

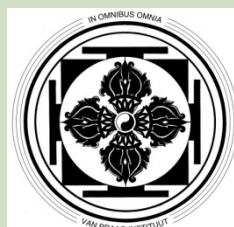
# Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen



**Eerste Nederlandse inventarisatie**

**Martine Busch  
Miek Jong  
Erik Baars**

**Januari 2015**



**Complementaire zorg  
in ziekenhuizen, verpleeghuizen  
en GGZ-instellingen**

**Eerste Nederlandse inventarisatie**

**Martine Busch**

**Miek Jong**

**Erik Baars**

**Januari 2015**

## Colofon

*Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen. Eerste Nederlandse inventarisatie* is uitgevoerd door het Van Praag Instituut en het Louis Bolk Instituut. De studie is mede mogelijk gemaakt door Triodos Foundation, Fred Foundation, MMV (Moermanvereniging), Stichting VIJF, Stichting F. Gaymans Studiefonds, Iona Stichting, Stichting MS-Anders en een niet nader genoemd fonds.

Wij danken Hans Jeekel (Erasmus MC), Rogier Hoenders (CIP Lentis) en Wendy Reijmerink (ZonMw) voor hun commentaren bij de totstandkoming van deze rapportage. Tevens gaat onze dank uit naar Heleen Geubbels voor haar bijdrage aan het verzamelen van de data.

### Auteurs:

- Martine Busch MA - directeur Van Praag Instituut
- Dr. Miek Jong - afdelingshoofd Voeding en Gezondheid Louis Bolk Instituut & associate professor in Health Sciences aan *Mid Sweden University*, Sundsvall, Sweden
- Dr. Erik Baars - senior onderzoeker Louis Bolk Instituut & lector Antroposofische Gezondheidszorg Hogeschool Leiden

23 januari 2015

### Contact:

Martine Busch  
Van Praag Instituut  
Springweg 7  
3511 VH Utrecht  
[info@vanpraaginstituut.nl](mailto:info@vanpraaginstituut.nl)  
[www.vanpraaginstituut.nl](http://www.vanpraaginstituut.nl)



@MartineBusch

Miek Jong  
Louis Bolk Instituut  
Hoofdstraat 24  
3972 LA Driebergen  
[m.jong@louisbolk.nl](mailto:m.jong@louisbolk.nl)  
[www.louisbolk.nl](http://www.louisbolk.nl)



@LouisBolk

Publicatienummer 2015-005 VG Louis Bolk Instituut

Copyright © 2015 Van Praag Instituut, Louis Bolk Instituut

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 op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgevers.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission of the publishers.

# Inhoudsopgave

Samenvatting .....	5
<b>1 INTRODUCTIE .....</b>	<b>8</b>
1.1 Aanleiding en doelstelling .....	8
1.2 Integrale benadering van gezondheid .....	8
1.3 Opzet van de mappingstudie.....	8
1.4 Complementaire zorg.....	9
1.5 Integrative medicine: internationale inventarisaties .....	11
<b>2 Deel 1: Kwantitatieve inventarisatie, complementair zorgaanbod bij Nederlandse ziekenhuizen .....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Materiaal en methoden .....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Zoektermen .....	13
2.1.2 Exclusie .....	13
<b>2.2 Resultaten .....</b>	<b>13</b>
2.2.1 Aantal interventies per ziekenhuis.....	13
2.2.2 Aantal afdelingen per ziekenhuis dat CZ aanbiedt .....	14
2.2.3 Vormen van aangeboden CZ-interventies (N=286).....	14
2.2.4 Vormen van aangeboden interventies (N=432).....	15
2.2.5 Aangeboden CZ-interventies naar aantal ziekenhuizen .....	16
2.2.6 Top-10 afdelingen die CZ aanbieden .....	16
2.2.7 Top-8 interventie/afdelingcombinaties .....	17
2.2.8 Top-10 ziekenhuizen die CZ aanbieden.....	18
2.2.9 Top-10 ziekenhuizen (specificatie).....	18
2.2.10 CZ-aanbod van de academische ziekenhuizen.....	19
<b>2.3 Discussie .....</b>	<b>19</b>
<b>3 Deel 2: Kwantitatief onderzoek, enquête onder zorgprofessionals in Nederland .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Complementaire zorg en Integrative Medicine experts .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Materiaal en methoden .....</b>	<b>22</b>
3.2.1 Constructie van de vragenlijst en werving van respondenten .....	22
<b>3.3 Resultaten .....</b>	<b>22</b>
3.3.1 Demografische gegevens.....	22
3.3.2 Aanbod van en verwijzen naar CZ .....	23
3.3.3 Beleid voor CZ.....	26
3.3.4 Behoeftte aan wetenschappelijk onderzoek naar CZ.....	27
<b>3.4 Discussie .....</b>	<b>28</b>
<b>4 Deel 3: Kwalitatief onderzoek, focusgroepgesprekken in twee ziekenhuizen en een verpleeghuis.....</b>	<b>30</b>
<b>4.1 Ziekenhuizen.....</b>	<b>30</b>
<b>4.2 Verpleeghuis.....</b>	<b>32</b>
<b>4.3 Discussie .....</b>	<b>33</b>

<b>5</b>	<b>Conclusies en discussie</b> .....	<b>35</b>
5.1	Omvang aanbod complementaire zorg .....	35
5.3	Implementatie.....	38
5.4	Wetenschappelijk Onderzoek .....	39
5.4.1	Effectiviteit.....	39
5.4.2	Patiëntervaringen .....	39
5.4.3	Onderzoeksthema's .....	40
<b>6</b>	<b>Aanbevelingen</b> .....	<b>41</b>
6.1	Aanbevelingen voor de klinische zorgpraktijk .....	41
6.2	Aanbevelingen voor implementatie .....	41
6.3	Aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek .....	41
6.4	Aanbevelingen voor beleid ten aanzien van complementaire zorg .....	42
<b>7</b>	<b>Literatuur</b> .....	<b>43</b>
<b>8</b>	<b>BIJLAGEN</b> .....	<b>45</b>
	<i>Tabel 17: Ranglijst van alle ziekenhuizen naar omvang CZ-aanbod</i>	
	<i>Tabel 18: Overzicht CZ-aanbod alle ziekenhuizen (alfabetisch)</i>	
	<i>Tabel 19: Leidraad voor focusgroepgesprekken</i>	

## Samenvatting

In maart 2014 publiceerde ZonMw, Organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie, het Signalement *Ontwikkeling en implementatie evidence based complementaire zorg* waarin zij vaststelt dat complementaire zorg (CZ) een maatschappelijk gegeven is, maar dat nog weinig bekend is over het CZ-aanbod van zorginstellingen in de curatieve en langdurige zorg. Deze studie brengt voor het eerst in kaart wat ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen aan complementaire zorg bieden en welke behoeften de zorgpraktijk heeft voor implementatie en onderzoek.

### Onderzoeksopzet

De inventarisatie bestaat uit drie delen:

1. Kwantitatieve inventarisatie: CZ-aanbod bij Nederlandse ziekenhuizen.  
Websites van alle 91 Nederlandse ziekenhuizen zijn aan de hand van een aantal zoektermen en criteria gescreend op het CZ-aanbod.
2. Kwantitatief onderzoek: Enquête onder zorgprofessionals in Nederland.  
In dit deel gaat het er om in hoeverre CZ in de eigen organisatie wordt toegepast, en welke behoeften er bestaan ten aanzien van onderzoek, opleiding en implementatie. De vragenlijst is uitgezet en verspreid via persoonlijke en professionele netwerken en contacten (snowball sampling).
3. Kwalitatief onderzoek: Focusgroepgesprekken in twee ziekenhuizen en een verpleeghuis.  
Op basis van de resultaten van de enquête zijn een ziekenhuis en verpleeghuis geselecteerd waarin veel CZ en een ziekenhuis waarin juist weinig CZ wordt aangeboden. Centraal thema is de vraag welke behoeften zorgprofessionals en managers hebben met betrekking tot implementatie van CZ.

### Resultaten CZ-aanbod ziekenhuizen

Complementaire zorg wordt – volgens hun eigen websites – door 92% van de Nederlandse ziekenhuizen aangeboden. Daarbij zijn in totaal 308 afdelingen betrokken. Er zijn 432 interventie/afdelingcombinaties gevonden, een gemiddelde van bijna 5 per ziekenhuis. Gecombineerd met de resultaten uit de vragenlijst – waarmee ruim 40% van de ziekenhuizen bereikt is – wordt zelfs nog vaker CZ aangeboden. Naast de CZ-interventies die op de websites vermeld staan, worden namelijk in elk geval nog 47 CZ-interventies toegepast (+16%). Zo blijken de acht academische ziekenhuizen in de praktijk gezamenlijk niet 44 interventies aan te bieden, maar 55.

In ziekenhuizen worden 16 verschillende typen interventies aangeboden: acupunctuur, aromazorg, babymassage, creatieve therapie, geleide visualisatie, haptonomie, hypnotherapie, massage, mindfulness, muziektherapie, ontspanningsoefeningen, osteopathie, therapeutic touch, voetreflexmassage, warmte/koude en yoga. Opmerkelijk is dat de traditionele CZ-systemen zoals homeopathie, antroposofische zorg en natuurgeneeskunde helemaal niet gemeld worden.

Ook is het opvallend dat de ziekenhuizen zelf zelden de term complementaire zorg gebruiken. De interventies zijn meestal onder hun specifieke naam terug te vinden, zoals 'mindfulness', 'yoga' of 'ontspanningsoefeningen', en worden niet benoemd als complementaire zorg.

### Resultaten CZ-aanbod GGZ

Niet alleen in het ziekenhuis wordt regelmatig CZ aangeboden. Vooral in de psychiatrie, zowel in het ziekenhuis als in GGZ-instellingen, is er ook een vrij groot CZ-aanbod. Het gebruik van CZ op de afdelingen

psychiatrie in de ziekenhuizen is – volgens de eigen websites – het meest gevarieerd van alle afdelingen met acht verschillende interventies. Het zijn vooral interventies als creatieve therapie, mindfulness en ontspanningsoefeningen, maar ook muziektherapie wordt regelmatig toegepast. Incidenteel gaat het om yoga, hypnotherapie, en therapeutisch touch. Binnen GGZ-instellingen worden dezelfde vormen van CZ aangeboden, aangevuld met voedingsadviezen en voedingssupplementen, tai chi en massage of voetreflextherapie.

### Resultaten CZ-aanbod verpleeghuizen

Van de verpleeghuizen is met de vragenlijst ongeveer 10% (N=43) van het totaal aantal verpleeghuizen bereikt. Niet duidelijk is of dit het totaal aantal verpleeghuizen betreft dat CZ biedt, of dat de gekozen onderzoeksmethode van snow ball sampling niet alle CZ-initiatieven in de verpleeghuiszorg aan het licht brengt. De belangrijkste vormen van CZ die in de bereikte verpleeghuizen aangeboden worden, komen gedeeltelijk overeen met het aanbod in ziekenhuizen en GGZ-instellingen, zoals muziektherapie/creatieve therapie, maar hier zijn vooral ook aromazorg/werken met etherische oliën (61%), massage/voetreflextherapie (55%), en therapeutisch touch (39%) goed vertegenwoordigd.

De belangrijkste CZ-interventies die in de drie verschillende typen instellingen gegeven worden variëren dus enigszins, maar het zijn toch vooral de mind-body interventies (ontspanningsoefeningen, geleide visualisatie, mindfulness, hypnotherapie) die frequent aangeboden worden in de zorginstellingen. Dit kan te maken hebben met het feit dat daar al enig wetenschappelijk bewijs voor is en dat ze fysiologisch enigszins te begrijpen zijn vanuit de stressrespons.

De belangrijkste indicaties zijn in alle sectoren vooral angst, onrust, pijn en slaapproblemen.

Externe beroepsbeoefenaren die complementair werken lijken niet of nauwelijks betrokken te zijn bij CZ binnen de onderzochte instellingen. De complementaire zorginterventies die worden aangeboden, worden voornamelijk toegepast door (eigen) zorgprofessionals als artsen, verpleegkundigen en verzorgenden, vaktherapeuten en psychologen. Daarnaast wordt – blijkt uit de vragenlijst – in iets minder dan een kwart van de gevallen wel extern naar bijvoorbeeld homeopathie, manuele geneeskunde en acupunctuur verwezen. In welke gevallen dit gebeurt en of daarbij sprake is van enige vorm van samenwerking tussen de instelling en de externe zorgprofessional is onduidelijk.

### Implementatie

Er wordt weliswaar relatief vaak complementaire zorg in zorginstellingen aangeboden, maar dit gebeurt gefragmenteerd, kleinschalig en weinig structureel. Er lijkt nog weinig sprake van gerichte implementatie. Zo is men intern in instellingen niet op de hoogte van alle eigen CZ-initiatieven. Er is nauwelijks beleid ten aanzien van CZ vanuit een specifieke visie, er is binnen weinig organisaties iemand verantwoordelijk voor CZ, en de toepassing van CZ is erg afhankelijk van individuele inzet. In lang niet alle gevallen wordt patiënten gevraagd naar hun eigen gebruik van CZ (in ziekenhuizen en verpleeghuizen het minst) en er is geen interne afstemming over patiëntinformatie over CZ.

Een CZ-initiatief start vaak op de werkvloer door één of enkele enthousiaste zorgprofessionals, die met beperkte middelen en bij een beperkte groep patiënten of bewoners met een CZ-interventie naar eigen keuze beginnen. Zowel de respondenten als de deelnemers aan de focusgroepgesprekken geven aan dat zij grote behoefte aan ondersteuning hebben om CZ structureel in te bedden. Volgens de geïnterviewde managers en zorgprofessionals past verdere ontwikkeling en implementatie van CZ binnen de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

### Onderzoek

Onderzoek naar de effectiviteit, patiëntervaringen, werkingsmechanismen en kosteneffectiviteit van complementaire zorginterventies zijn door de respondenten geprioriteerd. De deelnemers aan de focusgroepgesprekken in de twee ziekenhuizen geven vooral prioriteit aan onderzoek naar patiëntervaringen. Daarnaast noemen voornamelijk vertegenwoordigers van de GGZ en verpleeghuizen

nog de noodzaak voor onderzoek naar de implementatie van complementaire zorg. Veiligheid vindt men een minder belangrijk thema.

De sectoren waar onderzoek zou moeten plaatsvinden zijn vooral psychiatrie, ouderenzorg, palliatieve zorg, oncologische zorg en kindergeneeskunde en dan vooral bij klachten zoals angst, spanning, stress, pijn en vermoeidheid. Dit zijn ook de meest genoemde indicaties voor complementaire zorg. Opvallend is dat dit met name klachten en symptomen zijn die niet per se ziektespecifiek zijn en met name de kwaliteit van leven in grote mate beïnvloeden.

De behoefte aan onderzoek naar complementaire zorg is groot, maar er wordt in de praktijk nog nauwelijks onderzoek gedaan. Behalve aan budget ontbreekt het vooral aan kennis, expertise en bundeling daarvan.

### Aanbevelingen

De resultaten van deze eerste Nederlandse inventarisatiestudie naar complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ leiden tot de volgende aanbevelingen op het gebied van klinische zorgpraktijk, implementatie, onderzoek en beleid:

1. Stimuleer en ondersteun de ontwikkeling van een gezamenlijke visie binnen zorginstellingen over de eventuele toegevoegde waarde van CZ, vertaal deze naar beleid en regel de coördinatie van CZ binnen een zorginstelling op centraal niveau.
2. Ontwikkel een aantal proeftuinen in zorginstellingen in Nederland waarin complementaire interventies onderdeel van het zorgaanbod zijn, evalueer in de praktijk wat wel en niet werkt, en betrek daarbij expliciet het patiëntenperspectief (patient-centered outcome studies). Start met proeftuinen Integrative Medicine in bijvoorbeeld de psychiatrie (maak daarbij gebruik van de ervaringen van het CIP van Lentis), kindergeneeskunde, oncologie, ouderenzorg en palliatieve zorg; deze lijken het meest kansrijk.
3. Verricht systematisch literatuuronderzoek om bewijsvoering en kennislacunes voor de meest toegepaste complementaire zorginterventies in kaart te brengen. Prioriteer vervolgens pragmatisch vergelijkend en kosten-effectiviteitsonderzoek naar veel toegepaste complementaire zorginterventies en onderzoek dan vooral de effectiviteit bij klachten als angst, depressie, pijn, en vermoeidheid.
4. Richt in navolging van de Verenigde Staten een landelijk consortium voor Integrative Medicine op waarbij zorg- en kennisinstellingen zich kunnen aansluiten. Dit consortium bundelt op effectieve wijze kennis en expertise op het gebied van implementatie en onderzoek, stelt deze beschikbaar en ondersteunt bij de ontwikkeling van een gezamenlijke visie op complementaire zorg en Integrative Medicine.



# 1 INTRODUCTIE

## 1.1 Aanleiding en doelstelling

In maart 2014 publiceerde ZonMw het Signalement *Ontwikkeling en implementatie evidence based complementaire zorg* waarin zij vaststelt dat complementaire zorg een maatschappelijk gegeven is [1]. Patiënten maken er veelvuldig gebruik van, bijvoorbeeld 30% van de kinderen die een kinderarts bezoeken [2], 42% van de ambulante psychiatrische patiënten [3], 42% van de kinderen met kanker [4] en 86% van de patiënten met chronische gewrichtsklachten [5]. Interventies zoals voedingssupplementen, muziek, mindfulness, acupunctuur en yoga worden zowel ingezet als verpleegkundige of paramedische interventie en als aanvullende ondersteuning bij de regulier medische behandeling.

Er is echter weinig bekend over de mate waarin dit gebeurt binnen zorginstellingen in de curatieve en langdurige zorg, noch over de manier waarop en met welk resultaat. ZonMw beveelt daarom aan om kennislacunes op dit terrein op te lossen en door middel van kritische evaluatie het kaf van het koren te scheiden. Een eerste stap hiertoe is het goed in kaart brengen van wat er in Nederlandse zorginstellingen aan complementaire zorg (CZ) wordt aangeboden.

Een dergelijke inventarisatie is de doelstelling van deze Mappingstudie *Complementaire zorg in ziekenhuis, verpleeghuis en GGZ*.

## 1.2 Integrale benadering van gezondheid

Het gebruik van complementaire zorg past in de huidige trend van een meer integrale benadering van gezondheid. In deze visie worden lichamelijke en psychische ziekten en gezondheid, sociale problemen en hun determinanten gezien als nauw met elkaar verweven. Het recent geïntroduceerde concept 'positieve gezondheid' sluit hierop aan door gezondheid niet langer te definiëren als een statische situatie (een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek, zoals de WHO-definitie luidt), maar als het dynamische vermogen van mensen om zich aan te passen en zelf regie te voeren over hun welbevinden [6]. Hierbij passen ook andere dan medische interventies, zoals het stimuleren van een gezonde leefstijl, vergroten van welbevinden en kwaliteit van leven, stressreductie en ondersteuning bij zelfmanagement.

Elementen van een integrale benadering van gezondheid en zorg zijn vooral: herbevestiging van de heilzame kracht van een goede relatie tussen behandelaar en patiënt, gerichtheid op de persoon als totaliteit, kennisneming van wetenschappelijk bewijs in relatie tot de ervaringswerkelijkheid van patiënt en professional, en gebruikmaking van alle therapeutische benaderingen, gezondheidsprofessionals en disciplines om optimale gezondheid en genezing te bereiken [1].

