om het uiterlijk, maar meer om de beleving van het lichaam en het effect op het welbevinden. De gezichtsmassage is dan ook te vergelijken met CZ-vormen zoals massages en ontspanningstechnieken.

- ◆ Decker *et al.* (1992) hebben het effect van relaxatie onderzocht bij kankerpatiënten. De patiënten die relaxatie volgden, waren na de behandeling significant minder gespannen,

vermoeid, depressief en angstig in vergelijking met de patiënten die alleen counseling kregen.

- ◆ Sloman *et al.* (1994) hebben het effect van relaxatietechnieken in een palliatieve setting onderzocht bij 67 patiënten. De ontspanningsoefeningen gebeurden twee keer per week over een periode van drie weken, leidend tot een significante daling van de subjectieve pijnmetingen.
- ◆ In een niet-gerandomiseerde trial onderzochten Baider *et al.* (1994) het effect van relaxatie bij 123 kankerpatiënten die een hoge mate van angst en bezorgdheid voelden. Deze patiënten deden zes weken lang ontspanningsoefeningen. De angst verminderde direct na de interventie en dit handhaafde zich tot een periode van 6 maanden na de laatste interventie.
- ◆ Bindemann *et al.* (1991) randomiseerden patiënten die een twaalf weken durend ontspanningsprogramma volgden, leidend tot een daling van de angst, depressie en psychische morbiditeit in vergelijking met de controlegroep.
- ◆ In een onderzoek van Schoolmeesters *et al.* (2001) onder kankerpatiënten die chemotherapie op de dagafdeling krijgen, blijkt massage te leiden tot een positievere lichaamsbeleving, minder sociale restricties, minder depressie en boosheid, sterker ervaren zingeving en minder lichamelijke klachten.
- ◆ Dit onderzoek wordt voorgezet onder een grotere steekproef en gebruikmakend van een controlegroep (van den Berg & Visser, 2003).
- ◆ Een verdere toepassing vindt plaats in een experimenteel onderzoek naar de effecten van gezichtsmassage voor kankerpatiënten in de Daniel den Hoedkliniek te Rotterdam (Schell *et al.*, 2002).
- ◆ Ook in onderzoek naar de effecten van voetmassage bij zowel kankerpatiënten als verpleeghuisbewoners wordt daling van angst, pijn, misselijkheid en geagiteerd gedrag gerapporteerd (Stephenson *et al.*, 2000; Grealish *et al.*, 2000).

Geconcludeerd kan worden dat massage in combinatie met ontspanning veelal leidt tot daling van angst, depressie, pijn en verward gedrag.

2.3 Therapeutic touch

Therapeutic touch is een vorm van complementaire zorg die in de verpleegkunde is ontwikkeld als verpleegkundige interventie. Als zodanig is TT ook opgenomen in de Nursing Interventions Classification (McCloskey en Bulechek, 1997) en de North American Nursing Diagnosis Classification, de NANDA (1999). Deze twee verpleegkundige classificatiesystemen worden ook in Nederland gebruikt.

Bij TT probeert de zorgverlener het vermeende energieveld van de patiënt meer in evenwicht te brengen volgens een vaste methodiek. Doel van de interventie is comfort, welbevinden en ontspanning te bevorderen en daarmee het zelfhelend vermogen te stimuleren. De interventie duurt 5-15 minuten en wordt in alle velden van de gezondheidszorg toegepast. In Nederland zijn bijna 3.000 mensen in TT geschoold (Van Praag Instituut, 2003), waarvan het merendeel in de zorg werkzaam is.

- ◆ Meehan *et al.* (1990) onderzochten het effect van TT bij postoperatieve pijn in twee studies. In de eerste studie werden 108 patiënten met een postoperatieve buikwond in drie groepen ingedeeld. De experimentele groep kreeg 5 minuten TT, de placebo-groep 5 minuten pseudo-TT en de derde groep kreeg de gebruikelijke pijnstillende medicatie. De proefpersonen uit de twee eerste groepen mochten, indien nodig, om pijnmedicatie vragen. De pijnmedicatie bleek effectiever dan TT of pseudo-TT in het bestrijden van de pijn. In een tweede studie (1993) vonden Meehan *et al.* dat de proefpersonen uit de TT-groep weliswaar niet minder pijn leken te hebben, maar wel langer wachtten met het vragen om nieuwe pijnmedicatie.
- ◆ Ook Turner *et al.* (1998) komen in hun studie naar het effect van TT op pijn en angst bij patiënten met brandwonden tot de conclusie dat TT de pijn niet vermindert, maar de pijnmedicatie wel effectiever maakt.
- ◆ Eckes-Peck (1997) onderzocht of TT ook effect heeft bij chronische pijn, in dit geval bij 82 patiënten met reuma. Zij vergeleek TT met progressieve spierrelaxatie (PMR), een methode waarbij de patiënt spiergroepen beurtelings spant en ontspant. Van deze methode is bekend dat zij pijnverminderend werkt bij reuma. Zowel PMR als TT geven significante pijnvermindering, waarbij PMR overigens betere resultaten geeft dan TT.
- ◆ Heidt (1981) was de eerste die naging of TT ook leidt tot angstvermindering. Uit haar studie blijkt dat hartpatiënten die TT krijgen significant minder angstig zijn dan patiënten die alleen een gesprekje krijgen of een andere, niet therapeutisch gerichte aanraking.
- ◆ In een vervolgstudie met zestig opgenomen hartpatiënten van een hartbewakingsafdeling verving Quinn (1984) de twee andere condities door een pseudo-TT conditie. De patiënten die TT kregen lieten significant minder angst zien dan de patiënten die pseudo-TT ontvingen. Overigens werden deze resultaten niet bevestigd in een latere studie van Quinn (1989).
- ◆ In enkele studies is gekeken naar het effect van TT op de kwaliteit van leven bij chronische patiënten. Eckes-Peck (1997) stelde vast dat de ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) van mensen met reuma door TT toenamen.
- ◆ In een recente Nederlandse pilotstudie geven mensen met multiple sclerose aan dat ze zich minder boos en depressief voelen (Threels-Eenkhoorn, 2001).

- ◆ Ook is er een begin gemaakt met het meten van een effect op fysiologische parameters. Quinn & Strelkauskas (1993) deden een kleine voorstudie naar mogelijke veranderingen in het immuunsysteem als gevolg van Therapeutic Touch. Algemeen wordt aangenomen dat het immuunsysteem niet optimaal werkt wanneer mensen in een rouwproces zijn. Als proefpersonen namen vier mensen deel die kort daarvoor door overlijden een naaste verloren hadden; zij kregen viermaal per week TT. De waarde van hun T-suppressorcellen bleek significant lager (18%) na de behandeling dan ervoor. De waarden van de controlepersonen veranderden niet. Een hoge waarde voor T-suppressorcellen wijst op een onderdrukking van het immuunsysteem waardoor de normale immunologische afweer niet optimaal werkt.
- ◆ Woods en Dimond (2002) bekeken in een pilotstudie het effect van TT op onrustig gedrag en stress van mensen met *alzheimer*. Tien personen in de leeftijd van 71-84 jaar op een speciale zorgafdeling werden gedurende 21 dagen gevolgd. Uit hun speeksel en urine werden dagelijks cortisolmonsters genomen als een indicator voor stress. Na een voormetingsperiode van 4 dagen kregen de deelnemers gedurende 3 dagen 2x daags TT van 5-7 minuten. Vervolgens was er een nabehandlingsperiode van 11 dagen en tot slot een nametingsperiode van 3 dagen. In de behandelperiode en de nabehandlingsperiode bleek sprake van een significante vermindering van het onrustige gedrag, met name op de twee veelvoorkomende aspecten verbaal gedrag en ijsberen. Er bleek in de loop van de studie ook sprake van een vermindering van cortisol, maar deze vermindering bereikte geen statistische significantie.