## 1.3 Opzet van de mappingstudie

Uitgangspunt voor deze eerste Nederlandse mappingstudie is de actuele zorgpraktijk in reguliere zorginstellingen. Zelfstandig werkende complementaire beroepsbeoefenaren zijn niet in de studie betrokken.

Zeven complementaire zorg/Integrative Medicine experts zijn gevraagd naar die zorgsectoren die zij het meest actief en kansrijk achten met betrekking tot de ontwikkeling van CZ. Op grond hiervan is besloten de inventarisatie voornamelijk te richten op de ziekenhuiszorg en de verpleeghuiszorg.

De inventarisatie bestaat uit drie deelonderzoeken:

1. Kwantitatieve inventarisatie: Complementair zorgaanbod bij Nederlandse ziekenhuizen  
De websites van 91 Nederlandse ziekenhuizen zijn aan de hand van een aantal zoektermen en criteria gescreend op het complementaire zorgaanbod.

*Vraagstelling*

Welke complementaire zorgvormen worden in de Nederlandse ziekenhuizen naar eigen zeggen aangeboden? Met als subvragen:

1. In welke ziekenhuizen?
2. Op welke afdelingen?
3. Welke interventies?

2. Kwantitatief onderzoek: Enquête onder zorgprofessionals in Nederland  
Dit deel betreft vragen naar de toepassing van CZ in de eigen organisatie, vraagt naar behoeften met betrekking tot onderzoek, opleiding en implementatie en is uitgezet en verspreid via persoonlijke en professionele netwerken en contacten (snowball sampling).

*Vraagstelling*

Welke complementaire zorgvormen worden in reguliere zorginstellingen aangeboden, c.q. naar welke zorgvormen wordt doorverwezen? Met als subvragen:

1. Binnen welke afdelingen in de zorginstellingen?
2. Bij welke klachten?
3. Bij welk percentage van de patiënten?
4. Door wie wordt het toegepast?
5. Op grond van welk beleid/richtlijnen?
6. Welk type onderzoek naar CZ dient te worden geprioriteerd?

3. Kwalitatief onderzoek: Focusgroepgesprekken in twee ziekenhuizen en een verpleeghuis  
Op basis van de resultaten van de enquête zijn een ziekenhuis en verpleeghuis geselecteerd waar veel CZ en een ziekenhuis waar juist weinig CZ wordt aangeboden. In elk van de drie instellingen bestond de focusgroep uit vertegenwoordigers uit diverse geledingen (o.a. verpleegkunde, medische staf, opleiding, bestuur).

*Vraagstelling*

Welke behoeften hebben zorgprofessionals en managers met betrekking tot implementatie van complementaire zorg? Met als subvragen:

1. Wat zien de betrokkenen als toegevoegde waarde van CZ?
2. Wat zijn de randvoorwaarden voor implementatie?
3. Welke behoeften zijn er rond onderzoek?

## 1.4 Complementaire zorg

Complementaire zorg omvat een breed spectrum aan zorg- en behandelwijzen die van oorsprong buiten het domein van de reguliere geneeskunde ontwikkeld zijn en toegepast werden. De voornaamste reden hiervoor is dat beide een andere visie hebben op ziekte en gezondheid. In de reguliere geneeskunde overheerst het biomedische model, waar gezondheid gedefinieerd wordt als de afwezigheid van ziekten, en interventies gericht zijn op het reduceren van symptomen en bestrijden van ziekten. In CZ staat een integrale visie op gezondheid centraal, waarbij interventies gericht zijn op het bevorderen van gezondheid en het herstellen van evenwicht. Het erkent de verbinding tussen lichaam en geest en interventies worden ingezet om het zelfhelend vermogen van de mens te stimuleren [7].

Zo'n tien jaar geleden werd complementaire zorg nog aangeduid als 'alternatieve genees- of behandelwijzen' omdat ervan uitgegaan werd dat het vaak in plaats van de reguliere behandeling werd toegepast. Recent onderzoek toont echter aan dat een substantieel deel van de patiënten verschillende zorgvormen en behandelwijzen combineert, veelal ondersteunend aan de reguliere behandeling. Vandaar

dat men tegenwoordig de term complementaire ('aanvullend aan') zorg gebruikt om zorg en interventies zoals massage, mind-body technieken, acupunctuur of kruidengeneeskunde als groep aan te duiden [1, 8].

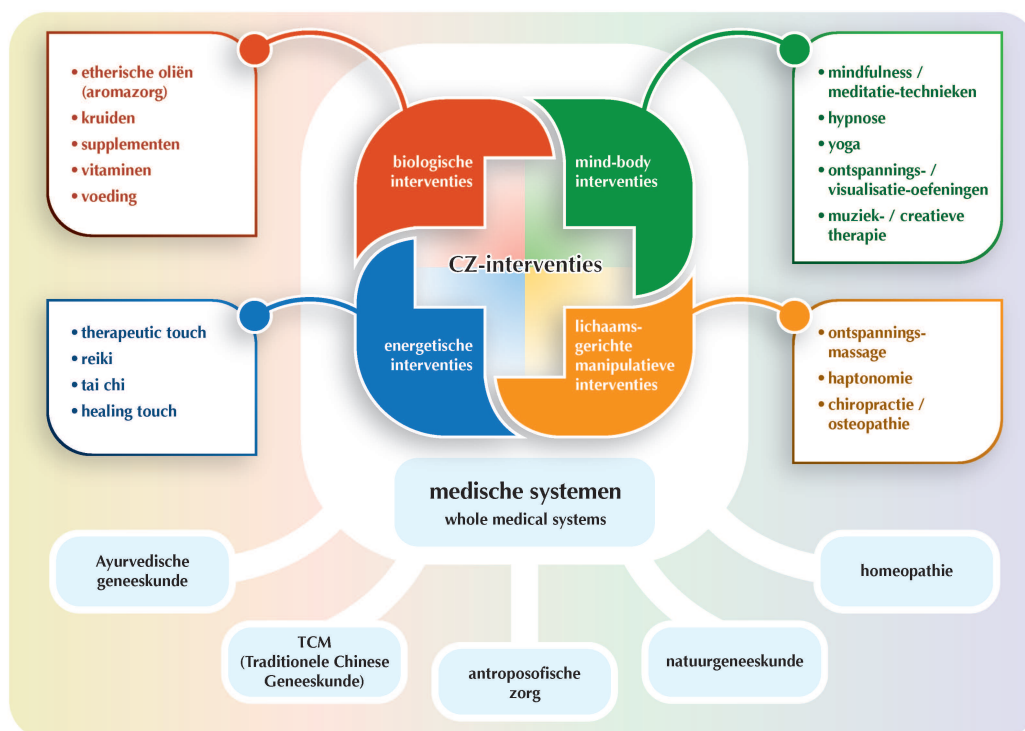
In Nederland wordt CZ voor een groot deel buiten het reguliere zorgcircuit toegepast. Zowel door mensen zelf in de vorm van zelfzorgmiddelen zoals kruiden, probiotica en voedingssupplementen, alsook door een behandelend complementair arts, therapeut of verpleegkundige. Dit in tegenstelling tot landen zoals de Verenigde Staten en Duitsland, waar CZ meer onderdeel is van de reguliere beroepsuitoefening door zorgprofessionals [9].

Met de introductie in Nederland van nieuwe zorgconcepten zoals *Planetree* [10] en *Integrative Medicine* [11] is er de laatste jaren een trend waar te nemen dat complementaire zorg ook steeds meer wordt aangeboden in reguliere zorginstellingen [12, 13].

In deze eerste Nederlandse mappingstudie zijn vormen van CZ in kaart gebracht die worden aangeboden of toegepast in reguliere zorginstellingen. Daarnaast is geïnventariseerd naar welke complementaire zorginterventies reguliere zorgprofessionals doorverwijzen.

De huidige studie omvat een inventarisatie van die zorg en behandelwijzen die door het Amerikaanse National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) geclassificeerd zijn als complementaire zorg, zoals mindfulness, hypnotherapie, visualisatie- en ontspanningsoefeningen, yoga, tai chi, meditatie, acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeskunde, (voedings)supplementen en -adviezen, kruidengeneesmiddelen, aromatherapie, massage, osteopathie, chiropractie en muziektherapie. Deze classificatie is aangevuld met een aantal zorg- en behandelwijzen waarvan bekend is dat ze in Nederland worden toegepast, zoals antroposofische behandelwijzen, Moermantherapie of Moermandieet en therapeutisch touch (zie Figuur 1).

Volgens zorgverzekeraars vallen ook de veel toegepaste vaktherapieën onder 'Alternatieve Geneeswijze' [14], zoals naast de eerder genoemde muziektherapie o.a. ook beeldende therapie en psychomotorische therapie. Daarom zijn deze ook in de inventarisatie meegenomen.



Figuur 1. Schema complementaire zorg

Aan de basis staan diverse 'whole medical systems' of traditionele CZ-systemen uit verschillende culturele tradities, die elk een eigen systematiek hebben van filosofie, diagnostiek, geheel van samenhangende interventies/therapieën en evaluatie, zoals bijvoorbeeld de Traditionele Chinese Geneeskunde. Daarin geworteld zijn diverse complementaire interventies, die ook 'los' toe te passen zijn binnen een reguliere beroepsuitoefening. Deze zijn in te delen in vier categorieën: lichaamsgerichte manipulatieve interventies, mind-body interventies, biologische interventies en energetische interventies.

### 1.5 Integrative medicine: internationale inventarisaties

In Europa is het complementaire veld verdeeld. De Europese landen vormen een heterogene groep met verschillen in wetgeving, medische tradities en innovatieprocessen. Verbindende partijen zijn de WHO en EU. De WHO publiceerde recent haar *Traditional Medicine Strategy 2014–2023*, waarin zij (opnieuw) pleit voor meer onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid van CZ. Dit vanuit de gedachte dat Integrative Medicine – waarbij complementaire zorg geïntegreerd is in de reguliere gezondheidszorg – bijdraagt aan het optimaliseren van gezondheid, welbevinden en patiëntgerichte zorg. Daarvoor is het nodig dat landen nationaal beleid voor CZ ontwikkelen. Sinds 2003 is het aantal landen dat dit heeft gedaan toegenomen van 39 tot 69 in 2012 [15]. Nederland is daar niet bij. Beleid leidt tot inbedding in academisch onderwijs (dit geldt voor 39 landen in 2012) en de oprichting van specifieke onderzoekscentra (56 landen in 2003, 73 in 2012). In Nederland is dit niet het geval.

Het Europese CAMbrella Consortium adviseert (binnen het Zevende kaderprogramma voor Onderzoek) in de *Roadmap for European CAM Research* de landen van de EU onderzoek te doen op een aantal gebieden – o.a. behoeften, veiligheid, patient outcome, en samenwerkingsmodellen – opdat burgers en professionals goed geïnformeerde keuzes voor CZ kunnen maken. Nadrukkelijk wordt geadviseerd onderzoek te laten aansluiten bij bestaande behoeften van burgers, patiënten en professionals. Het CAMbrella Consortium berekende dat complementaire interventies in de onderzochte 39 landen door meer dan 150.000 geregistreerde artsen met aanvullende CZ-scholing en meer dan 180.000 geregistreerde en gecertificeerde CZ-therapeuten worden aangeboden. Omgerekend zou dit 65 CZ-aanbieders per 100.000 inwoners betreffen, tegen 95 huisartsen per 100.000 inwoners [16].

In de Verenigde Staten en Canada is complementaire zorg op grond van toegenomen bewijsvoering steeds meer geïntegreerd in de reguliere zorg en spreekt men inmiddels van ‘complementary and integrative medicine’ (CIM). Belangrijke aanjager van deze ontwikkeling op het niveau van de overheid is het Amerikaanse National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, een onderdeel van de NIH). Vanuit het academische veld is vervolgens het Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM) opgericht om onderzoek, opleiding en klinische zorg op het gebied van CZ en Integrative Medicine verder te ontwikkelen en te implementeren. Per ultimo 2014 zijn 57 toonaangevende universitaire medische centra lid van dit consortium.

Om CIM-initiatieven in kaart te brengen en beter te kunnen ondersteunen heeft de Bravewell Collaborative, mede-oprichter van het CAHCIM, vanaf 2001 vier mappingstudies in de VS laten uitvoeren. De eerste mappingstudie in 2001 had als doel inzicht te krijgen in de krachtenvelden waarbinnen Integrative Medicine tot ontwikkeling kan komen [17].

- Op dat moment waren er al meer dan 20 Integrative Medicine centra of klinieken met nauwe samenwerkingsbanden met universitaire medische (opleidings-)centra en kleinere privé-klinieken, die – na een substantiële initiële kapitaalinjectie (\$100.000 - \$1.000.000) – gemiddeld na 3-5 jaar break-even draaiden.
- Meer dan 90 van 125 medische opleidingen meldden in die periode dat CZ in het reguliere onderwijsaanbod aan de orde kwam en 64 boden CIM als keuzevak.

De tweede mappingstudie in 2004 vond plaats in algemene ziekenhuizen, hospices en kinderklinieken [17]. Deze mappingstudie vulde de eerste aan omdat hij zich richtte op specifieke, niet-academische sectoren als voorbeelden van kansrijke omgevingen voor de ontwikkeling van Integrative Medicine.

- Integrative Medicine wordt binnen de onderzochte ziekenhuizen vooral door verpleegkundigen toegepast en nauwelijks door artsen, maar in de poliklinieken zijn juist vooral artsen actief.
- De initiatieven blijven financieel kwetsbaar, maar ze dragen wel bij aan de concurrentiepositie van de ziekenhuizen.

De derde mappingstudie in 2006 bracht o.a. de toegankelijkheid van Integrative Medicine in kaart met betrekking tot vergoeding en onderwijs in het kader van de ontwikkeling van *consumer-directed health plans* en is voor Nederland niet direct relevant [17].

In 2012 vond opnieuw een mappingstudie plaats in 29 Integrative Medicine centra met als doel inzicht te krijgen in de manier waarop Integrative Medicine in de praktijk wordt toegepast en in hoeverre er werkelijk sprake is van integratie [9].

- In de onderzochte IM-centra zijn vooral artsen, massagetherapeuten, meditatieleraren en acupuncturisten werkzaam.
- Zij leveren zorg voor alle patiëntcategorieën met als top-5 aandoeningen chronische pijn, spijsverteringsstoornissen, depressie, stress en kanker.
- Meest voorgeschreven interventies zijn: voeding/supplementen, yoga, meditatie, TCM/acupunctuur, massage.
- Vrijwel alle centra maken een persoonlijk gezondheidsplan met hun patiënten.
- Allemaal zijn ze verbonden aan (academische) ziekenhuizen, het merendeel doet onderzoek en biedt ook voor de eigen medewerkers zelfzorg- en wellnessprogramma's.

Deze eerste Nederlandse mappingstudie vindt plaats in een vroeger stadium dan die in de VS; in Nederland bestaan nog geen formele Integrative Medicine centra binnen of gelieerd aan reguliere zorginstellingen, behalve het Centrum Integrale Psychiatrie van GGZ-instelling Lentis in Groningen en antroposofische zorginstellingen die reguliere en antroposofische zorg combineren (o.a. in psychiatrie, verslavingszorg, ouderenzorg, kindergeneeskunde, en huisartsenzorg). Om die reden wordt hier gesproken van inventarisatie van complementaire zorg en (nog) niet van Integrative Medicine.

## 2 Deel 1: Kwantitatieve inventarisatie, complementair zorgaanbod bij Nederlandse ziekenhuizen

In Deel 1 van deze mappingstudie zijn websites van zorginstellingen geïnventariseerd met betrekking tot complementaire zorg. De focus van de mappingstudie is gericht op zowel ziekenhuizen als verpleeghuizen, maar omdat verpleeghuizen in het algemeen weinig zorginhoudelijke informatie via hun websites geven, is ervoor gekozen alleen de websites van ziekenhuizen te onderzoeken.

### 2.1 Materiaal en methoden

In de periode 15 juli t/m 18 september 2014 zijn de websites van 91 Nederlandse ziekenhuizen geraadpleegd op vermelding van gebruik van complementaire zorginterventies.

#### 2.1.1 Zoektermen

Er is gezocht op 22 zoektermen (tussen haakjes de varianten hierop): acupressuur, acupunctuur, antroposofisch(e), aromatherapie (aromazorg, essentiële oliën, etherische oliën, geuren), babymassage, chiropractie (chiropraxie), complementair(e), creatieve therapie (beeldende therapie), geleide visualisatie (visualisatie, visualiseren, imaginatie), haptonomie (haptotherapie), homeopathie (homeopathisch), hypnotherapie (hypnose), massage (stoelmassage, voetreflexmassage, voetreflextherapie), mindfulness (aandachtstraining), muziektherapie (muziek), natuurgeneeskunde (fytotherapie, orthomoleculaire therapie), ontspanningsoefening (ontspanning, ontspanningstechniek), osteopathie, tai chi, therapeutic touch, warmte/koude, yoga.

Als op een webpagina vermeld werd dat de betreffende interventie wordt toegepast, werd de url van de betreffende pagina opgeslagen. Url's van voor 2012 zijn buiten beschouwing gelaten.

#### 2.1.2 Exclusie

Verwendagen van (afdelingen van) ziekenhuizen waar complementaire zorg geboden wordt, zijn buiten beschouwing gelaten. Dat geldt ook voor het CZ-aanbod aan eigen medewerkers en uitnodigingen om eigen muziek(dragers) mee te brengen als afleiding voor bepaalde medische verrichtingen. Psychomotore therapie en 'gewone' fysiotherapeutische massage – ter onderscheiding van ontspanningsmassage – zijn niet meegerekend. Het oncologische revalidatieprogramma 'Herstel en Balans' is niet meegenomen, tenzij expliciet vermeld werd dat er ontspanningsoefeningen bij worden aangeboden.

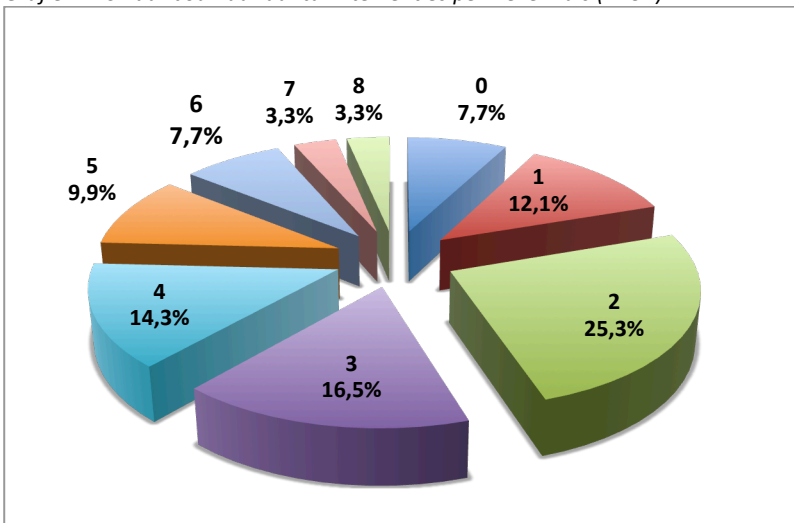
Acupressuur, antroposofische geneeskunde, homeopathie, natuurgeneeskunde en tai chi (of hun varianten) werden niet aangetroffen op de onderzochte websites en zijn daarom niet meegenomen in de hier gepresenteerde resultaten. Voedingsadviezen en -supplementen zijn evenmin geïncludeerd omdat de ziekenhuiswebsites daarover geen eenduidige informatie verstrekken.