Hoewel TT een positief effect lijkt te hebben op pijn, angst, onrust en kwaliteit van leven, is enige voorzichtigheid geboden. De meeste studies zijn met kleine aantallen proefpersonen uitgevoerd en niet alle effecten bereiken statistische significantie. Winstead-Fry en Kijek (1999) en Peters (1999) laten in meta-analyses zien dat TT redelijk effectief is op de genoemde parameters.

2.4 Muziektherapie

Muziektherapie is in diverse landen (Frankrijk, Duitsland, Engeland) een officieel geaccepteerde reguliere vorm van therapie, die geen complementair karakter heeft. In Nederland is dat slechts op beperkte schaal het geval, namelijk voor de toepassing van muziektherapie in de psychiatrie en psychotherapie. Muziektherapie kan gezien worden als een belangrijk onderdeel van het bredere terrein van 'Expressive arts therapy' (Levine en Levine, 1999). Dat is een interdisciplinaire benadering van diverse kunstzinnige therapieën: muziek, werken met stemmen en beeldende uitingen daarvan.

In enkele middelbare en hogere beroepsopleidingen wordt deze kunstzinnige therapie ook in toenemende mate gezien als van belang voor somatisch zieken. Vanuit de kunstzinnige therapie wordt de muziek ook toegepast op het terrein van de complementaire zorg. Het is dan niet zozeer muziektherapie maar de toepassing van principes van de muziektherapie (Barraclough, 2001). Er vindt met name in Engeland, de VS en Duitsland incidenteel onderzoek plaats naar de evaluatie en effecten van muziektherapie (Lipe, 2002; Aldridge, 1996; Ragneskog *et al.*, 1996).

Muziektherapie kent specifieke toepassingen in de palliatieve zorg. In een themanummer van het *Journal of Palliative Care* wordt hiervan een overzicht gegeven voor de Verenigde Staten. Uitgangspunt is dat: 'Because music affects us on physical, psychological and spiritual levels, music therapy fits well into the palliative care paradigm of whole-person and family-centred care' (Rykov, 2001).

Opvalt dat er een scala van methoden en toepassingen is en dat er amper systematisch onderzoek op dat terrein plaatsvindt. Er staan enkele kleine kwalitatieve studies in dit themanummer vermeld waarbij de eerste indruk is dat muziektherapie in de palliatieve setting het welbevinden en de kwaliteit van leven gunstig kan beïnvloeden.

In Nederland werd deze toepassing van muziektherapie bekend door het werk van Therese Schroeder-Sheker (1998), die enkele malen in Nederland verbleef. Inmiddels wordt in Nederland muziektherapie toegepast in enkele hospices en afdelingen voor palliatieve patiënten (UMCU, hospices in Vleuten, Hilversum en het verpleeghuis Antonius IJsselmonde, Rotterdam). Verder wordt het werken met muziek in enkele projecten gecombineerd met het werken met geuren en aanraking op somatische en psychogeriatrisch afdelingen (Van Wijk & Visser, 2001). Werken met muziek is dan een vorm van ondersteuning van andere vormen van complementaire zorg.

Geconcludeerd kan worden dat toepassing van muziektherapie in de Nederlandse palliatieve setting langzaam en kleinschalig in ontwikkeling is. Er is behoefte aan systematische implementatie en evaluatie-onderzoek op dit terrein.

2.5 Beeldende creatieve therapie

Zoals hiervoor aangegeven bestaat er een breder terrein van 'expressive arts therapy'. Een onderdeel hiervan is de beeldende creatieve therapie (Barraclough, 2001). In Nederland vindt toepassing plaats van creatieve therapie bij mensen met kanker. We wijzen op de zeer gewaardeerde activiteiten van de Stichting Kanker in Beeld; in 1998 is er een tentoonstelling van creatief werk gehouden, die in 2003 werd herhaald. Inmiddels zijn er enkele regionale centra (Amsterdam-Noord, Utrecht, Hilversum) waar initiatieven tot ontwikkeling zijn gekomen voor een professioneel aanbod van creatieve therapie voor mensen met kanker. Een van de weinige Nederlandse evaluatie-onderzoeken op dit gebied onder deelnemers aan de cursussen in het Mesos Ziekenhuis wijst uit dat de cursus erg positief gewaardeerd wordt. Ook zijn er aanwijzingen dat bij de deelnemers aan de cursussen (35 personen) er verbetering van het welbevinden en de kwaliteit van leven optreedt (Op 't Hoog en Visser, 2003). Er is op dit terrein behoefte aan gerichte nascholing voor de toepassing bij specifieke groepen patiënten. Onderzoek zou meer inzicht kunnen verschaffen in de factoren die de effecten kunnen bevorderen.

2.6 Waardering van complementaire zorg door patiënten

In diverse onderzoeken is gevonden dat de aangeboden CZ door de patiënten sterk gewaardeerd wordt. Dit blijkt o.a. uit de hiervoor besproken onderzoeken onder patiënten

naar massage, aromatherapie in verpleeghuizen, schoonheidsbehandeling en creatieve therapie.

Bijlage 3 Matrix van potentiële beleidsopties voor CZ

| | Voorlichting | Onderwijs | Onderzoek | Implementatie |
|--|---|--|---|--|
| Gezondheidsbevordering en preventie | Ontspanning als sleutel tot gezondheid; zelfontplooiing | | Inventarisaties en effecten | Interventies beschikbaar maken |
| Patiënt / Mantelzorger | Interventies; vergoedingen | | Inventarisaties en kosten-effectiviteitsstudies | Interventies beschikbaar maken |
| Zorgverlener | Interventies; CZ in het algemeen | Kennis, vaardigheden en interventies CZ algemeen | Inventarisaties en kosten-effectiviteitsstudies | Implementatie van pilots; zorg voor de zorgenden |
| Zorginstelling | Interventies; vergoedingen; implementatie; context CZ-regulier | Kennis, vaardigheden en interventies in de context van CZ-reguliere zorg | Inventarisaties en kosten-effectiviteitsstudies | Implementatie op maat; begeleiden van cultuuromslag (investeren in mensen, i.e. patiënten en medewerkers) |
| Samenleving | Interventies; denkkader veranderen; beleidsontwikkeling | | Inventarisatie van behoefte en gebruik | CZ tot thema maken binnen maatschappelijke organisaties; CZ een plek bezorgen binnen het regulier onderwijs |