### 2.2 Resultaten

#### 2.2.1 Aantal interventies per ziekenhuis

Van de 91 onderzochte ziekenhuizen geven er 84 (92%) aan CZ te gebruiken. Er zijn slechts 7 ziekenhuizen (8%) die geen CZ aanbieden. Het aantal interventies dat per ziekenhuis aangeboden wordt, varieert van 1 (12%) tot 8 (3%). Gemiddeld worden er per ziekenhuis 3-4 interventies toegepast. In totaal gaat het om 286 interventie/ziekenhuis-combinaties.

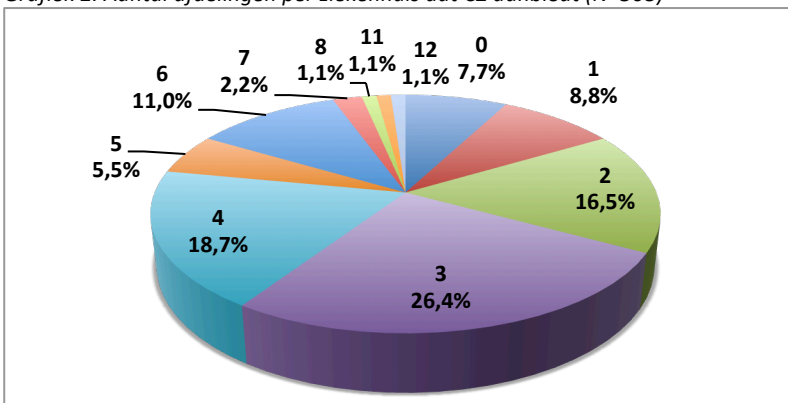
Grafiek 1. CZ-aanbod naar aantal interventies per ziekenhuis (N=91)



### 2.2.2 Aantal afdelingen per ziekenhuis dat CZ aanbiedt

In die 84 ziekenhuizen gaat het in totaal om 308 afdelingen die CZ aanbieden. Per ziekenhuis kan dat verschillen van 1 afdeling (9%) tot 12 afdelingen (1%). Gemiddeld wordt per ziekenhuis op 3-4 afdelingen CZ aangeboden.

Grafiek 2. Aantal afdelingen per ziekenhuis dat CZ aanbiedt (N=308)

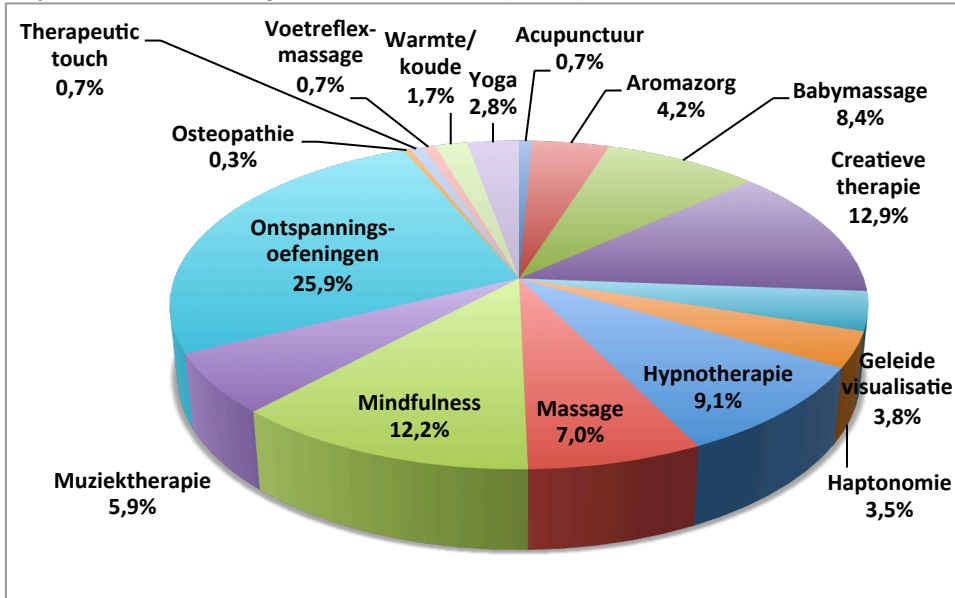


### 2.2.3 Vormen van aangeboden CZ-interventies (N=286)

Als we uitgaan van de interventies per ziekenhuis (N=286), vormen de mind-body interventies (ontspanningsoefeningen, geleide visualisatie, hypnotherapie, mindfulness en yoga) met 54% meer dan de helft van het aanbod. Ontspanningsoefeningen zijn daarvan veruit de meest aangeboden interventie (26%); hypnotherapie is met 9% ook een van de vaker gebruikte interventies, met name bij kinderen. De massagevormen (ontspanningsmassage, babymassage, haptonomie, voetreflexmassage en deels aromazorg) zijn gezamenlijk goed voor 24%.

In 19% van de gevallen wordt gebruik gemaakt van creatieve therapie en muziektherapie. Incidenteel wordt gewerkt met energetische interventies als acupunctuur en therapeutisch touch (beide 1%).

Grafiek 3. Vormen van aangeboden CZ-interventies (N=286)

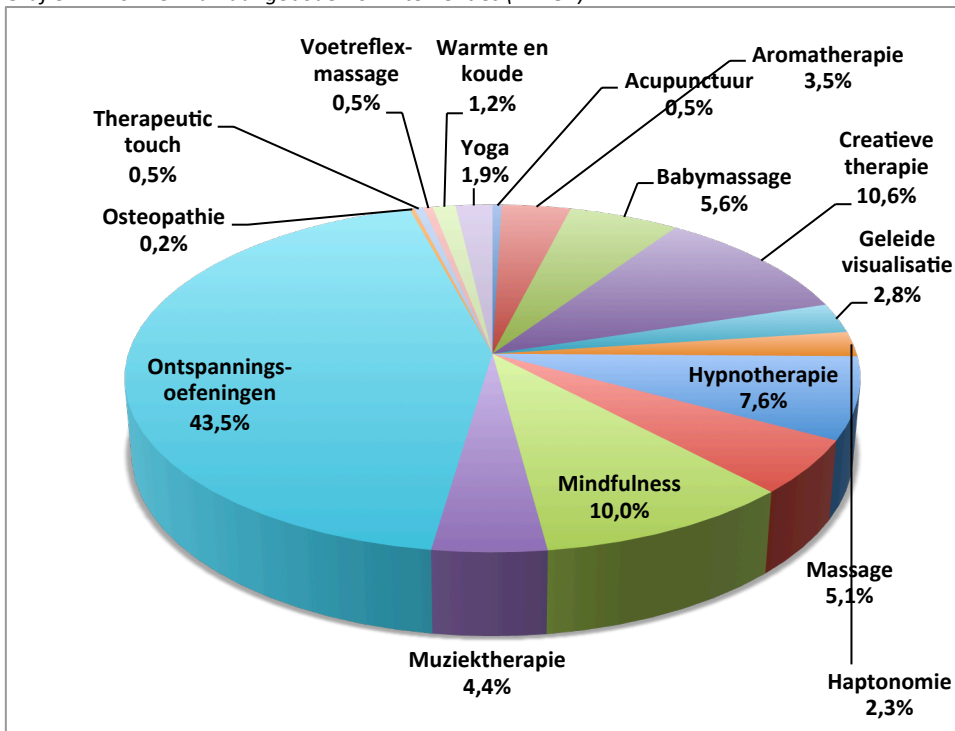


#### 2.2.4 Vormen van aangeboden interventies (N=432)

In feite wordt vaker CZ aangeboden dan uit de vorige grafiek blijkt. Daarin is namelijk niet meegenomen dat meerdere afdelingen binnen een ziekenhuis dezelfde interventie kunnen aanbieden. Als we dat wel meerekenen, zien we dat CZ niet 286 maar 432 keer wordt aangeboden.

Dan blijkt nog duidelijker dat de mind-body interventies (ontspanningsoefeningen, geleide visualisatie, mindfulness, hypnotherapie en yoga) het meest worden aangeboden (64%), met name ontspanningsoefeningen (44%). De massagevormen (ontspanningsmassage, babymassage, haptonomie, voetreflexmassage en deels aromazorg) zijn nu gezamenlijk goed voor 17% van het aanbod. In 15% gaat het om creatieve therapie en muziektherapie. Incidenteel wordt gewerkt met energetische interventies als acupunctuur en therapeutisch touch (samen 1%).

Grafiek 4. Vormen van aangeboden CZ-interventies (N=432)

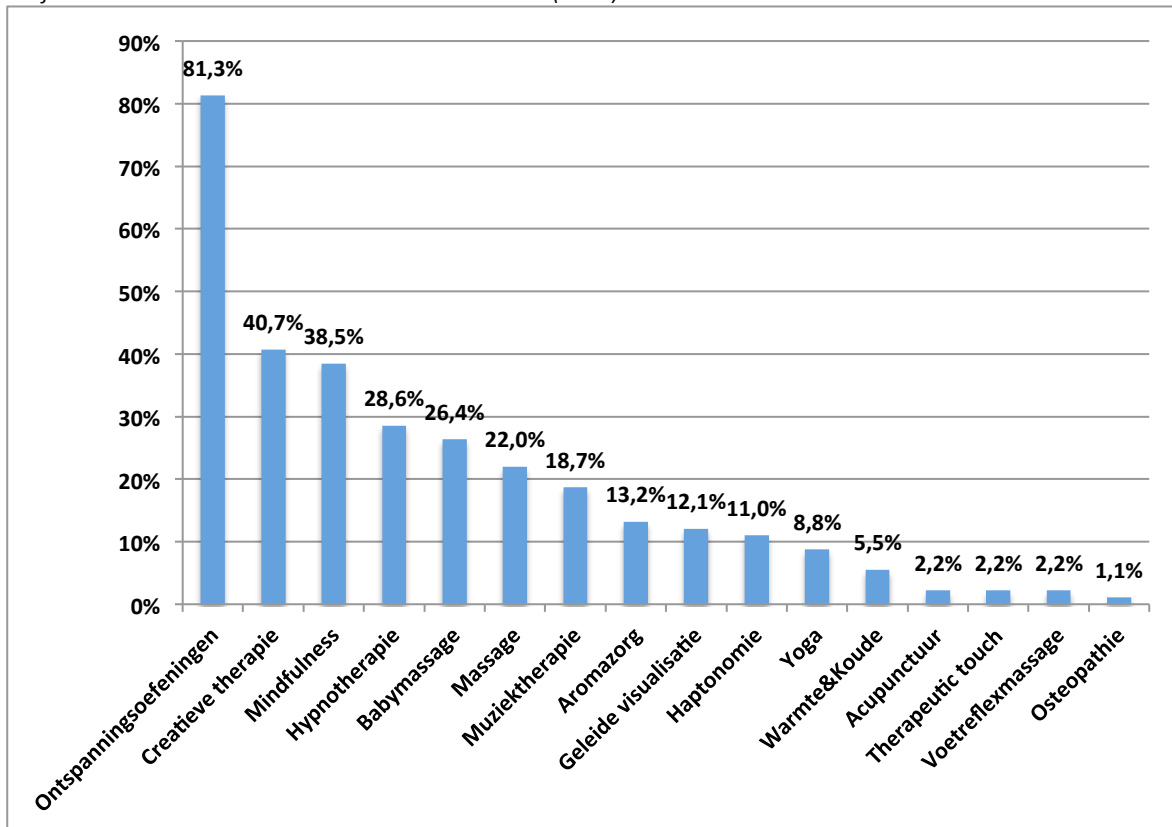




### 2.2.5 Aangeboden CZ-interventies naar aantal ziekenhuizen

Ontspanningsoefeningen zijn veruit de meest populaire interventie. Van alle ziekenhuizen biedt 81% deze interventie aan. Creatieve therapie volgt met een toepassing in 41% van de ziekenhuizen, op de voet gevolgd door mindfulness dat binnen enkele jaren een plek verworven heeft binnen 39% van de ziekenhuizen. En ook hypnotherapie wordt al in meer dan een kwart van de ziekenhuizen aangeboden (29%). Acupunctuur, therapeutisch touch en voetreflexmassage worden nog maar mondjesmaat toegepast in het ziekenhuis, evenals osteopathie. Grotere medische systemen zoals homeopathie en natuurgeneeskunde hebben helemaal geen plek in het ziekenhuis.

Grafiek 5. CZ-interventies naar aantal ziekenhuizen in % (N=91)



### 2.2.6 Top-10 afdelingen die CZ aanbieden

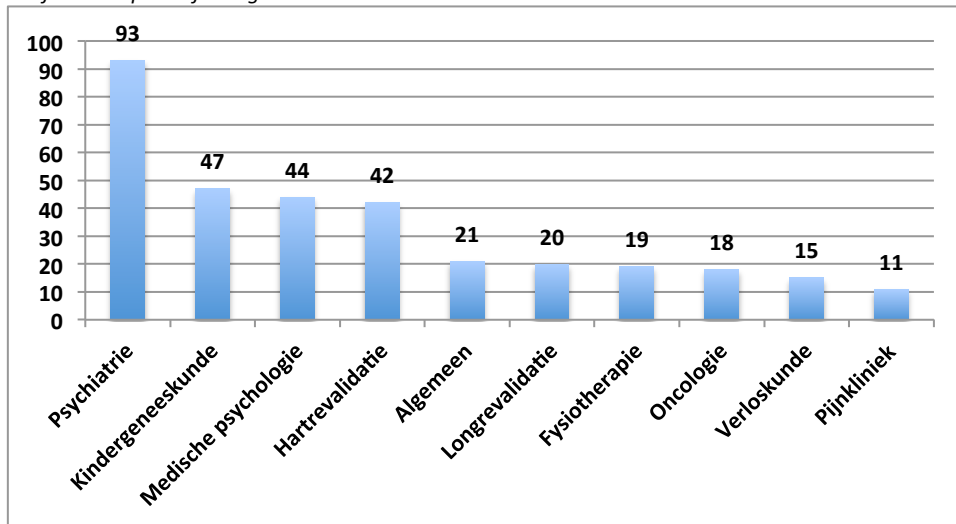
Als we kijken naar de ziekenhuisafdelingen die CZ aanbieden, dan is de afdeling psychiatrie veruit nummer één. Doordat een afdeling meerdere CZ-interventies kan aanbieden, kan het zijn dat het totaal voor psychiatrie (93) hoger is dan het aantal onderzochte ziekenhuizen (91).

Het gebruik van CZ op de afdelingen psychiatrie is gevarieerd met acht verschillende interventies. Het zijn vooral creatieve therapie (38%), mindfulness (24%) en ontspanningsoefeningen (24%), maar ook muziektherapie (8%) wordt regelmatig toegepast. Incidenteel gaat het om yoga (3%), hypnotherapie (2%), therapeutisch touch (1%) en babymassage (voor baby's van opgenomen moeders) (1%).

Dat gevarieerde gebruik zien we ook bij kindergeneeskunde (7 interventies) of medische psychologie (5), terwijl het bijvoorbeeld bij hartrevalidatie alleen om het gebruik van ontspanningsoefeningen gaat.

'Algemeen' verwijst naar de situatie waarbij een ziekenhuis een interventie aanbiedt los van een afdeling, zoals in het Gemini Ziekenhuis in Den Helder, waar vrijwilligers een handmassage bieden aan patiënten op diverse afdelingen.

Grafiek 6. Top-10 afdelingen die CZ aanbieden

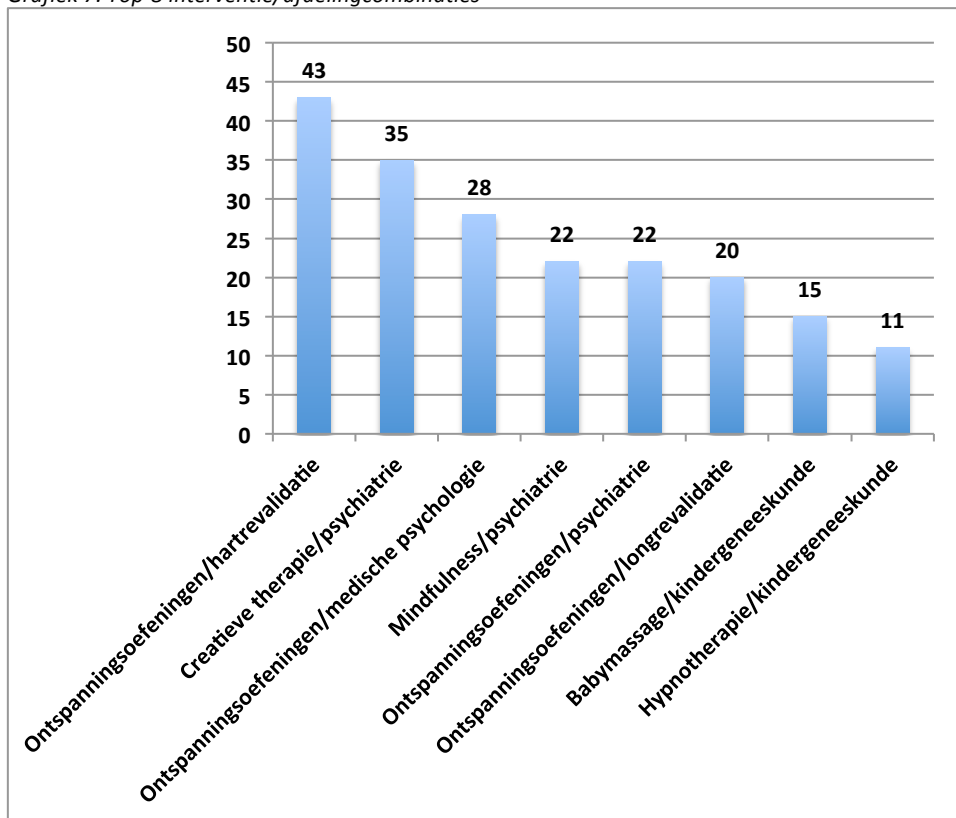


### 2.2.7 Top-8 interventie/afdelingcombinaties

Gemeten naar combinaties van interventies en afdelingen, is er sprake van een duidelijke Top-8. Uiteraard komt psychiatrie daar meerdere keren in voor, namelijk in combinatie met creatieve therapie (35), met mindfulness (22) en met ontspanningsoefeningen (22). De meest voorkomende combinatie is echter die van ontspanningsoefeningen bij hartrevalidatie (43). Ook kindergeneeskunde is goed vertegenwoordigd in combinatie met babymassage (15) en hypnotherapie (11).

Kijken we vanuit het perspectief van de interventies, dan vinden we vooral de ontspanningsoefeningen: niet alleen bij hartrevalidatie en psychiatrie maar ook bij medische psychologie (28) en longrevalidatie (20).

Grafiek 7. Top-8 interventie/afdelingcombinaties

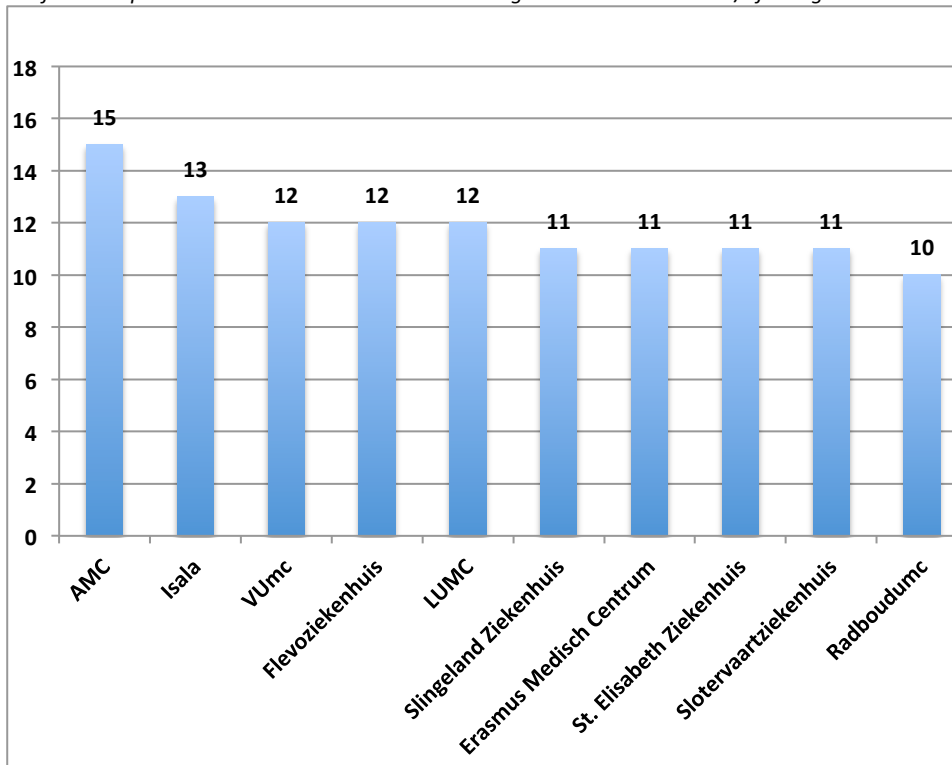


### 2.2.8 Top-10 ziekenhuizen die CZ aanbieden

Om te kunnen bepalen welke ziekenhuizen het meeste CZ aanbieden, is per ziekenhuis gekeken naar het aantal interventie/afdelingcombinaties (N=432). Dan tekent zich een duidelijke Top-10 af, waarin de academische ziekenhuizen met vijf ziekenhuizen sterk vertegenwoordigd zijn.

Overigens zitten alle acht academische ziekenhuizen in de Top-25, als het gaat om de omvang van het aanbod van complementaire zorg.

Grafiek 8. Top-10 ziekenhuizen die CZ aanbieden volgens aantal interventie/afdelingcombinaties



### 2.2.9 Top-10 ziekenhuizen (specificatie)

De ziekenhuizen in de Top-10 bieden gezamenlijk 65 interventies op 71 afdelingen in 118 verschillende combinaties (Tabel 1). Gemiddeld bieden ze dus 12 combinaties aan. In alle 91 ziekenhuizen tezamen gaat het om 432 combinaties, ofwel bijna 5 per ziekenhuis.

Alle tien bieden ontspanningsoefeningen en ook creatieve therapie (8), mindfulness (7) en babymassage (7) worden veel aangetroffen. Opmerkelijk is dat aromazorg met 6 ziekenhuizen in de Top-10 vertegenwoordigd is, terwijl het in alle 91 ziekenhuizen slechts 12 keer wordt aangeboden. Het VUmc is het enige academische ziekenhuis in de Top-10 dat aromazorg biedt.

Opvallend is ook de 5<sup>de</sup> plek van het LUMC in Leiden, terwijl het andere Leidse ziekenhuis, het Diaconessenhuis, 1 van de 7 ziekenhuizen is die volgens de eigen website helemaal geen complementaire zorg bieden.

Tabel 1. CZ-aanbod in de Top-10 ziekenhuizen

Ziekenhuis	Plaats	Aantal interventies	Aantal afdelingen	Aantal interventie/afdeling combinaties	Acupunctuur	Aromazorg	Babymassage	Creatieve therapie	Geleide visualisatie	Haptonomie	Hypnotherapie	Massage	Mindfulness	Muziektherapie	Ontspanningsoefeningen	Osteopathie	Therapeutic touch	Voetreflexmassage	Warmte&Koude	Yoga
<b>TOTAAL</b>		<b>65</b>	<b>71</b>	<b>118</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
1 AMC	Amsterdam	5	12	15			•	•			•	•			•					
2 Isala	Zwolle	6	11	13			•	•		•	•				•					
3 VUmc	Amsterdam	6	7	12		•	•					•	•		•					•
4 Flevoziekenhuis	Almere	8	6	12		•		•	•	•		•	•	•	•					
5 LUMC	Leiden	5	5	12				•	•		•	•	•		•					
6 Slingeland Ziekenhuis	Doetinchem	7	8	11	•	•				•	•	•	•		•					
7 Erasmus Medisch Centrum	Rotterdam	8	6	11		•	•	•			•	•		•	•					•
8 St. Elisabeth Ziekenhuis	Tilburg	7	6	11		•	•	•			•	•	•	•	•					
9 Slotervaartziekenhuis	Amsterdam	8	5	11		•	•	•	•		•			•	•					•
10 Radboudumc	Nijmegen	5	5	10			•	•					•	•	•					•

Zie bijlage 1 voor een overzicht van alle 91 ziekenhuizen.

### 2.2.10 CZ-aanbod van de academische ziekenhuizen

Alle academische ziekenhuizen bieden complementaire zorg, gemiddeld 5-6 interventies, met als uitschieter naar boven het Erasmus MC in Rotterdam (8) en naar beneden het Maastricht UMC+ (4). Gezamenlijk bieden ze 11 verschillende interventies.

Het AMC is koploper als het gaat om het aantal afdelingen dat CZ biedt (12) en het aantal interventie/afdelingcombinaties (15).

Ontspanningsoefeningen is het enige wat ze allemaal bieden, met creatieve therapie als tweede CZ-interventie (7/8) en babymassage en mindfulness als derde (6/8).

Geen enkel academisch ziekenhuis biedt acupunctuur, haptonomie, natuurgeneeskunde, osteopathie, therapeutic touch of voetreflexmassage.

Tabel 2. CZ-aanbod in de academische ziekenhuizen

Ziekenhuis	Plaats	Aantal interventies	Aantal afdelingen	Aantal interventie/afdeling combinaties	Acupunctuur	Aromazorg	Babymassage	Creatieve therapie	Geleide visualisatie	Haptonomie	Hypnotherapie	Massage	Mindfulness	Muziektherapie	Ontspanningsoefeningen	Osteopathie	Therapeutic touch	Voetreflexmassage	Warmte&Koude	Yoga
<b>TOTAAL</b>		<b>44</b>	<b>51</b>	<b>82</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
1 AMC	Amsterdam	5	12	15			•	•			•	•		•						
2 VUmc	Amsterdam	6	7	12			•	•				•	•		•					•
3 LUMC	Leiden	5	5	12				•	•		•	•		•						
4 Erasmus Medisch Centrum	Rotterdam	8	6	11		•	•	•			•	•		•						•
5 Radboudumc	Nijmegen	5	5	10			•	•				•	•	•	•					•
6 UMCG	Groningen	6	6	8		•	•					•	•	•	•					
7 UMC Utrecht	Utrecht	5	6	7			•	•				•	•	•	•					
8 Maastricht UMC+	Maastricht	4	4	7			•	•						•	•					

## 2.3 Discussie

In de periode van 15 juli tot en met 18 september 2014 zijn de websites van 91 Nederlandse ziekenhuizen aan de hand van 22 zoektermen onderzocht op vermelding van het gebruik van complementaire zorginterventies. Er is geïnventariseerd welke ziekenhuizen complementaire zorg aanbieden, op welke afdelingen dit gebeurt en welke interventies het betreft.

Complementaire zorg blijkt te worden aangeboden door 84 van de onderzochte ziekenhuizen (92%).

Daarbij zijn in totaal 308 afdelingen betrokken en per ziekenhuis kan het uiteenlopen van 1 afdeling (9%) tot 12 afdelingen (1%). Gemiddeld wordt per ziekenhuis op 3-4 afdelingen CZ aangeboden. Er zijn in totaal 432 interventie/afdelingcombinaties gevonden, een gemiddelde van bijna 5 per ziekenhuis.

In de ziekenhuizen worden 16 verschillende interventies aangeboden: acupunctuur, aromazorg, babymassage, creatieve therapie, geleide visualisatie, haptonomie, hypnotherapie, massage, mindfulness, muziektherapie, ontspanningsoefeningen, osteopathie, therapeutic touch, voetreflexmassage,

warmte/koude en yoga. Het aanbod per ziekenhuis varieert van 1 interventie (12%) tot 8 interventies (3%). Gemiddeld gaat het om 3-4 interventies. Opmerkelijk is dat de grotere medische systemen zoals de homeopathie en de natuurgeneeskunde helemaal niet gemeld worden.

Ook is het opvallend dat de ziekenhuizen zelf zelden de term complementaire zorg gebruiken. De interventies zijn meestal onder hun specifieke naam terug te vinden en worden niet benoemd als complementaire zorg. Niet duidelijk is of dit om strategische of inhoudelijke redenen is. Het kan ook zijn dat ziekenhuizen deze interventies niet ervaren als complementair.

Het zijn vooral de mind-body interventies (ontspanningsoefeningen, geleide visualisatie, mindfulness, hypnotherapie en yoga) die worden aangeboden, met ontspanningsoefeningen als onbetwiste koploper in 81% van de ziekenhuizen. Kijken we naar de afdelingen, dan steekt psychiatrie (93 interventies) er met kop en schouders boven uit en is het aanbod daar bovendien het meest divers met 8 verschillende interventies. Op ruime afstand volgen kindergeneeskunde (47), medische psychologie (44) en hartrevalidatie (42). De meest aangetroffen combinatie is die van ontspanningsoefeningen bij hartrevalidatie (43 keer).

De mind-body interventies (ontspanningsoefeningen, 43%; geleide visualisatie, 3%; mindfulness, 10%; hypnotherapie, 8%; yoga, 2%) vormen met 64% het merendeel van het aanbod. De massagevormen (ontspanningsmassage, 5%; babymassage, 6%; haptonomie, 2%; voetreflexmassage, 1% en deels aromazorg, 4%) zijn gezamenlijk goed voor 17%. In 15% gaat het om creatieve therapie (11%) en muziektherapie (4%). In slechts twee ziekenhuizen wordt gewerkt met de energetische interventies acupunctuur (1%) en therapeutic touch (1%).

92% van de ziekenhuizen biedt dus complementaire zorg aan. Gemeten naar het aantal interventie/afdelingcombinaties, zitten er 5 academische ziekenhuizen bij de Top-10 (AMC, VUmc, LUMC, Erasmus MC, Radboud UMC) en vinden we alle 8 academische ziekenhuizen terug bij de Top-25. Dit is voor een deel verklaarbaar vanuit de grote diversiteit aan behandelingen in academische ziekenhuizen t.o.v. andere algemene ziekenhuizen. Weliswaar bieden ze allemaal ontspanningsoefeningen, maar feitelijk gaat het om een breed spectrum van 11 interventies: aromazorg, (baby)massage, creatieve therapie, geleide visualisatie, hypnotherapie, mindfulness, muziektherapie, warmte&koude, en yoga. Gemiddeld bieden de UMC's 5-6 interventies, met als uitschieter naar boven het Erasmus MC (8) en naar beneden het Maastricht UMC+ (4).

Een sterk punt van dit deel van de mappingstudie is dat van alle ziekenhuizen de websites onderzocht zijn. Het biedt daarmee een totaalbeeld van het gebruik van complementaire zorg in de Nederlandse ziekenhuizen, zoals gemeld door de ziekenhuizen zelf. Een nadeel van de gehanteerde methode is dat websites geen volledig getrouw beeld van de realiteit geven. Websites verouderen nu eenmaal en daarom hebben we er bijvoorbeeld voor gekozen om webpagina's van vóór 2012 buiten beschouwing te laten. We vermelden daarom ook expliciet de periode waarin de websites geraadpleegd zijn. Uit deel 2 van deze studie, de enquête onder zorgprofessionals, weten we dat een aantal toepassingen van complementaire zorg niet door ziekenhuizen op hun websites vermeld wordt. Het is dus aannemelijk dat de hier gepresenteerde resultaten niet geflatteerd zijn.

De algehele conclusie is dat het gebruik van complementaire zorg binnen de Nederlandse ziekenhuizen wijdverbreid is, zowel binnen de perifere ziekenhuizen als binnen de academische ziekenhuizen. De meest gevonden combinatie is die van ontspanningsoefeningen bij hartrevalidatie. Andere combinaties zijn juist zeldzaam, zoals yoga bij medische psychologie. Het lijkt aannemelijk dat naarmate de positieve ervaringen met CZ toenemen en beschikbaar komen via onderzoek en publicaties, meer initiatieven in andere ziekenhuizen zullen volgen. De trend in de ziekenhuizen lijkt vooralsnog de onmiskenbare belangstelling voor CZ van de patiënt te volgen.

### 3 Deel 2: Kwantitatief onderzoek, enquête onder zorgprofessionals in Nederland

In het tweede deel van deze mappingstudie zijn zorgprofessionals door middel van een vragenlijst gevraagd naar CZ-initiatieven waar zij bij betrokken zijn of die zij kennen binnen een zorginstelling.

#### 3.1 Complementaire zorg en Integrative Medicine experts

Voorafgaand aan het ontwikkelen van de vragenlijst zijn zeven experts om advies gevraagd. In Nederland zijn CZ en Integrative Medicine binnen de reguliere gezondheidszorg nog nauwelijks georganiseerd. Een aantal medisch specialisten heeft zich verenigd in de netwerkorganisatie NIKIM, er zijn enkele beroepsorganisaties voor complementair werkende artsen en therapeuten en verpleegkundigen kunnen zich aansluiten bij de afdeling complementaire zorg en/of antroposofische zorg van de grootste verpleegkundige beroepsorganisatie V&VN. Klinische ervaring met de integratie van complementaire en reguliere zorgvormen is er in de vijftien – meest kleinschalige – antroposofische zorginstellingen en in de GGZ bij het Centrum Integrale Psychiatrie van Lentis. Er is een beperkt aantal aanbieders van scholing in CZ, met name gericht op verpleegkundigen en verzorgenden, en naast het Louis Bolk Instituut en het Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg aan de Hogeschool Leiden zijn er slechts enkele individuele onderzoekers die kennis en expertise hebben op het gebied van onderzoek naar complementaire interventies. Uit deze groepen is het team van experts samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van medisch specialisten, verpleegkundigen, patiënten en onderzoekers.

Zij zijn telefonisch geïnterviewd over de meest kansrijke sectoren in de zorg met betrekking tot complementaire interventies en zijn gevraagd naar belangrijke thema's rond onderzoek en implementatie.

De experts verwachten vooral CZ te vinden in:

- de zorg voor kwetsbare mensen, waar de patiëntcontacten frequenter zijn en langer duren (ouderenzorg, palliatieve zorg, oncologie, gehandicaptenzorg);
- de meer generalistische specialismen waar eerder vanuit een biopsychosociaal model gewerkt wordt (huisartsengeneeskunde, interne geneeskunde, ouderengeneeskunde, kindergeneeskunde);
- de specialismen die zich richten op vrouwen tussen 45-60 jaar (de grootste groep CZ-gebruikers);
- de specialismen waar de relatie arts-patiënt sterk is (kindergeneeskunde, huisartsengeneeskunde, oncologie, palliatieve zorg);
- gespecialiseerde centra, zoals pijnpoli's.

Als meest kansrijke thema's voor onderzoek – bij voorkeur ingebed in een academische setting – zien zij:

- veiligheid,
- pragmatische studies,
- modellen van samenwerking,
- kosteneffectiviteit,
- effectiviteit van mind-body interventies (yoga, mindfulness, etc.),
- aansluiting bij de actuele ontwikkeling van *personalized medicine*.

Met betrekking tot implementatie en integratie noemen zij de volgende aandachtspunten:

- Zet in op goede voorlichting. Het grootste probleem voor CZ is de grote onbekendheid bij zorgprofessionals.
- Actieve betrokkenheid van medisch specialisten is van belang. Privé staan ze soms positief tegenover CZ, binnen hun beroepsuitoefening houden ze zich echter vaak afzijdig. Verpleegkundigen staan er meer open voor, maar voor de implementatie is het noodzakelijk dat er ook voldoende draagvlak is bij artsen.
- Scholing is doorslaggevend voor de professionele kwaliteit van de toepassing van complementaire interventies.
- CZ moet ingebed worden in bestaande structuren (interne opleiding, werkinstructies, als bespreekpunt in MDO's, etc.). Dan kan het eerder aanvullend ingezet worden en is het niet iets 'extra's' of een laatste redmiddel.
- Patiënten kunnen veel actiever betrokken worden. Zij zijn de gebruikers, wat willen zij, wat verwachten zij? Positioneer CZ vanuit de arts-patiënt relatie: 50% van de mensen heeft een chronische aandoening waar medisch niet voldoende antwoord op is. Zoek samen met de patiënt naar andere opties, waaronder CZ.

### 3.2 Materiaal en methoden

Voor dit deel van de mappingstudie is gebruik gemaakt van een online vragenlijst en zijn zorgprofessionals in de periode april t/m september 2014 benaderd met als doel om in kaart te brengen hoe op dit moment in een specifieke groep van Nederlandse zorginstellingen (ziekenhuizen en verpleeghuizen, via snowball sampling aangevuld met hospices, GGZ-instellingen, thuiszorg) complementaire zorg wordt toegepast of hoe in die instellingen naar CZ wordt verwezen. Tevens is onderzocht welke behoefte er bestaat met betrekking tot CZ-beleid en wetenschappelijk onderzoek.

#### 3.2.1 Constructie van de vragenlijst en werving van respondenten

Op basis van de wetenschappelijke literatuur over eerdere mappingstudies naar Integrative Medicine [9, 12], het ZonMw Signalement *Ontwikkeling en implementatie van evidence-based complementaire zorg* [1], gesprekken met zeven experts op het gebied van complementaire zorg en Integrative Medicine en gesprekken binnen de onderzoeksgroep van de huidige studie is een vragenlijst ontwikkeld, die online ingevuld werd.

Bij de werving van respondenten is gestart met het selecteren van gezondheidszorgprofessionals die bekend waren binnen het netwerk van het Van Praag Instituut, het NIKIM, de V&VN Complementaire Zorg, De Levensboom en het Louis Bolk Instituut. Deze groep kreeg de link naar de vragenlijst per e-mail toegestuurd. Aan het eind van de vragenlijst werd gevraagd of de respondent nog een of meer collega's binnen de instelling of binnen een andere instelling kent, die betrokken zijn bij een initiatief rondom complementaire zorg en aan wie de vragenlijst toegestuurd zou kunnen worden.