Bijlage 4 Geraadpleegde literatuur

- Aldridge, D. (ed.) (1996). *Music therapy research and practice in medicine*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ang-Lee M.K., J. Moss & C.S. Yuan (2001). Herbal medicines and perioperative care. *Journal of the American Medical Association*, 286, 208-16.
- Baider, L., B. Uziely & A. Kaplan De-Noir (1994). Progressive muscle relaxation and guided mental imagery in cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, 16, 340-47.
- Barberis L. *et al.* (2001). Unconventional medicine teaching at the Universities of the European Union. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 7, 337-43.
- Barnett M. (2001). Overview of complementary therapies in cancer care. In: J. Barraclough, *Integrated cancer care*. Oxford: Oxford University Press.
- Barraclough, J. (2001). *Integrated cancer care: Holistic, complementary and creative approaches*. Oxford: Oxford University Press.
- Berg, M. van den, A. Visser (2002). Massage en het welzijn van kankerpatiënten: indrukken uit de literatuur. *Psychosociale Oncologie*, 10, 3, 20-21.
- Berg, M. van den, A. Visser, B. van den Borne (2003). *Complementaire zorg voor kankerpatiënten die chemokuren volgen: effectiviteit van haptotherapie*. Utrecht, Hlen Doweling Instituut.
- Bindemann, S., M. Soukop & S.B. Kaye (1991). Randomised controlled study of relaxation training. *European Journal of Cancer*, 27, 170-74.
- Boogaart J., A. Visser, D. de Ridder, M. Busch & M. Wismans (2004). *Implementatie van complementaire zorg: onderzoek naar de factoren die het implementatieproces van complementaire zorg in de standaardzorg beïnvloeden*. Utrecht: HDI.
- Bosga D.J. (2002). Enquête naar gebruik TT. *TT-Wijzer*, 7, 3 (27), 18-19.
- Brooker, J.R., M. Snape, E. Johnson, D. Ward & M. Payne (1997). Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behaviour in severe dementia. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 287-96.
- Buckle, J. (1993). Aromatherapy: does it matter which lavender essential oil is used? *Nursing Times*, 89 (20), 32-35.
- Busch, M. (2002a). Reeks van 11 artikelen over complementaire zorg in *Nursing*, 2002.
- Busch, M. (2002b). Complementaire zorg: sla ze ermee om de oren, interview met Ria von Bönninghausen, voorzitter Nu'91. *TT-Wijzer*, 7, 4 (28), 5-8.
- Busch M. (2003). Zorg voor verstandelijk gehandicapten is stilstaan bij jezelf. Een interview met medewerkers van Huize Ursula. *TT-Wijzer*, 8 (1), 6-11.
- Cleuver, L., A.P. Visser & I. van Wijk (2003). *Complementaire zorgvormen in het verpleeghuis Deel II: Evaluatie van de tweede fase van het werken met aromatherapie en massage in het Verpleeghuis en Reactiveringscentrum Antonius Jsselmonde Rotterdam*. Rotterdam, Stichting Maia.

- Cohen R.J., K. Ek & C.X. Pan (2002). Complementary and alternative medicine (CAM) use by older adults: a comparison of self-report and physician chart documentation. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57 (4), M223-27.
- Cooke, B. & E. Ernst (2000). Aromatherapy: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 50, 493-96.
- Decker, T.W., J. Cline & M. Gallagher (1992). Relaxation therapy as an adjunct in radiation oncology. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 388-93.
- Delft, B. van, A. Visser, I. van Wijk, M. Wismans & A. Noorden (2000). *Verslag Behoeftesonderzoek Aanvullende Zorgvormen in het Verpleeghuis Antonius IJsselmonde*. Stichting MAIA, Rotterdam.
- Die, M. de (2002). Complementaire zorg en de wet BIG. *Verpleegkunde Nieuws*, 16 (20), themanummer, 22-23.
- Dobson, R. (2003). Half of general practices offer patients complementary medicine. *British Medical Journal*, 327, 1250.
- Eckes-Peck, S.D. (1997). The effectiveness of therapeutic touch for decreasing pain in elders with degenerative arthritis. *Journal of Holistic Nursing*, 15 (2), 176-98.
- Eisenberg, D.M. (2000). *NCCAM Newsletter*, 7 (2), 2.
- Eisenberg, L. (2002). Complementary and alternative medicine: What is its role? *Harvard Review of Psychiatry*, 10 (4), 221-30.
- Eliens, A., S. Hickox & M. de Been (2001). Kwaliteitsontwikkeling in verpleging en verzorging. *Nursing*, 3, 79-81.
- Enzlin, M. (2002). Van Reiki tot klankschaal. *Verpleegkunde Nieuws*, 6 (20), themanummer, 14-17.
- Evenblij, M. (2003). Snoezelen in het ziekenhuis. *De Volkskrant*, 3 mei.
- Ferrel-Torry, A.T. & O.J. Glick (1993). The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer Nursing*, 16, 93-101.
- Fugh-Berman, A. & E. Ernst (2001). Herb-drug interactions: review and assessment of report reliability. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 52, 587-95.
- Gelder, R.B. van (2003). Genezen en de staat. Deel 2. *Tijdschrift voor Integrale Geneeskunde*, 19, 165-73.
- Gordon, J.S. (2000). The White House Commission and the Future Health Care. *Alternative Therapies*, 6 (6).
- Graaf, Toine de (2003). Taboe op complementaire zorg. *Zorgvisie*, 5.
- Graeff, A de *et al.* (1999). Complementaire zorg in de palliatieve zorg. *Bulletin COPZ-U*.
- Grealish, L., A. Lomasney & B. Whiteman (2000). Foot massage. A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nursing*, 23, 237-43.
- Gruyter, R. de (2002). Het is flauwekul, maar ga je gang. *NRC*, 8 januari.