Via deze sneeuwbal methode, startend bij een bestaand netwerk, is gestreefd om zoveel mogelijk relevante respondenten te werven via de netwerken van de respondenten zelf.

### 3.3 Resultaten

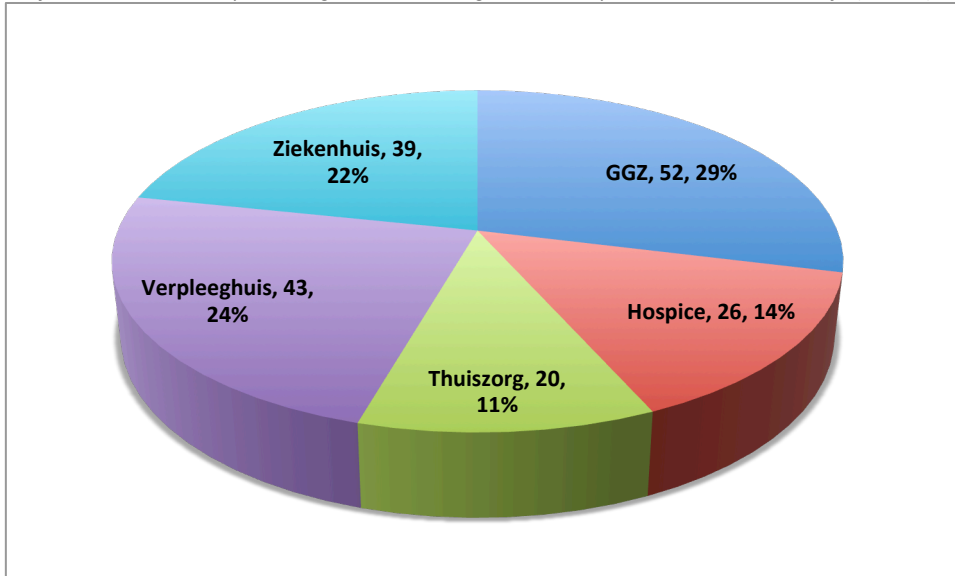
We beschrijven hier steeds de resultaten voor de gehele groep respondenten en in de tabellen zijn vervolgens de resultaten uitgesplitst naar de drie typen instellingen waar de meeste respondenten werken (ziekenhuizen, verpleeghuizen, en GGZ-instellingen). Afsluitend worden enkele resultaten die opvallen bij vergelijking van de typen zorginstellingen kort beschreven.

#### 3.3.1 Demografische gegevens

Aan dit deel van het onderzoek namen in totaal 380 zorgprofessionals deel. Deze groep respondenten bestaat voor het overgrote deel uit vrouwen (85%), met name in de leeftijdscategorieën 36-45 jaar (37%) en 46-55 jaar (26%). Grafiek 9 laat zien dat respondenten werkzaam zijn in 180 verschillende

zorginstellingen: 39 ziekenhuizen, 43 verpleeghuizen, 26 hospices, 52 GGZ-instellingen en 20 thuiszorgorganisaties, waarvan diverse Buurtzorgteams.

Grafiek 9. Aantallen en percentages van instellingen waar respondenten werkzaam zijn (N=180)



Respondenten zijn met name werkzaam in een GGZ-instelling (25%), een ziekenhuis (23%), of een verpleeghuis (13%). Het zijn zowel verpleegkundigen (18%), waarvan het merendeel werkt in het ziekenhuis (36%) en het hospice (35%), als soms medisch specialisten (7%), waarvan de meesten werken in het ziekenhuis (89%). Daarnaast is er een grote restgroep van functies (65%), die bestaat uit bijvoorbeeld teamleider, vaktherapeut, onderzoeker, kwaliteitscoördinator. Deze restgroep is het meest werkzaam in de GGZ (37%).

Respondenten van de GGZ-instellingen zijn met name vaktherapeuten (95%). Respondenten van de ziekenhuizen zijn met name uit de restgroep van diverse functies (39%), verpleegkundigen (28%) en medisch specialisten (27%). Respondenten van de verpleeghuizen komen met name uit de restgroep (64.7%) en activiteitenbegeleiders (20%).

### 3.3.2 Aanbod van en verwijzen naar CZ

Voor de totale groep respondenten is de belangrijkste vorm van CZ die op de afdeling aangeboden wordt of waarnaar verwezen wordt muziektherapie/schildertherapie/creatieve therapie (56%), de zogenaamde vaktherapieën. Andere CZ-vormen die vaak worden toegepast of waar vaak naar verwezen wordt zijn mindfulness/meditatie, massage/voetreflextherapie, visualisatie- en ontspanningsoefeningen, aromazorg/werken met etherische oliën, therapeutic touch en voedingsadviezen (diëten)/voedingssupplementen (Tabel 3).



Tabel 3. Aanbod complementaire zorg

<b>Aanbod complementaire zorg</b>	<b>Totaal*</b>	<b>Ziekenhuis</b>	<b>Verpleeghuis</b>	<b>GGZ-instelling</b>
Muziektherapie, schildertherapie, creatieve therapie	56,3%	30,3%	78,4%	85,4%
Mindfulness, meditatie	36,3%	51,7%	11,8%	64,6%
Massage, voetreflextherapie	33,7%	25,8%	54,9%	6,3%
Visualisatie- /ontspanningsoefeningen	33,7%	36,0%	29,4%	45,8%
Anders, namelijk**	28,4%	16,9%	31,4%	36,5%
Aromazorg, werken met etherische oliën	28,2%	13,5%	60,8%	1,0%
Therapeutic touch	25,3%	23,6%	39,2%	2,1%
Voedingsadviezen (diëten), voedingssupplementen	21,1%	21,3%	25,5%	22,9%
Yoga, Tai Chi	11,1%	10,1%	15,7%	15,6%
Kruiden en/of homeopathische geneesmiddelen	6,6%	3,4%	7,8%	2,1%
Manuele geneeskunde	5,0%	13,5%	0,0%	1,0%
Acupunctuur	4,7%	10,1%	0,0%	1,0%
Hypnotherapie	4,5%	16,9%	0,0%	1,0%
Homeopathie	3,4%	2,2%	0,0%	1,0%
Geen CZ***	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Natuurgeneeskunde	2,9%	2,2%	0,0%	2,1%
Antroposofische geneeswijzen	2,1%	1,1%	0,0%	0,0%
Moermantherapie of Moermandieet	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

\* Het totaal is het gemiddelde percentage van alle instellingen; dus naast de ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen die in de tabel staan, ook de hospices, de thuiszorginstellingen en een restgroep andere zorginstellingen.

\*\* De groep 'Anders, namelijk' omvat therapieën zoals running therapie, psychomotore therapie, etc..

\*\*\* De groep 'Geen CZ' is in totaal 3.2% en wordt dus 'gevuld' vanuit de niet gepresenteerde groepen hospices, thuiszorg en/of de restgroep.

Wanneer we de drie typen instellingen met elkaar vergelijken, vallen enkele dingen op. Muziektherapie/schildertherapie/creatieve therapie – de zogeheten vaktherapieën – vinden we met name in GGZ-instellingen (85%) en verpleeghuizen (78%) en in veel mindere mate in de ziekenhuizen (30%). Mindfulness/meditatie vinden we vooral in GGZ-instellingen (64%) en ziekenhuizen (52%), maar relatief weinig in verpleeghuizen (12%). Aromazorg vinden we juist vooral in de verpleeghuizen (61%), en hypnotherapie (17%), manuele geneeskunde (14%) en acupunctuur (10%) vrijwel alleen in de ziekenhuizen.

Voor de totale groep respondenten geldt dat CZ met name op de afdeling of binnen de instelling toegepast wordt (63%). In mindere mate wordt er binnen de organisatie verwezen of naar externe CZ-beoefenaren (Tabel 4).

Tabel 4. Toepassing intern/extern

<b>Toepassing intern/extern</b>	<b>Totaal</b>	<b>Ziekenhuis</b>	<b>Verpleeghuis</b>	<b>GGZ-instelling</b>
Op afdeling/ binnen instelling	62,8%	59,8%	72,7%	58,9%
Intern verwijzen	13,9%	16,4%	20,9%	16,6%
Extern verwijzen	23,2%	23,8%	6,4%	24,5%

Slechts bij een klein gedeelte (18%) wordt CZ niet of nauwelijks (bij 0-5% van de patiënten) toegepast (Tabel 5).

Tabel 5. Toepassing aantal patiënten

Toepassing aantal patiënten	Totaal	Ziekenhuis	Verpleeghuis	GGZ-instelling
0-5%	18,7%	34,8%	21,6%	8,3%
6-25%	26,3%	28,1%	43,1%	14,6%
26-50%	13,4%	3,4%	17,6%	12,5%
51-75%	11,8%	6,7%	3,9%	19,8%
>75%	16,3%	10,1%	5,9%	29,2%
Weet niet	10,3%	10,1%	5,9%	13,5%

Het zijn vooral niet-artsen en niet-verpleegkundigen (60%) (Tabel 6), zoals klinisch psychologen, orthopedagogen en vaktherapeuten, die CZ toepassen of ernaar verwijzen.

Tabel 6. Toepassing/verwijzing door professional

Toepassing/verwijzing door	Totaal	Ziekenhuis	Verpleeghuis	GGZ-instelling
Arts	26,1%	25,8%	47,1%	27,1%
Verpleegkundige	30,3%	29,2%	35,3%	17,7%
Anders, namelijk:	60,3%	33,7%	62,7%	80,2%
Weet niet	2,6%	2,2%	2,0%	4,2%
Missende antwoorden	21,8%	41,6%	23,5%	10,4%

Wanneer we de drie typen instellingen met elkaar vergelijken, valt ten eerste op dat het verwijsgedrag redelijk vergelijkbaar is. Alleen verpleeghuizen verwijzen nauwelijks naar externe CZ-beoefenaren. In GGZ-instellingen wordt het meest CZ toegepast, gevolgd door verpleeghuizen, met de ziekenhuizen als minst CZ toepassende zorginstelling. Dit is overigens wel het type instelling waar CZ ongeveer evenveel door artsen, verpleegkundigen als door andere professionals wordt toegepast. Dat geldt niet voor het verpleeghuis en de GGZ-instelling, waar juist de grote groep van niet-artsen en niet-verpleegkundigen, zoals klinisch psychologen, orthopedagogen en vaktherapeuten, opvalt.

Indicaties waarvoor CZ wordt toegepast in de totale groep respondenten zijn met name angst, onrust en pijn en in mindere mate slaapproblemen, spanning/stress en vermoeidheid (Tabel 7). Bij de GGZ-instellingen en de verpleeghuizen zijn de percentages voor vrijwel alle indicaties een stuk hoger dan die van de ziekenhuizen.

Tabel 7. Indicaties

Indicaties	Totaal	Ziekenhuis	Verpleeghuis	GGZ-instelling
Angst	71,6%	50,6%	64,7%	85,4%
Onrust	68,4%	44,9%	68,6%	82,3%
Pijn	65,0%	38,2%	76,5%	67,7%
Slaapproblemen	49,5%	33,7%	41,2%	56,3%
Spanning/Stress	47,9%	43,8%	54,9%	32,3%
Vermoeidheid	36,1%	16,9%	33,3%	54,2%
Anders, namelijk:	35,3%	27,0%	23,5%	42,7%

### 3.3.3 Beleid voor CZ

Voor de totale groep respondenten geldt dat zorginstellingen slechts in beperkte mate specifiek CZ-beleid hanteren, bijvoorbeeld vanuit de visie van Integrative Medicine of Planetree (Tabel 8). Andere principes zijn met name: beroepsgroepspecifieke, multidisciplinaire en door de afdeling zelf ontwikkelde richtlijnen of protocollen.

Tabel 8. CZ-beleid

<b>CZ-beleid</b>	<b>Totaal</b>	<b>Ziekenhuis</b>	<b>Verpleeghuis</b>	<b>GGZ-instelling</b>
Integrative Medicine	5,3%	5,6%	3,9%	5,3%
Planetree	4,7%	9,0%	7,8%	3,2%
Andere principes	31,6%	18,0%	21,6%	40,0%
Weet niet	31,6%	20,2%	45,1%	44,2%
Nee	29,2%	50,6%	21,6%	11,6%

De respondenten is ook gevraagd of er in de organisatie iemand speciaal verantwoordelijk is voor complementaire zorg (Tabel 9). In totaal is dat in iets meer dan een derde van de gevallen (38%) zo.

Tabel 9. Iemand belast met CZ-coördinatie

<b>CZ-coördinator</b>	<b>Totaal</b>	<b>Ziekenhuis</b>	<b>Verpleeghuis</b>	<b>Hospice</b>	<b>GGZ-instelling</b>	<b>Thuiszorg</b>
Ja	37,9%	30,3%	29,4%	80,0%	27,1%	54,5%
Nee	39,5%	50,6%	39,2%	20,0%	39,6%	27,3%
Weet niet	22,6%	19,1%	31,4%	0,0%	33,3%	18,2%

In zeer beperkte mate wordt er niet of nauwelijks (bij 0-5% van de patiënten) in de anamnese gevraagd naar eigen CZ-gebruik van patiënten (Tabel 10).

Tabel 10. Gevraagd naar CZ in anamnese

<b>CZ in anamnese</b>	<b>Totaal</b>	<b>Ziekenhuis</b>	<b>Verpleeghuis</b>	<b>GGZ-instelling</b>
Nee, nooit	11,6%	14,6%	25,5%	5,2%
< 5%	16,6%	22,5%	19,6%	10,4%
6-25%	10,0%	13,5%	9,8%	9,4%
26-50%	6,8%	9,0%	3,9%	10,4%
51-75%	7,4%	5,6%	5,9%	9,4%
76-100%	27,9%	19,1%	13,7%	24,0%
NVT	19,7%	15,7%	21,6%	31,3%

In meer dan de helft van alle gevallen (54%) is er in de organisatie patiënteninformatie over CZ (Tabel 11).

Tabel 11. CZ-patiënteninformatie in de organisatie

<b>CZ-patiënteninformatie</b>	<b>Totaal</b>	<b>Ziekenhuis</b>	<b>Verpleeghuis</b>	<b>GGZ-instelling</b>
Ja	53,7%	39,3%	47,1%	65,6%
Nee	32,4%	39,3%	41,2%	20,8%
Weet niet	13,9%	21,3%	11,8%	13,5%

Wanneer we de drie typen instellingen met elkaar vergelijken, valt op dat het gebrek aan specifiek CZ-beleid overal redelijk vergelijkbaar is. Bij de GGZ-instellingen wordt er in de anamnese iets meer naar CZ-gebruik gevraagd en is er vaker patiënteninformatie over CZ aanwezig.

De respondenten is ook gevraagd naar hun behoeften met betrekking tot complementaire zorg. Binnen de zorginstellingen is er vooral behoefte aan wetenschappelijk bewijs (47%), budget (44%), scholing (38%), ondersteuning (37%), richtlijnen/beleid (37%) en implementatie (29%).

### 3.3.4 Behoeftte aan wetenschappelijk onderzoek naar CZ

Meer specifiek geldt voor de totale groep respondenten dat er in eerste instantie behoefte is aan onderzoek naar effectiviteit (36%). Daarnaast is onderzoek naar cliëntervaringen, werkingsmechanismen en kosteneffecten gewenst (Tabel 12).

Tabel 12. Behoeften aan onderzoek

<b>Behoeftte aan onderzoek naar</b>	<b>Totaal</b>	<b>Ziekenhuis</b>	<b>Verpleeghuis</b>	<b>GGZ-instelling</b>
Effectiviteit	36,1%	40,4%	31,4%	52,1%
Cliëntervaringen	25,8%	23,6%	21,6%	40,6%
Werkingsmechanismen	22,1%	16,9%	15,7%	38,5%
Kosteneffecten	20,5%	30,3%	11,8%	25,0%
Implementatie	13,7%	11,2%	19,6%	12,5%
Veiligheid	10,3%	15,7%	7,8%	5,2%
Anders	2,4%	4,5%	3,9%	2,1%

In het algemeen is de behoefte aan wetenschappelijk onderzoek binnen de eigen organisatie redelijk groot (40%).

Meer dan driekwart van de respondenten geeft aan dat wetenschappelijk onderzoek zich dan zou moeten richten op de klachten angst (80%) en spanning/stress (80%), meer dan de helft zou dat willen voor de onrust (70%) en pijn (65%), en in iets mindere mate voor slaapproblemen en vermoeidheid (Tabel 13). In de categorie andere klachten (33%) gaat het vooral om psychiatrische klachten.

Tabel 13. Onderzoeksthema's

<b>Onderzoeksthema's</b>	<b>Totaal</b>	<b>Ziekenhuis</b>	<b>Verpleeghuis</b>	<b>GGZ-instelling</b>
Angst	79,7%	83,1%	84,3%	78,1%
Spanning/stress	79,5%	83,1%	72,5%	78,1%
Onrust	69,5%	62,9%	92,2%	54,2%
Pijn	64,7%	84,3%	62,7%	42,7%
Slaapproblemen	55,5%	61,8%	51,0%	44,8%
Vermoeidheid	51,1%	60,7%	39,2%	37,5%
Anders	32,9%	20,2%	21,6%	37,5%

Wanneer we de drie typen instellingen met elkaar vergelijken, zien we dat de behoefte aan onderzoek naar effectiviteit bij alle drie bovenaan staat en dat er in iets mindere mate vooral ook een gedeelde behoefte is aan onderzoek naar cliëntervaringen, werkingsmechanismen en kosteneffecten (in wisselende volgorde). Ook bij de indicaties waarop het onderzoek zich zou moeten richten zien we bij de drie typen instellingen een redelijk vergelijkbaar beeld.

De doelgroepen waar volgens de respondenten CZ-onderzoek zou moeten plaatsvinden zijn met name de psychiatrie (54%), de ouderenzorg, de palliatieve zorg, de oncologische zorg en de kindergeneeskunde. Vanzelfsprekend zijn deze verschillend geprioriteerd, in aansluiting aan het eigen type zorg dat geboden wordt (Tabel 14).

Tabel 14. Doelgroepen voor onderzoek

Doelgroepen onderzoek	Totaal	Ziekenhuis	Verpleeghuis	GGZ-instelling
Psychiatrie	54,2%	42,7%	37,3%	88,5%
Ouderenzorg	48,9%	46,1%	82,4%	28,1%
Palliatieve zorg	42,6%	46,1%	46,1%	18,8%
Oncologie	36,1%	50,6%	33,3%	19,8%
Kindergeneeskunde	32,6%	44,9%	27,5%	20,8%
Anders	30,3%	30,3%	21,6%	19,8%
Thuiszorg	24,2%	13,5%	27,5%	11,5%
Cardiologie	20,0%	29,2%	17,6%	13,5%
Chirurgie	16,8%	27,0%	15,7%	6,3%

### 3.4 Discussie

In dit onderzoek werd met behulp van de snowball samplingmethode aan 380 met name vrouwelijke medewerkers van 180 verschillende zorginstellingen (39 ziekenhuizen, 43 verpleeghuizen, 26 hospices, 52 GGZ instellingen en 20 thuiszorgorganisaties) een online vragenlijst voorgelegd. In kaart is gebracht hoe op dit moment in een specifieke groep van Nederlandse zorginstellingen complementaire zorg wordt toegepast of hoe in die instellingen naar CZ wordt verwezen. Tevens is onderzocht welke behoefte er bestaat ten aanzien van CZ-beleid en wetenschappelijk onderzoek.

De vormen van CZ die worden toegepast of waarnaar wordt verwezen, zijn met name: muziektherapie/schildertherapie/creatieve therapie, mindfulness/meditatie, massage/voetreflextherapie, visualisatie- en ontspanningsoefeningen, aromazorg, therapeutisch touch, voedingsadviezen (diëten)/voedingssupplementen en yoga/tai chi. De indicaties voor CZ zijn vooral angst, onrust en pijn en in iets mindere mate slaapproblemen, spanning/ stress en vermoeidheid.

Organisaties hanteren slechts in beperkte mate specifiek CZ-beleid. In totaal is er in iets meer dan een derde van de gevallen binnen de organisatie iemand belast met CZ. De behoefte aan wetenschappelijk onderzoek binnen de eigen organisatie is groot. Hierbij is er vooral behoefte aan onderzoek naar effectiviteit, cliëntervaringen, werkingsmechanismen en kosteneffecten. De doelgroepen waar volgens de respondenten CZ-onderzoek zou moeten plaatsvinden zijn met name de psychiatrie, de ouderenzorg, de palliatieve zorg, de oncologische zorg en de kindergeneeskunde. Meer dan driekwart van de respondenten geeft aan dat wetenschappelijk onderzoek zich zou moeten richten op de klachten angst en spanning/stress en meer dan de helft vindt dat wetenschappelijk onderzoek zich zou moeten richten op de klachten onrust, pijn, slaapproblemen en vermoeidheid.

In het verpleeghuis wordt de meeste CZ op de afdeling gegeven en wordt nauwelijks naar externe CZ-beoefenaren verwezen. Dit is logisch gezien de populatie van een verpleeghuis; bewoners zijn zelden in staat om zelfstandig naar een CZ-therapeut te gaan. Ziekenhuizen en GGZ-instellingen ontlopen elkaar niet zoveel als het gaat om de mate waarin CZ op de afdeling wordt toegepast, dan wel extern verwezen wordt. Wel is er een groot verschil in de mate waarin patiënten naar eigen CZ-gebruik gevraagd worden en de beschikbaarheid van patiënteninformatie. Voor beide geldt dat dit in GGZ-instellingen meer gebeurt dan in ziekenhuizen, terwijl er in GGZ-instellingen niet vaker een functionaris belast is met CZ dan in het ziekenhuis.

Een sterk punt van dit deel van de mappingstudie is dat de respondenten uit een brede groep zorginstellingen afkomstig zijn (39 ziekenhuizen, 43 verpleeghuizen, 26 hospices, 52 GGZ-instellingen en 20 thuiszorgorganisaties). Dit draagt bij aan de generaliseerbaarheid van de resultaten. Het maakt bovendien inzichtelijk dat CZ op dit moment al in veel verschillende typen zorginstellingen toegepast wordt. De doelstelling van dit vragenlijstonderzoek was niet om een compleet beeld van toepassing van CZ in Nederland te krijgen op basis van een aselecte steekproef onder medewerkers van alle zorginstellingen, maar om via bestaande netwerken een eerste overzicht te krijgen van wat er binnen Nederlandse zorginstellingen actief aan complementaire zorg geboden wordt.

Het feit dat de doelgroepen waar volgens de respondenten CZ-onderzoek zou moeten plaatsvinden met name de psychiatrie, de ouderenzorg, de palliatieve zorg, de oncologische zorg en de kindergeneeskunde zijn is niet verrassend, gezien de achtergrond van de respondenten en de sectoren waar CZ al enigszins voet aan de grond heeft. Dit sluit ook aan bij de verwachtingen van de Integrative Medicine experts, die vooral de meer generalistische specialismen en de zorg voor kwetsbare patiënten als kansrijk voor complementaire zorg noemen.

De keuze voor deze snowball sampling als wervingsmethode heeft voor- en nadelen. Belangrijkste voordeel is dat op een vrij eenvoudige manier, via bestaande netwerken, een belangrijke groep van CZ-beoefenaren en/of voorschrijvers is bereikt. Een nadeel is dat door het gebruik van de methode sprake is van een duidelijke selectie van respondenten. De onderzoeksgroep betreft voornamelijk professionals die zelf CZ toepassen of daar direct bij betrokken zijn. De resultaten zijn dus representatief voor de groep zorgprofessionals met een naar verwachting positieve(re) houding tegenover CZ en zeggen waarschijnlijk niets over de ideeën, ervaringen en behoeften van de collega-medewerkers van de zorginstellingen die niet aan het onderzoek hebben deelgenomen. De behoeften ten aanzien van onderzoek en implementatie weerspiegelen daarmee vooral de concrete behoeften en ervaringen uit de CZ-praktijk in de instellingen. Een beperking van de gekozen wervingsmethode is ook dat mogelijk niet alle CZ-initiatieven gevonden zijn, omdat de betreffende zorgprofessionals elkaar niet kennen en de vragenlijst dus niet is doorgestuurd naar een bestaand CZ-initiatief.

Een laatste punt betreft het aantal van 380 respondenten. Het is niet duidelijk of dit aantal groot genoeg is om representatief te zijn voor alle Nederlandse zorgmedewerkers die betrokken zijn bij een CZ-initiatief in een van de typen zorginstellingen, omdat mogelijk niet alle CZ-initiatieven bereikt zijn.

Op basis van de resultaten is duidelijk dat er binnen veel Nederlandse zorginstellingen CZ-initiatieven zijn en dat er bij de betrokken medewerkers behoefte is aan ondersteuning bij implementatie en kwaliteitsbeleid ten aanzien van CZ. Daarnaast is er bij veel respondenten behoefte aan onderzoek naar CZ in het algemeen (zoals naar de effectiviteit en patiëntervaringen) en naar onderzoek binnen de eigen afdeling/instelling.

## 4 Deel 3: Kwalitatief onderzoek, focusgroepgesprekken in twee ziekenhuizen en een verpleeghuis

De websites en de resultaten van de vragenlijst geven inzicht in de mate van gebruik van CZ in instellingen en gedeeltelijk in behoeften bij zorgprofessionals met betrekking tot implementatie en onderzoek. In Deel 3 van deze mappingstudie vonden focusgroepgesprekken plaats om meer specifieke informatie te verzamelen over die behoeften in zowel het ziekenhuis als het verpleeghuis.

Er zijn focusgroepgesprekken geweest met vertegenwoordigers van twee ziekenhuizen en van een verpleeghuis; een ziekenhuis en een verpleeghuis waar naar verhouding veel CZ wordt toegepast en een ziekenhuis waar naar verhouding weinig CZ wordt toegepast. De keuze voor deze zorginstellingen is gemaakt op basis van de resultaten uit de vragenlijst. Het bleek niet haalbaar om een focusgroepgesprek te arrangeren met vertegenwoordigers van een verpleeghuis uit de vragenlijst dat weinig CZ aanbiedt. Per instelling vond het gesprek plaats in een focusgroep met in elk geval de volgende professionals: degene die de CZ uitvoert en/of coördineert, medisch specialist(en), verpleegkundige(n), direct leidinggevende (hoofd afdeling/teamhoofd), een (locatie/cluster)manager aangevuld met eventuele andere relevante personen, zoals opleidingsfunctionaris of lid van de Raad van Bestuur. De instelling nodigde op basis hiervan zelf een aantal medewerkers uit deel te nemen aan het focusgroepgesprek. De gesprekken duurden twee uur en vonden plaats op locatie.

Voor alle focusgroepgesprekken hebben dezelfde kernvragen als leidraad gediend (zie bijlage 2). Aan de orde kwamen de ervaren toegevoegde waarde van CZ, de randvoorwaarden en behoeften met betrekking tot (verdere) inbedding van CZ en wensen rond onderzoek. Omdat het verschillende typen locaties betrof en de situaties met betrekking tot complementaire zorg bovendien erg verschilden, zijn niet alle detailvragen overal even uitgebreid aan bod gekomen.

### 4.1 Ziekenhuizen

Beide ziekenhuizen beschikken over een werkgroep rond dit thema, die op verschillende manieren is ontstaan. In het ene ziekenhuis is de werkgroep vanuit de verpleegkundige invalshoek opgestart en in het andere ziekenhuis vanuit een groep geïnteresseerde medisch specialisten. Dit wordt ook gereflecteerd in de namen: *Werkgroep complementaire zorg* en *Werkgroep integrative medicine*.

Tabel 15 toont de succesfactoren en belemmeringen die door de ziekenhuizen worden aangegeven met betrekking tot de implementatie van complementaire zorg.

Tabel 15. Succesfactoren en belemmeringen bij CZ-implementatie in het ziekenhuis

	Succesfactoren	Belemmeringen
<b>Ziekenhuis A ('weinig' CZ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formele werkgroep die verantwoording aflegt aan RvB.</li> <li>• Opgezet vanuit verpleegkundig domein: complementaire interventies consequent als zorg benoemen (aromazorg, massagezorg).</li> <li>• CZ past binnen visie van menslievende zorg.</li> <li>• Soms wordt ook het begrip comfortzorg gebruikt in plaats van CZ. Deze benaming verwijst naar het effect (ontspanning, kwaliteit van leven, comfort).</li> <li>• Gestart met inventarisatie van wat er al in huis is. Vervolgens: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keuze voor interventies die korte scholing vragen</li> <li>• Keuze voor interventies die praktisch haalbaar zijn</li> <li>• Interventies binnen bestaande structuren brengen: interne opleiding, werkinstructies</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RvB eerder kritisch dan inhoudelijk geïnteresseerd.</li> <li>• Medisch specialisten zijn niet betrokken bij de ontwikkeling van CZ.</li> <li>• Leidinggevenden stimuleren de toepassing van CZ niet.</li> <li>• Toepassing van CZ is ongestructureerd, er is geen algemeen beleid.</li> <li>• Onbekendheid van CZ; CZ heeft een 'zweverig' imago.</li> </ul>
	Succesfactoren	Belemmeringen
<b>Ziekenhuis B ('veel' CZ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groep betrokken medisch specialisten, gesteund door RvB.</li> <li>• CZ past binnen visie op zorg vanuit perspectief van gezondheidsbevordering.</li> <li>• Gestart met inventarisatiestudie op de afdeling oncologie: er zijn specifieke en moeilijk te behandelen klachten waarbij CZ van toegevoegde waarde zou kunnen zijn (pijn, moeheid, misselijkheid).</li> <li>• Ook binnen de palliatieve zorg is positieve houding t.o.v. CZ (kwaliteit van leven).</li> <li>• Op de afdeling psychiatrie sterke casus van implementatie van CZ (CZ voor ontspanning en stressreductie).</li> <li>• Breed gedragen behoefte aan CZ-onderzoek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informele werkgroep zonder budget en tijd.</li> <li>• Geen duidelijk beeld van wat er in huis verder al wordt aangeboden en op welke manier.</li> <li>• Gebrek aan kennis over CZ.</li> <li>• Gebrek aan focus.</li> <li>• Kwetsbaarheid van bestaande CZ-initiatieven.</li> </ul>

Bij beide ziekenhuizen wordt complementaire zorg ongestructureerd en gefragmenteerd toegepast, is er geen of beperkt beleid, beschikt men over weinig kennis van CZ en wordt er geen eigen onderzoek gedaan. Toch staat men positief ten opzichte van complementaire zorg en ziet men de potentiële toegevoegde waarde. Bij het ene ziekenhuis vooral vanuit algemeen verpleegkundige doelen, zoals pijn- en angstreductie, kwaliteit van leven en comfort bevorderen en ontspanning. Het is ook prettig voor de verpleegkundige, het maakt deze tot een betere professional en helpt reflecteren op 'zorgen voor jezelf'. Het andere ziekenhuis ziet de toegevoegde waarde daarnaast ook als aanvulling binnen bepaalde specialismen zoals oncologie, psychiatrie en palliatieve zorg waar men de lijdensdruk van patiënten zo min mogelijk verder wil verzwaren met belastende behandelingen. CZ past bij de meer holistische benadering van deze specialismen, die kijken naar de hele mens en meer patiëntgericht zijn. Complementaire zorg is volgens beide ziekenhuizen zorg aandachtvolle zorg, die leidt tot een ander contact met de patiënt.



Om CZ verder succesvol te implementeren moet volgens de twee ziekenhuizen in elk geval aan de volgende behoeften worden voldaan.

Klinische zorg

- Kennis over wetenschappelijk bewijs en praktische toepassing
- Uitbreiding aantal CZ-interventies
- Kennis over CZ in het kader van zelfmanagement
- Gestructureerd CZ aanbieden
- CZ op maat aanbieden

Onderzoek

- Ondersteuning bij de keuze voor onderzoeksthema's en interventies
- Ondersteuning bij de uitvoering van onderzoek
- Medisch én verpleegkundig relevant onderzoek
- Patiëntervaringsonderzoek

Implementatie

- Helder beleid van het ziekenhuis
- Duidelijk standpunt over de professionele verantwoordelijkheid van arts en verpleegkundige m.b.t. de uitvoering van CZ
- Uitwisseling van ervaringen op verschillende afdelingen
- Procesbegeleiding en coördinatie bij de invoering van Integrative Medicine
- CZ inbedden in ruimere visie op zorg: hoe ontwikkel je een Integrative Medicine-visie?
- Verdere inbedding in bestaande structuren: opleiding, werkinstructies, etc.
- Uitwisseling ervaringen met andere ziekenhuizen

**4.2 Verpleeghuis**

Verpleeghuizen maken meestal deel uit van een stichting met meerdere locaties, vaak gericht op verschillende doelgroepen. Een aantal zaken wordt centraal aangestuurd, maar locaties ontwikkelen veelal zelf beleid ten aanzien van hun specifieke doelgroep. Dit betekent dat complementaire zorg niet op elke locatie gegeven zal worden.

Voor wat betreft de implementatie van complementaire zorg tot nu toe geeft het verpleeghuis de volgende succesfactoren en belemmeringen aan.

Tabel 16. Succesfactoren en belemmeringen bij CZ-implementatie in het verpleeghuis

	Succesfactoren	Belemmeringen
<b>Verpleeghuis ('veel' CZ op één locatie)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formele werkgroep die verantwoording aflegt aan locatiemanager.</li> <li>• Enthousiaste en gedreven initiatiefnemer met draagvlak op locatie.</li> <li>• CZ sluit aan bij (nieuwe) zorgvisie.</li> <li>• Duidelijk stappenplan, met kleine stappen.</li> <li>• Veel aandacht voor voorlichting en scholing.</li> <li>• Actieve steun van de artsen op locatie.</li> <li>• Goede rapportage van CZ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kleine werkgroep met drie leden waarvan één extern, beperkt aantal uren beschikbaar.</li> <li>• CZ toepassen kost naar verhouding veel tijd.</li> <li>• Toepassing CZ teveel afhankelijk van personen.</li> <li>• Geen beleid vanuit de stichting.</li> <li>• Niet alle artsen uit het behandelteam zijn positief.</li> <li>• CZ is niet opgenomen in de halfjaarlijkse zorgplan-bespreking (onduidelijke status CZ).</li> <li>• CZ wordt niet geëvalueerd.</li> </ul>

De veranderingen in de financiering van de langdurige zorg vragen om een samenhangend zorgconcept, waarin de onderdelen van het zorgaanbod verantwoord kunnen worden. Het verpleeghuis geeft aan dat complementaire zorg in beginsel goed past bij de visie op zorg voor mensen die langdurig zorgafhankelijk zijn. CZ biedt vooral rust en comfort. Belangrijk is ook de kwaliteit van aandacht en de bejegening. CZ past in de visie dat de patiënt een hele mens is die ook als hele mens benaderd wil worden.

Een discussiepunt is of CZ tevens therapie kan zijn. Het wordt in de praktijk gegeven door zorgverleners en activiteitenbegeleiders, maar wordt soms als therapie ingezet met duidelijke behandeldoelen. Voor de implementatie kan het van belang zijn om het complementaire *behandeling* te noemen, waardoor het de status krijgt die misschien beter past bij hoe het in de praktijk gebruikt wordt.

Om CZ verder succesvol te implementeren zijn volgens het verpleeghuis de volgende behoeften te definiëren:

#### Klinische zorg

- Evaluatie van de toepassing van CZ
- CZ niet als extra, maar eerder in het behandel-/zorgplan inzetten
- Uitbreiding aantal CZ-interventies

#### Onderzoek

- Inventarisatie-onderzoek binnen de gehele organisatie
- Praktijkgericht onderzoek naar toegevoegde waarde CZ
- Implementatie-onderzoek
- Kosteneffectiviteitsonderzoek
- Vergelijking care en cure m.b.t. CZ

#### Implementatie

- Meer uren voor coördinatie en/of andere functieomschrijving
- Betere inbedding (duidelijker status) van complementaire zorg in zorgvisie
- Kennisachterstand bij de diverse disciplines verminderen
- Inventarisatie van CZ stichtingsbreed om algemeen beleid te kunnen ontwikkelen

### 4.3 Discussie

Breed samengestelde focusgroepen uit twee ziekenhuizen en een verpleeghuis waar complementaire zorg wordt toegepast zijn positief over deze vorm van zorg. Zij vinden CZ passen binnen hun zorgvisie, zien goede resultaten bij met name stress, angst, pijn en onrust en vinden dat het de relatie met de patiënt positief beïnvloedt.

Alle CZ-initiatieven zijn ontstaan op 'de werkvloer', zowel vanuit de verpleegkundige als de medische discipline, en vinden op geleide van enkele enthousiaste professionals hun weg op de afdeling en soms verder door de instelling. Meestal worden kennis en ervaring niet met elkaar uitgewisseld vanuit een gemeenschappelijk beleid.

Deze bottom-up ontwikkeling biedt weliswaar een sterke basis voor implementatie als het gaat om betrokkenheid en draagvlak, maar in de focusgroepgesprekken werd duidelijk dat er nu behoefte ontstaat aan meer samenhang, ondersteuning vanuit het hoger management en (externe) begeleiding om complementaire zorg structureel te ontwikkelen en te borgen. Men verwacht dat met name praktijkgericht onderzoek en onderzoek naar patiëntervaringen de implementatie mede kunnen bevorderen.

De kracht van dit deel van de mappingstudie is dat het de nuance van CZ in de praktijk zichtbaar maakt: de afwegingen, de praktische knelpunten, het gebrek aan middelen en tijd, het enthousiasme, het omgaan met weerstanden, de positieve reacties van patiënten. Het maakt ook zichtbaar dat er een positieve houding is tegenover CZ vanuit alle geledingen: van uitvoerend professional tot Raad van Bestuur, wat overigens niet betekent dat er bij anderen geen weerstanden zouden zijn. De zwakte van de

keuze voor een deels door de betrokkenen zelf samengestelde focusgroep is dat juist deze weerstanden niet aan bod komen. Het is dus niet duidelijk hoe groot het draagvlak in de organisaties is voor brede en structurele ontwikkeling van complementaire zorg.

Alle instellingen geven aan zelf onvoldoende kennis en expertise op het gebied van complementaire zorg in huis te hebben. Zij zoeken elk hun eigen weg, omdat er geen centrale bundeling van kennis is, zoals bijvoorbeeld in de Verenigde Staten bij het National Center for Complementary and Alternative Medicine en het Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine of vergelijkbare organisaties in de Scandinavische landen.