- Hanrath, C. (1996). Geurige zorgverlening. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 4, 12-13.
- Heiden, M. van der, A. Visser, W. Ros, J. Taal, R. Lanting, J. de Vries, C.J. Fontein & L. Sanders (2000). *Kanker en beeld: creatieve therapie voor mensen met kanker*. Utrecht: Integraal Kankercentrum Midden Nederland.
- Heidt, P. (1981). Effect of therapeutic touch on the anxiety level of hospitalized patients. *Nursing Research*, 30 (1), 32-37.
- House of Lords (2000). *Complementary and alternative medicine*. London: The Stationary Office.
- Hupkens, S. (2001a). Complementaire zorg: een waardevolle aanvulling op de verpleegkundige zorgverlening. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 10.
- Hupkens, S. (2001b). Complementaire zorg is niet obscuur. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 17.
- Kessler, R.C. *et al.* (2001). Long-term trends in the use of complementary and alternative therapies. *Annals of Internal Medicine*, 21, 135, 262-68.
- Keukens, R. (2002). Omgaan met alternatieve geneeswijzen. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 112 (9), 49-50.
- Kieviet, A., A.P. Visser & I. van Wijk (2003). *Complementaire zorgvormen in het verpleeghuis Deel III: Onderzoek naar de effecten van het werken met geur, aanraking en muziek in het verpleeghuis Het Zonnehuis te Zuidhorn*. Rotterdam, Stichting Maia.
- Kite, S.M., E.J. Maher, K. Anderson, T. Young, J. Wood, N. Howells & J. Bradburn (1998). Development of aromatherapy at a cancer centre. *Palliative Medicine*, 12, 171-80.
- Kooij, Cora van der (2003). *Gewoon lief zijn? Proefschrift*. Utrecht: Lemma.
- Levine K. & E.G. Levine (1999). *Foundations of expressive arts therapy: Theoretical and clinical perspectives*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Lipe, W. (2002). Beyond music therapy: music, spirituality, and health in human experience: a review of the literature. *Journal of Music Therapy*, 39, 209-40.
- Marstedt, G. & S. Moebus (2002). *Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 9, October.
- Mathijssen R.H.J., J. Verweij, P. de Bruijn, W.J. Loos & A. Sparreboom (2002). Effects of St. John's Wort on Irinotecan Metabolism. *Cancer Spectrum*, 94, 1247-49.
- McCloskey, J.C. & G.M. Bulechek (1997). *Verpleegkundige interventies*. Amsterdam: Elsevier.
- Medisch Contact (2001). Themanummer Alternatieve Behandelwijzen, 56, 481-524.
- Meehan, T.C., C.A. Mersmann, M. Wiseman, B.B. Wolff & R. Malgady (1990). The effect of therapeutic touch on postoperative pain. *Pain*, Sup 5, 149.
- Meehan, T.C. (1993). Therapeutic touch and postoperative pain: a Rogerian research study. *Nursing Science Quarterly*, 6 (2), 69-77.
- Mullins R.J. & R. Heddle (2002). Adverse reactions associated with echinacea: the Australian experience. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 88, 42-51.
- Nanda (1999). *Verpleegkundige diagnoses. Definities en classificatie 1999-2000*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Nicolai, T. (2003). *Buiten gebaande Nederlands paden: over Europese ontwikkelingen*. Lezing Academisch Ziekenhuis, Groningen, December.
- NKF (2003). Dossier aanvullende zorg. September-nummer; pag. 8-27.
- Noorden, A. (1996). De toepassing van natuurlijke behandelmethoden door verpleegkundigen. *Tijdschrift voor Integrale Geneeskunde*, 12 (5), 204.
- Op 't Hoog, M. & A.P. Visser (2001). *Evaluatie van vier cursussen Kanker en Beeld op het Mesos Medisch Centrum*. Utrecht: HDI.
- Op 't Hoog, M. & A.P. Visser (2003). *Effecten cursussen Kanker en Beeld op het Mesos Medisch Centrum*. Utrecht: HDI.
- Oskam, N. (1998). *Alternatieve geneeswijzen: zorg of zegen?* Amsterdam: NIPO.
- Peter, J. (1999). *Aromatherapie in het verpleeghuis*. *Magie en Verpleging NU'91*, 11-13.
- Peters, R.M. (1999). The effectiveness of therapeutic touch: a meta-analytic review. *Nursing Science Quarterly*, 12, 1, 52-61.
- Quinn, J.F. (1989). Therapeutic touch as energy exchange: replication and extension. *Nursing Science Quarterly*, 2 (2), 79-87.
- Quinn, J.F. (1984). Therapeutic touch as energy exchange: testing the theory. *Advances in Nursing Science*, 6 (2), 42-49.
- Quinn, J.F. & A.J. Strelkauskas (1993). Psychoimmunologic effects of therapeutic touch on practitioners and recently bereaved recipients: a pilot study. *Advances in Nursing Science*, 15 (4), 13-26.
- Ragneskog, H., M. Kihlgren, I. Karlsson & A. Norberg (1996). Dinner music for demented patients. *Clinical Nursing Research*, 5, 262-78.
- Rees, L. & A. Weil (2003). Integrated medicine: imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine. *British Medical Journal*, 322, 119-120.
- Robins, W. (1999). The science and art of aromatherapy. *Journal of Holistic Nursing*, 17, 5-13.
- Rosenbaum, M.E., N.L. Nisly, K.J. Ferguson & E.W. Kligman (2002). Academic physicians and complementary and alternative medicine: an institutional survey. *American Journal of Medical Quality*, 17 (1), 3-9.
- Rykov, M.H. (2001). Moments musicaux. Guest editorial. *Journal of Palliative Care*, 17, 7, 131-32.
- Schell, N., A.P. Visser & A. Van Staa (2003). *Een bijzondere vorm van zorg: Effecten van gezichtsmassage-ontspanning als complementaire zorg op kwaliteit van leven van palliatieve kankerpatienten*. Utrecht: HDI.
- Schoolmeesters, A., A. P. Visser & P. Edelman (2001). *Effecten van massage bij chemotherapie*. Utrecht: HDI.
- Schoolmeesters, A., A.P. Visser & P. Edelman (2002a). Schoonheidsbehandeling bij chemotherapie: een verkenning van de effecten. *Oncologica*, 1, 20-23.