## 5 Conclusies en discussie

In deze eerste Nederlandse mappingstudie naar complementaire zorg is geïnventariseerd wat het complementaire zorgaanbod is in Nederlandse zorginstellingen, met name ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen. Informatie is op drie manieren verkregen: via een inventarisatie van websites van 91 ziekenhuizen, via een vragenlijst onder zorgprofessionals en via breed samengestelde focusgroepgesprekken in twee ziekenhuizen en een verpleeghuis.

De belangrijkste resultaten zijn:

1. In een groot aantal zorginstellingen wordt complementaire zorg aangeboden, in elk geval in 92% van de ziekenhuizen, maar ook in GGZ-instellingen, verpleeghuizen en hospices.
2. Het gaat vooral om eenvoudige, vaak op ontspanning gerichte mind-body interventies (mindfulness, ontspannings- en visualisatieoefeningen), muziek- en creatieve therapie, massage en aromazorg. In ziekenhuizen wordt daarnaast ook hypnotherapie en in mindere mate yoga aangeboden, en in verpleeghuizen therapeutic touch.
3. Die interventies worden vooral door eigen medewerkers als verpleegkundigen/verzorgenden, psychologen, vaktherapeuten en in mindere mate artsen toegepast.
4. De belangrijkste indicaties zijn angst, onrust, pijn en slaapproblemen.
5. Complementaire zorg wordt veelal op kleine schaal, ongestructureerd en zonder duidelijk beleid uitgevoerd.
6. Er is behoefte aan onderzoek naar vooral effectiviteit en patiëntervaringen.
7. Er is behoefte aan gebundelde kennis en expertise.

De resultaten ondersteunen de constatering van ZonMw [1] dat complementaire zorg een maatschappelijk gegeven is.

In de voorgaande hoofdstukken is steeds ingegaan op specifieke conclusies per onderzoeksonderdeel. In dit deel bespreken we de resultaten uit de afzonderlijke hoofdstukken in samenhang met elkaar en in een bredere context.

### 5.1 Omvang aanbod complementaire zorg

Dat vrijwel alle ziekenhuizen volgens hun eigen websites twee of meer complementaire interventies aanbieden is een verrassend resultaat. Gecombineerd met de resultaten uit de vragenlijst gebeurt het zelfs nog vaker. Naast de 286 CZ-interventies die op de websites vermeld staan, worden namelijk in elk geval nog 47 keer CZ-interventies toegepast (+16%). Zo meldt het UMC Groningen op de website 6 interventies, maar blijken het er in combinatie met de resultaten uit de vragenlijst 9 te zijn, en worden binnen het Máxima Medisch Centrum in Veldhoven niet 4 maar 7 interventies aangeboden en zijn het er in het Scheper Ziekenhuis in Emmen niet 2 maar 8. De academische ziekenhuizen blijken zelfs gezamenlijk niet 44 interventies aan te bieden maar 55, dus 25% meer.

Deze verschillen doen vermoeden dat niet alle CZ-initiatieven centraal in het ziekenhuis bekend zijn. Dit hangt mogelijk samen met het feit dat volgens de respondenten van de vragenlijst slechts in beperkte mate sprake is van beleid in het ziekenhuis op het gebied van complementaire zorg en er naar verhouding ook niet zo vaak een coördinator complementaire zorg is.

Het kan ook zijn dat ziekenhuizen deze interventies niet ervaren als complementair. Ziekenhuiswebsites benoemen hun CZ-aanbod namelijk meestal niet als complementaire zorg, maar als specifieke interventie 'mindfulness', 'ontspanningsoefeningen', etc.

Niet alleen in het ziekenhuis wordt regelmatig CZ aangeboden. Vooral in de psychiatrie, zowel in het ziekenhuis als in GGZ-instellingen, is er ook een vrij groot CZ-aanbod. Het gebruik van CZ op de afdelingen psychiatrie in de ziekenhuizen is het meest gevarieerd met 8 verschillende interventies. Het zijn vooral creatieve therapie, mindfulness en ontspanningsoefeningen, maar ook muziektherapie wordt regelmatig toegepast. Incidenteel gaat het om yoga, hypnotherapie, therapeutisch touch en babymassage. Binnen GGZ-instellingen worden dezelfde vormen van CZ aangeboden, aangevuld met voedingsadviezen/voedingssupplementen, tai chi en massage/voetreflextherapie. Dat er met name in de psychiatrie relatief vaak complementaire zorg gevonden wordt, kan samenhangen met de aard van het specialisme en mogelijk ook met het bestaan en de landelijke activiteiten van het Centrum voor Integrale Psychiatrie (CIP) van Lentis in Groningen, dat expliciet de visie van Integrative Medicine als leidraad neemt bij zijn zorgaanbod.

In de verpleeghuiszorg is eveneens complementaire zorg te vinden. De belangrijkste vormen van CZ die in verpleeghuizen aangeboden worden, komen gedeeltelijk overeen met het aanbod in ziekenhuizen en GGZ-instellingen, zoals muziektherapie/creatieve therapie, maar hier zijn vooral ook aromazorg/werken met etherische oliën (61%), massage/voetreflextherapie (55%), en therapeutisch touch (39%) goed vertegenwoordigd. Dit kan samenhangen met de wervingsmethode van snowball sampling waarbij ondermeer gebruik is gemaakt van de netwerken van een aantal organisaties die scholing aanbieden, zoals De Levensboom (aromazorg en massage) en het Van Praag Instituut (therapeutisch touch). Het is ook mogelijk dat deze vormen van complementaire zorg meer voorkomen in verpleeghuizen vanwege het type patiënt/bewoner, van wie – zeker in het geval van dementie – minder gerichte cognitieve activiteit verwacht kan worden, zoals bij mindfulness en actieve ontspanningsoefeningen noodzakelijk is. Gezien het grote aantal verpleeghuizen in Nederland (het aantal varieert afhankelijk van de definitie en indeling, maar ligt tussen 350 en 500 [18]) is via de vragenlijst met 43 verpleeghuizen ongeveer 10% bereikt. Niet duidelijk is of er in andere verpleeghuizen geen CZ geboden wordt, of dat snowball sampling als methode niet geschikt is om alle CZ-initiatieven in de verpleeghuiszorg te vinden. Mogelijk hebben zorgprofessionals in verpleeghuizen – met name verzorgenden – minder contact met collega's in andere zorginstellingen en zijn zij minder goed georganiseerd via beroepsorganisaties en andere professionele platforms dan verpleegkundigen en artsen. Zo kwam in het focusgroepgesprek met het verpleeghuis waar relatief veel CZ geboden wordt naar voren dat er weliswaar een werkgroep CZ is – bestaande uit 2 activiteitenbegeleiders en 1 externe deskundige – maar dat deze weinig tot geen zicht heeft op CZ-initiatieven op andere locaties van dezelfde stichting. Het kan ook zijn dat complementaire zorg in het verpleeghuis minder zichtbaar en minder actueel is.

Hoewel hospices niet tot de focussectoren van de mappingstudie behoorden, zijn er via de vragenlijst toch nog 26 bereikt; dat is 21% van het totaal aantal hospices (123 per eind januari 2013, Nationale Atlas Volksgezondheid). In hospices wordt CZ bij relatief veel patiënten toegepast (> 25%: 68.6%) en is er ook het vaakst van alle sectoren binnen de organisatie iemand belast met CZ (80%). Mogelijk hangt dit samen met de kleinschaligheid van een hospice-organisatie, maar vermoedelijk is ook het feit dat vier complementaire zorg interventies opgenomen zijn in de landelijke richtlijnen palliatieve zorg voor zorgprofessionals aanleiding om CZ eerder structureel aan te bieden [19].

## 5.2 Interventies

De belangrijkste CZ-interventies die in de verschillende typen instellingen gegeven worden variëren enigszins, maar zijn toch vooral de mind-body interventies (ontspanningsoefeningen, geleide visualisatie, mindfulness, hypnotherapie) die fysiologisch enigszins te begrijpen zijn vanuit de stressrespons en waarvoor al enige evidence is. Daarnaast gaat het om muziektherapie/creatieve therapie, massage (inclusief babymassage in het ziekenhuis en voetreflex in de GGZ) en therapeutisch touch (met name in verpleeghuizen en ook nog verrassend vaak in ziekenhuizen). De belangrijkste indicaties zijn angst, onrust, pijn en slaapproblemen.

De interventies komen wat de ziekenhuizen betreft grotendeels overeen met internationale resultaten, behalve waar het acupunctuur betreft. In de Verenigde Staten en andere Europese landen is acupunctuur veel meer geïntegreerd in de reguliere zorg [20], terwijl dit in Nederland (nog) maar nauwelijks het geval

is. Een mogelijke verklaring is dat in het buitenland de effectiviteit van medische acupunctuur steeds vaker toegeschreven wordt aan een Westers neurofysiologisch werkingsmechanisme, terwijl dit in Nederland nog grotendeels onbekend is [21].

Voor de interventies die in Nederlandse ziekenhuizen het meest worden toegepast is inmiddels enige evidence te vinden, ook uit Nederlandse studies, zoals bijvoorbeeld bij mindfulness en hypnotherapie. Zo is er aannemelijk bewijs voor de effectiviteit van mindfulness voor het verminderen van angst en depressie bij kankerpatiënten [22] en van hypnotherapie bij functionele buikpijnklachten [23]. Op geleide van kwalitatief goed onderzoek en verkregen bewijs vinden deze complementaire zorginterventies kennelijk dus hun weg in de reguliere zorg, wat weer leidt tot meer onderzoek. Het Radboudumc heeft een eigen Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness dat zich presenteert als het nationaal expertisecentrum voor de toepassing en wetenschappelijke evaluatie van mindfulness-based interventies in de gezondheidszorg en daarbuiten. Onder leiding van het AMC is recent een grote multi-centerstudie afgerond, waarbij 9 ziekenhuizen waren betrokken en waarin kosten en effectiviteit vergeleken werden van individuele hypnotherapie voor kinderen met functionele buikpijn of prikkelbaar darm syndroom ten opzichte van zelfhypnose-oefeningen aan de hand van een CD [24].

Mogelijk is de geleidelijk groeiende bewijslast voor een aantal CZ-interventies ook de reden dat alle academische ziekenhuizen complementaire zorg bieden. Ontspanningsoefeningen is de CZ-interventie die ze allemaal bieden, met creatieve therapie als goede tweede (7/8) en babymassage en mindfulness als derde (6/8). Geen enkel academisch ziekenhuis biedt volgens de eigen websites acupunctuur, antroposofische zorg, haptonomie, natuurgeneeskunde, homeopathie, osteopathie, therapeutisch touch of voetreflexmassage.

Het is opvallend is dat de meer traditionele vormen van complementaire zorg, met name de 'whole medical systems' zoals acupunctuur, homeopathie, antroposofische behandelwijzen en natuurgeneeskunde, nauwelijks terug te vinden zijn binnen zorginstellingen. Uit de vragenlijsten blijkt er één ziekenhuis te zijn dat homeopathie op een afdeling biedt en een ander dat natuurgeneeskunde biedt; beide melden dit niet op de website. Van de vier niet-academische ziekenhuizen waar patiënten gebruik kunnen maken van acupunctuur, melden twee dit op de website.

Externe complementaire beroepsbeoefenaren lijken niet of nauwelijks betrokken bij complementaire zorg binnen instellingen. De complementaire zorginterventies die worden aangeboden, worden voornamelijk toegepast door (eigen) zorgprofessionals als artsen, verpleegkundigen en verzorgenden, vaktherapeuten en psychologen. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat voor de toepassing van ontspanningsoefeningen, mindfulness en bijvoorbeeld massage geen uitgebreide beroepsopleiding nodig is. De interventies – behalve de vaktherapieën – kunnen in bij- en nascholingscursussen worden aangeleerd en binnen een bestaand zorgberoep ingepast worden. Voor een van de geïnterviewde ziekenhuizen was dit ook een expliciet geformuleerd beleidspunt.

Omdat deze complementaire interventies betrekkelijk eenvoudig in te passen zijn en ze effectief lijken, is de soms onbekende en niet-biomedisch te verklaren onderliggende filosofie (zoals principes uit het Tibetaans boeddhisme bij mindfulness) mogelijk geen zwaarwegend argument om het niet aan te bieden. Voor de complementaire hele medische systemen ligt dit waarschijnlijk anders. Acupunctuur, homeopathie en natuurgeneeskunde vragen een volledige beroepsopleiding en worden door artsen/therapeuten als behandelingsmogelijkheid voor vele soorten klachten en aandoeningen aangeboden. Daarmee komen zij (gedeeltelijk) op het terrein van de arts en/of psycholoog en wellicht worden deze complementaire zorginterventies eerder op grond van het onbekende en niet-biomedisch te verklaren werkingsmechanisme afgewezen als niet bewezen effectief.

Dit was overigens niet de reden dat zelfstandig werkende beroepsbeoefenaren in het complementaire veld niet in de studie betrokken zijn. Er zijn naar schatting 400 alternatieve/complementaire behandelwijzen die door ruim 19.000 bij beroepsorganisaties aangesloten professioneel werkzame complementair/alternatief artsen en therapeuten worden toegepast [25]. Zij vormen dus weliswaar een grote groep, die bovendien voor een belangrijk deel de beeldvorming van complementaire zorg bepaalt, maar de mappingstudie betreft uitdrukkelijk CZ-initiatieven binnen zorginstellingen. De vragenlijst laat zien dat er toch nog in iets minder dan een kwart van de gevallen (23,2%) wel extern naar bijvoorbeeld homeopathie, manuele geneeskunde en acupunctuur verwezen wordt. Op welke manier dit gebeurt en of daarbij sprake is van enige vorm van samenwerking is onduidelijk en vereist nader onderzoek.

### 5.3 Implementatie

Het beeld dat uit deel 2 en 3 van deze mappingstudie naar voren komt, is dat er weliswaar relatief vaak complementaire zorg in zorginstellingen wordt aangeboden, maar dat dit gefragmenteerd, kleinschalig en weinig structureel gebeurt. Er lijkt nog weinig sprake van gerichte implementatie. Het implementeren van een nieuwe interventie is een complex proces waarop vele factoren van invloed zijn, zelfs als deze al volledig evidence-based is. Het gaat niet alleen om de invoering op zich, maar ook om een specifieke aanpak, het implementatieproces. Er wordt met betrekking tot CZ kennelijk nog weinig gewerkt vanuit een samengesteld pakket aan activiteiten dat gericht is op het in de praktijk brengen van complementaire interventies in de bestaande structuur. Een dergelijk implementatieproces is iets wat volgens onderzoekers noodzakelijk is om tot effectieve implementatie te komen [26]. Van een goed geïmplementeerde interventie kan vervolgens de effectiviteit verdubbelen [27].

Dat dit voor de invoering van complementaire zorg zeker (nog) niet geldt, blijkt uit een aantal concrete zaken:

1. Men is intern in instellingen niet op de hoogte van alle CZ-initiatieven. Er is nauwelijks beleid ten aanzien van complementaire zorg vanuit een specifieke visie, zoals Integrative Medicine of Planetree.
2. In de ziekenhuizen is er slechts in iets meer dan een kwart van de gevallen binnen de organisatie iemand verantwoordelijk voor CZ, terwijl wel vrijwel alle ziekenhuizen CZ aanbieden. Hospices (80%) en thuiszorg (55%) hebben veel vaker een coördinator complementaire zorg.
3. In verpleeghuizen wordt CZ vooral veel op de afdelingen toegepast, maar ook hier is naar verhouding niet zo vaak iemand specifiek voor CZ verantwoordelijk. Dit kan betekenen dat het al goed geïntegreerd is en coördinatie niet nodig geacht wordt, of dat CZ juist weinig structureel gegeven wordt, zonder duidelijk beleid en kwaliteit. De behoefte bij zorgprofessionals uit deze sector aan ondersteuning (55%), scholing (53%), budget (49%), implementatiemethoden (49%) en richtlijnen/beleid (45%) doet het laatste vermoeden.
4. In lang niet alle gevallen wordt patiënten gevraagd naar hun eigen gebruik van CZ, terwijl verwacht mag worden dat velen van hen een complementair arts/therapeut bezoeken of complementaire zelfzorg toepassen. Dit eigen CZ-gebruik kan relevant zijn in het kader van zelfmanagement en betrokkenheid bij gezondheidsbevordering. Hospices en GGZ-instellingen vragen overigens het meest in de anamnese naar eigen CZ gebruik van patiënten, wat kan samenhangen met het feit dat er in deze sectoren ook meer coördinatoren complementaire zorg te vinden zijn. In ziekenhuizen en verpleeghuizen wordt het minst naar eigen CZ-gebruik van patiënten gevraagd.
5. Ziekenhuizen bieden de minste patiënteninformatie over CZ volgens de eigen zorgprofessionals, terwijl vrijwel elk ziekenhuis wel (patiënten)informatie over CZ geeft op zijn website. Ook hier zal waarschijnlijk sprake zijn van gebrek aan interne afstemming. De focusgroepgesprekken bevestigen dit beeld. De toepassing van CZ is afhankelijk van individuele inzet, ook in het ziekenhuis dat al werkinstructies rond CZ heeft opgenomen. In het verpleeghuis is wel meer beleid, maar ook daar is de toepassing erg persoonsafhankelijk, is het niet ingebed in het behandelbeleid en beperkt het zich tot één locatie.

Duidelijk beleid ontbreekt dus; doelen, middelen en een tijdspad lijken niet helder en zeker niet in onderlinge samenhang beschreven te zijn. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat een CZ-initiatief vaak vanaf de werkvloer komt. In zowel de ziekenhuizen als het verpleeghuis uit de focusgroepgesprekken is CZ begonnen met een of een paar enthousiaste zorgprofessionals, die met beperkte middelen en bij een beperkte groep patiënten/bewoners met de CZ-interventie van hun eigen keuze starten.

Een andere reden kan zijn dat complementaire zorg met name in de ziekenhuizen ook op interne en externe weerstand stuit vanwege (vermeend) gebrek aan wetenschappelijk bewijs, een op negatieve incidenten gebaseerd beeld van het geheel aan complementaire interventies en de soms onbekende werkingsmechanismen. Beide geïnterviewde ziekenhuizen geven aan dat ze zoeken naar een passende omschrijving van en visie op dit type zorginterventies en dat zij nadenken over de juiste strategie. In alle gevallen is de behoefte aan ondersteuning bij structurele inbedding groot.

Een uitzondering in Nederland is het Centrum voor Integrale Psychiatrie (CIP) van Lentis in Groningen. Vanuit de kernwaarden van een individuele behandeling, patiëntenvoorkeuren en veiligheid, is er een duidelijk protocol ontwikkeld onder welke condities complementaire zorg, als aanvulling op de reguliere zorg, kan worden toegepast [28]. Het kan de moeite waard zijn de leerervaring van het CIP te evalueren en te vertalen naar aanbevelingen voor beleid in andere sectoren.

Dat geldt ook voor de ervaringen van antroposofische zorginstellingen en de expertise van het Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg van de Hogeschool Leiden. Door middel van praktijkgericht onderzoek bouwt men bij het lectoraat aan kennis rond praktijkproblemen op het gebied van effectiviteit en veiligheid, optimale kwaliteit en communicatie [29].