- Schoolmeesters, A., A.P. Visser & P. Edelman (2002b). Effecten van massage bij chemotherapie voor kankerpatiënten op de dagbehandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 3, 1, 1-4.
- Schroeder-Sheker, T., (1998). Shaping a sanctuary with sound: music-thanatology and the care of the dying. *Pastoral Music*, February-March, 26-41.
- Sloman, R.P., E. Brown, E. Aldana & E. Chee (1994). The use of relaxation for the promotion of comfort and pain relief in persons with advanced cancer. *Contemporary Nursing*, 3, 333-9.
- Sohn, P.M, C.A. Loveland & D. Cook. (2002). Nurse practitioner knowledge of complementary alternative health care: foundation for practice. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (1), 9-16.
- Stephenson, N.L.N., S.P. Weinrich & A.S. Tavakoli (2000). The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast cancer and lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27, 67-72.
- Taal, J. (2002). Creatieve therapie en imaginatie. *Tijdschrift voor Psychosociale Oncologie*, 4, 227-46.
- Threels-Eenkhoorn, T. (2001). *Therapeutic Touch bij mensen met Multiple Sclerose*. Utrecht: Van Praag Instituut.
- Turner, J.G., A.J. Clark, D.K. Gauthier & M. Williams (1998). The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (1), 10-20.
- UMC St. Radboud (2002). *Brief Raad van Bestuur*. Nijmegen.
- Veluwe, H. van *et al.* (2001). *Borg voor palliatieve zorg*. Poster European Conference Palliative Care, Palermo, Italië.
- Verbeek, M. (2001). *Ontspannende voetmassage: praktijkgericht onderzoek*. Rotterdam: Universitaire Pers.
- Vickers, A. (1996). Complementary therapies in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 3, 150-53.
- Visser, G.J. (1988). *Huisartsen en alternatieve geneeswijzen. Een onderzoek naar meningen en ervaringen van huisartsen en patiënten*. Utrecht: NIVEL.
- Visser, A.P. (2001). Integrale psycho-sociale zorg in het ziekenhuis: implicaties voor de palliatieve zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 2, 25-30.
- Visser A.P., I. van Wijk-Veldman & M. Wismans (2003). Toepassing van massage en aromatherapie bij verpleeghuisbewoners. *Nederlands Tijdschrift voor Palliatieve Zorg*, 4, 1, 1-5-11.
- Ward, M.F. *et al.* (2001). Does age influence complementary and alternative medicine (CAM): use and disclosure in ED patients? *Academic Emergency Medicine*, 8, 450.
- Weiger, W., M. Smith, H. Boon, M.A. Richardson, T. Kaptchuk & D.M. Eisenberg (2002). Advising patients who seek complementary and alternative medical therapies for cancer. *Annals of Internal Medicine*, 137, 889-913.
- Wijk, I. van & A.P. Visser (2001). *Complementaire zorgvormen in het verpleeghuis. Deel I: interim-verslag van het onderzoek naar effecten van aromatherapie en massage in het*

Verpleeghuis en Reactiveringscentrum Antonius Jsselmonde Rotterdam. Rotterdam: Stichting Maia.

Wilkinson, S. (1995). Aromatherapy and massage in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 1 (1), 21-30.

Wilkinson, S. (1996). Palliative care. Get the massage. *Nursing Times*, 92 (34), 61-64.

Wilkinson, S., J. Aldridge, I. Salmon, E. Cain & B. Wilson (1999). An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. *Palliative Medicine*, 13, 409-17.

Winstead-Fry P. & J. Kijek (1999). An integrative review and meta-analysis of therapeutic touch research. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5 (6), 58-67.

Wolfe, N. & J. Herzberg (1996). Can aromatherapy oils promote sleep in severely demented patients? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 926-27.

Woods, D.L. & M. Dimond (2002). The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. *Biological Research in Nursing*, 4 (2), 104-14.

World Health Organization (2002). Traditional medicine: growing needs and potential. *WHO Policy Perspectives and Medicines, no.2*. Genève: WHO.

Zee, T. van der (2000). *Invoering van handmassage op de verpleegafdeling*. Nieuw Venne: Universitaire Pers.

Zouwe, N. van der & F.S.M. van Dam (2001). De betekenis van alternatieve behandelwijze voor patiënten in de oncologie. In: J.C.J.M. de Haes *et al.* (red.), *Psychologische zorg in de oncologie*. Amsterdam/Assen: NKB/Van Gorcum.