#### 5.4 Wetenschappelijk Onderzoek

Om patiënten de best mogelijke zorg te kunnen bieden is het van belang te weten of interventies effectief zijn. Evidence Based Practice is het principe waarmee keuzes in de zorg aan patiënten zoveel mogelijk op de meest recente inzichten uit onderzoek gebaseerd worden, in combinatie met eigen ervaring en de voorkeuren van de patiënt. Voor complementaire interventies geldt hetzelfde principe. ZonMw beveelt daarom ook aan om te investeren in goed onderzoek, niet als doel op zich, maar om inzicht te krijgen in de bewijsvoering voor complementaire zorg. Wetenschappelijk bewijs dat voor de verantwoordelijke stakeholders (patiënten, professionals, beleidsmakers, financiers etc.) relevant is om de positie en waarde te kunnen bepalen van complementaire zorginterventies bij het verbeteren van de (eigen) gezondheid en zorg [1, blz.7].

De bewijsvoering en kennislacunes voor veel toegepaste complementaire zorginterventies zouden eerst goed in kaart moeten worden gebracht. Literatuuronderzoek naar reeds gepubliceerde systematische reviews of meta-analyses, of het opzetten van nieuwe systematische reviews en meta-analyses is dan de eerste stap.

##### 5.4.1 Effectiviteit

Uit de vragenlijst onder zorgprofessionals blijkt dat ook bij hen de behoefte aan onderzoek naar complementaire zorginterventies groot is. Vooral ondervraagden uit de GGZ zien de noodzaak voor onderzoek binnen hun eigen organisatie (57%), maar ook een substantieel deel van de ondervraagden bij ziekenhuizen (43%) en verpleeghuizen (41%) vindt dit belangrijk. Onderzoek naar de effectiviteit, patiëntervaringen, werkingsmechanismen en kosteneffectiviteit van complementaire zorginterventies worden door de ondervraagden geprioriteerd. Deze prioritering is in overeenstemming met de aanbevelingen van CAMbrella [30], dat daarbij de nuancering aanbrengt dat effectiviteitsonderzoek zich vooral zou moeten richten op pragmatisch vergelijkend onderzoek, waarin de werkzaamheid van een bepaalde complementaire zorginterventie wordt getoetst in vergelijking met de standaard, gebruikelijke zorg.

Onderzoek naar de effectiviteit van een aantal veelgebruikte CZ-interventies vindt in Nederland beperkt plaats: o.a. ontspanningsoefeningen voor overgangsklachten bij borstkanker [31], mindfulness bij terugkerende depressie en bij long- en borstkanker [32], hypnose en meditatie bij hoofdpijn [33], en yoga voor vermoeidheidsklachten bij borstkanker [34]. Zo blijkt uit vergelijkend onderzoek in Nederland dat hypnotherapie bij functionele buikpijnklachten effectiever is dan standaardzorg [23, 35], maar geleide visualisatieoefeningen bij pijn na operatie niet [36]. Er is nog weinig tot geen Nederlands onderzoek naar het effect van massage en therapeutic touch, CZ-interventies die naar verhouding ook vaak worden toegepast. Verder zijn er goede eerste aanwijzingen dat complementaire zorginterventies kostenbesparingen kunnen opleveren, althans wanneer deze door huisartsen worden aangeboden [37, 38].

Het bescheiden Nederlandse effectiviteitsonderzoek naar complementaire interventies wordt zowel in academische centra als daarbuiten gedaan en betreft op zichzelf staande studies. Er is geen centraal (kennis)instituut dat de resultaten bundelt en breed beschikbaar maakt.

##### 5.4.2 Patiëntervaringen

De deelnemers aan de focusgroepgesprekken in de twee ziekenhuizen geven vooral prioriteit aan onderzoek naar patiëntervaringen: hoe ervaren patiënten (het effect van) de behandeling vanuit hun



perspectief met betrekking tot gezondheid, kwaliteit van leven en functioneren? Zij achten het belangrijk om te onderzoeken of patiënten tevreden zijn met de aangeboden complementaire zorginterventies, wat ze er belangrijk aan vinden en wat hun waarnemingen en belevingen ervan zijn. Een dergelijke evaluatie zou goed aansluiten bij het meer holistische karakter van complementaire interventies en bij internationale ontwikkelingen op het gebied van Integrative Medicine onderzoek [39]. In toekomstige proeftuinen waarin standaardzorg gecombineerd wordt met complementaire zorg kunnen patiëntenervaringen geëvalueerd worden aan de hand van patient-centered outcome [40]. Daarnaast wordt voornamelijk door vertegenwoordigers van de GGZ en verpleeghuizen nog de noodzaak voor onderzoek naar de implementatie van complementaire zorg genoemd. Het is opvallend dat onderzoek naar de veiligheid van complementaire zorginterventies niet hoog geprioriteerd wordt door de respondenten in deze mappingstudie, terwijl de complementaire zorg experts dit juist wel belangrijk vinden. Dit zou verklaard kunnen worden door de observatie uit eerder onderzoek dat zorgprofessionals over het algemeen van mening zijn dat complementaire zorginterventies veilig zijn en weinig tot geen bijwerkingen hebben [41].

### 5.4.3 Onderzoeksthema's

De sectoren waar volgens de ondervraagden in deze mappingstudie onderzoek zou moeten plaatsvinden zijn vooral psychiatrie, ouderenzorg, palliatieve zorg, oncologische zorg en kindergeneeskunde en dan vooral bij klachten zoals angst, spanning, stress, pijn en vermoeidheid. Dit zijn ook de meest genoemde indicaties voor complementaire zorg. Opvallend is dat het met name klachten en symptomen betreft die niet per se ziektespecifiek zijn en met name de kwaliteit van leven in grote mate beïnvloeden. Deze aandachtsgebieden zijn in lijn met de reeds bestaande Integrative Medicine programma's in de Verenigde Staten waar o.a. behandeling van pijn en chronische vermoeidheid centraal staan [39]. De meest recente enquête over CZ-aanbod onder alle Amerikaanse ziekenhuizen laat ook zien dat 65% van de ziekenhuizen die CZ aanbieden dat doet in het kader van pijnmanagement [20]. De Amerikaanse Joint Commission neemt per 1 januari 2015 ook (non-farmacologische) complementaire behandelopties op in de herziene richtlijn pijn, omdat zij de bestaande evidence daarvoor al voldoende acht [42].

De behoefte aan onderzoek naar complementaire zorg is groot, maar er wordt nog nauwelijks onderzoek gedaan. Behalve aan budget ontbreekt het vooral aan kennis, expertise en bundeling daarvan. De deelnemers aan de focusgroepgesprekken geven allen aan dat zij behoefte hebben aan procesbegeleiding en coördinatie bij de invoering van complementaire zorg en aan ondersteuning bij praktijkgericht onderzoek. In Nederland ontbreekt daarvoor een infrastructuur. In landen zoals de Verenigde Staten en Noorwegen bestaan nationale centra of consortia zoals NCCAM, CAHCIM en NAFKAM die onderzoek, opleiding en klinische zorg op het gebied van complementaire zorg ontwikkelen en ondersteunen. Ook zijn er diverse leerstoelen in complementaire zorginterventies aan universiteiten in de Verenigde Staten en Europa (o.a. Bern, Duisburg-Essen, Londen, South Hampton, Stockholm en Zürich) die praktijkgericht onderzoek initiëren en ondersteunen. In Nederland bestaat er geen nationaal kenniscentrum complementaire zorg of een leerstoel complementaire zorg. Wel is er sinds 2007 het Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg aan de Hogeschool Leiden.

## 6 Aanbevelingen

Uit de resultaten van deze eerste Nederlandse mappingstudie volgen aanbevelingen die tegemoetkomen aan de behoeften van zorgprofessionals om complementaire zorg in reguliere zorginstellingen verder te ontwikkelen, te implementeren en te onderzoeken.

### 6.1 Aanbevelingen voor de klinische zorgpraktijk

- Stimuleer en ondersteun de ontwikkeling van een gezamenlijke visie binnen zorginstellingen over hoe CZ kan bijdragen aan gezondheidsbevordering en welbevinden van de patiënt, aan te vullen met beleid over welke specifieke patiëntengroepen baat kunnen hebben bij CZ. Sluit aan bij behoeften van patiënten.
- Inventariseer in hoeverre het bestaande CZ-aanbod in een instelling aansluit bij de behoeften en verwachtingen van patiënten en evalueer de kwaliteit van de toepassing en de resultaten. Genereer ook een duidelijk overzicht van het CZ-aanbod binnen de instelling.
- Regel de coördinatie rond complementaire zorg centraal in de organisatie om fragmentatie tegen te gaan.
- Vertaal het beleid en het aanbod naar goede patiënteninformatie.
- Verzorg bij- en nascholing om de kwaliteit van het huidige aanbod CZ te behouden, c.q. te vergroten.

### 6.2 Aanbevelingen voor implementatie

- Ontwikkel een aantal proeftuinen voor Integrative Medicine binnen zorginstellingen in Nederland: wat werkt wel en niet in de praktijk? Betrek daarbij expliciet het patiëntenperspectief (patient-centered outcome studies). Start met proeftuinen in bijvoorbeeld de psychiatrie (maak daarbij gebruik van de ervaringen van het CIP van Lentis), kindergeneeskunde, oncologie, ouderenzorg en palliatieve zorg; deze lijken het meest kansrijk.

### 6.3 Aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek

- Evalueer bovengenoemde proeftuinen op het niveau van het gehele systeem en de gezondheidsbevordering van de patiënt.
- Verricht systematisch literatuuronderzoek om bewijsvoering en kennislacunes voor veelbelovende en veelgebruikte complementaire zorginterventies in kaart te brengen.
- Prioriteer vervolgens pragmatisch vergelijkend en kosten-effectiviteitsonderzoek naar veel toegepaste complementaire zorginterventies en onderzoek dan vooral de effectiviteit bij klachten als angst, depressie, pijn, en vermoeidheid; de klachten waarvoor CZ met name wordt ingezet.
- Onderzoek de ervaringen die patiënten met complementaire zorginterventies hebben (patient-centered outcome studies): wat vinden zij van de kwaliteit van CZ en wat vinden zij dat complementaire zorg toevoegt?

#### 6.4 Aanbevelingen voor beleid ten aanzien van complementaire zorg

- Richt in navolging van de Verenigde Staten een consortium voor Integrative Medicine (IM) op waar zorg- en kennisinstellingen zich bij aan kunnen sluiten. Een dergelijk consortium kan een onderzoeksprogrammalijs ontwikkelen en kan onderzoeken en resultaten met elkaar verbinden opdat 'op zichzelf staand' onderzoek naar een enkele complementaire zorginterventie wordt vermeden.
- Het IM-consortium ondersteunt de aangesloten zorginstellingen bij visieontwikkeling en beleid over het nut en aanbod van complementaire zorginterventies.
- Als vervolg op de huidige mappingstudie, kan het IM-consortium o.a. verder in kaart (laten) brengen:
  - Naar welke CZ-behandelaren door reguliere zorgprofessionals verwezen wordt. Op basis waarvan gebeurt dit? Is er sprake van samenwerking, in welke vorm?
  - Hoe komt de keuze voor specifieke CZ-interventies tot stand? Op grond van bewijsvoering, niet-invasief (veilig), zelfzorg/curatief? Voor welke klachten en hoe worden ze vervolgens geëvalueerd?
  - Onderzoek nader of het regelmatige CZ-gebruik in de verpleeghuizen representatief is voor de gehele sector.

## 7 Literatuur

- [1] ZonMw. *Signalement ontwikkeling en implementatie van evidence-based complementaire zorg*. 2014.
- [2] Vlioger AM, van de Putte EM, Hoeksma H. Het gebruik van complementaire en alternatieve geneeswijzen door kinderen op een polikliniek voor kindergeneeskunde en de redenen van ouders daarvoor. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2006 Mar 18;150(11):625-30.
- [3] Hoenders R, Appelo M, Milders F. Complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAG) en psychiatrie. *GGzet Wetenschappelijk*. 2004;8(2):1-23.
- [4] Singendonk M, Kaspers GJ, Naafs-Wilstra M, Meeteren AS, Loeffen J, Vlioger A. High prevalence of complementary and alternative medicine use in the Dutch pediatric oncology population: a multicenter survey. *Eur J Pediatr*. 2013 Jan;172(1):31-7.
- [5] Jong MC, van de Vijver L, Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R. Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want? *Patient Educ Couns*. 2012 Dec; 89(3):417-22.
- [6] Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ*. 2011 Jul 26;343:d4163.
- [7] Gezamenlijke CAM-artsenverenigingen. *Introductiedossier complementaire en alternatieve geneeskunde*. 2007.
- [8] NCCAM. (<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>). Dec 1;2014.
- [9] Horrigan B, Lewis S, Abrams D, Pechura C. *Integrative medicine in America: How integrative medicine is being practiced in clinical centers across the United States*. The Bravewell Collaborative. 2012.
- [10] Van den Beuken J, Snijders M, Winder T, Koning G. Planetree overbrugt sturingsparadox. *Kwaliteit in beeld*. 2007;17(5):16-18.
- [11] Von Rosenstiel I, Schats W, Bongers K, Jong MC. Integrative paediatrics: a Dutch experience. *Focus Altern Complement Ther*. 2011 16;1:22-27.
- [12] Jong MC, Hofstede AM, Schats W, Meijer JEM, Koolen R, von Rosenstiel IA. Attitudes towards integrative medicine among healthcare professionals in the Netherlands. *Eur J Integr Med*. 2011 Sep 1;3(3):e209-e217.
- [13] Van Vliet M, Jong M, Busch M, Meijer J, von Rosenstiel IA, Jong MC. Attitudes, beliefs and practices of integrative medicine among nurses in the Netherlands. *J Holist Nurs*. 2014 Oct 28.
- [14] Overzicht vergoedingen vaktherapie 2014. ([http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/downloads\\_openbaar/2014-01-01\\_overzicht\\_vergoedingen\\_zorgverzekeraars.pdf](http://www.vaktherapie.nl/userfiles/files/downloads_openbaar/2014-01-01_overzicht_vergoedingen_zorgverzekeraars.pdf)).
- [15] World Health Organization. *WHO traditional medicine strategy 2014-2023*. 2013.
- [16] Von Ammon K, Frei-Erb M, Cardini F, Daig U, Dragan S, Hegyi G, Roberti di Sarsina P, Sørensen J, Lewith G. Complementary and alternative medicine provision in Europe--first results approaching reality in an unclear field of practices. *Forsch Komplementmed*. 2012;19 Suppl 2:37-43.
- [17] The Bravewell Collaborative. *Mapping the field*. 2001-2006. ([http://www.bravewell.org/current\\_projects/mapping\\_field/mapping\\_the\\_field/](http://www.bravewell.org/current_projects/mapping_field/mapping_the_field/))
- [18] Hamers JPH. *De intramurale ouderenzorg: nieuwe leiders, nieuwe kennis, nieuwe kansen*. Achtergrondstudie geschreven op verzoek van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Universiteit Maastricht. 2011.
- [19] Oncoline 2010. Complementaire zorg in richtlijnen oncologische zorg. (<http://www.oncoline.nl/complementaire-zorg>)
- [20] Ananth S. *Complementary and alternative medicine survey of hospitals*. Samuelli Institute. 2010.
- [21] Price S, Long AF, Godfrey M, Thomas KJ. Getting inside acupuncture trials--exploring intervention theory and rationale. *BMC Complement Altern Med*. 2011 Mar 17;11:22.

- [22] Cramer H, Lauche R, Paul A, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer-a systematic review and meta-analysis. *Curr Oncol*. 2012 Oct;19(5):e343-52.
- [23] Vlieger AM, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SC, Tromp E, Benninga MA. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2007 Nov;133(5):1430-6.
- [24] Rutten JM, Vlieger AM, Frankenhuis C, George EK, Groeneweg M, Norbruis OF, Tjon a Ten W, Van Wering H, Dijkgraaf MG, Merkus MP, Benninga MA. Gut-directed hypnotherapy in children with irritable bowel syndrome or functional abdominal pain (syndrome): a randomized controlled trial on self exercises at home using CD versus individual therapy by qualified therapists. *BMC Pediatr*. 2014 Jun 4;14:140.
- [25] Van Dijk P. Omvang alternatieve geneeswijzen in Nederland. In: *TIG Jaarboek 2005-2006*, 13-22.
- [26] Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation research: a synthesis of the literature*. University of South Florida, The National Implementation Research Network. 2005.
- [27] Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*. 2008 Jun;41(3-4):327-50.
- [28] Hoenders HJ, Appelo MT, van den Brink EH, Hartogs BM, de Jong JT. The Dutch complementary and alternative medicine (CAM) protocol: to ensure the safe and effective use of complementary and alternative medicine within Dutch mental health care. *J Altern Complement Med*. 2011 Dec;17(12):1197-201.
- [29] Baars EW (red.). *Route kaart praktijkonderzoek Antroposofische Gezondheidszorg*. Hogeschool Leiden. 2012.
- [30] Fischer FH, Lewith G, Witt CM, Linde K, von Ammon K, Cardini F, Falkenberg T, Fønnebo V, Johannessen H, Reiter B, Uehleke B, Weidenhammer W, Brinkhaus B. High prevalence but limited evidence in complementary and alternative medicine: guidelines for future research. *BMC Complement Altern Med*. 2014 Feb 6;14:46.
- [31] AVL. (<http://www.avl.nl/topmenu/over-avl/nieuws/het-avl-zoekt-vrouwen-voor-deelname-internetbehandeling-voor-overgangsklachten-onderzoek/>). 2014.
- [32] Radboud Universitair Medisch Centrum voor Mindfulness. (<http://www.radboudcentrumvoormindfulness.nl/pages/onderzoek.php>). 2014.
- [33] Louis Bolk Instituut. (<http://www.louisbolk.org/nl/voeding-en-gezondheid/onderzoek-integrative-medicine/hoofdpijnonderzoek>). 2014.
- [34] Louis Bolk Instituut. (<http://www.louisbolk.org/nl/voeding-en-gezondheid/onderzoek-integrative-medicine/stressreductie-bij-borstkanker>). 2014.
- [35] Vlieger AM, Rutten JM, Govers AM, Frankenhuis C, Benninga MA. Long-term follow-up of gut-directed hypnotherapy vs. standard care in children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2012 Apr;107(4):627-31.
- [36] Jong M, Pijl A, de Gast H, Sjöling M. The effects of guided imagery on preoperative anxiety and pain management in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy in a multi-centre RCT study. *BMC Complement Altern Med*. 2012, 12(Suppl 1):P184.
- [37] Kooreman P, Baars EW. Patients whose GP knows complementary medicine tend to have lower costs and live longer. *Eur J Health Econ*. 2012 Dec;13(6):769-76.
- [38] Baars EW, Kooreman P. A 6-year comparative economic evaluation of healthcare costs and mortality rates of Dutch patients from conventional and CAM GPs. *BMJ Open*. 2014 Aug 27;4(8):e005332.
- [39] Grant SJ, Bensoussan A. The process of care in integrative health care settings - a qualitative study of US practices. *BMC Complement Altern Med*. 2014 Oct 23;14:410.
- [40] Snyder CF, Jensen RE, Segal JB, Wu AW. Patient-reported outcomes (PROs): putting the patient perspective in patient-centered outcomes research. *Med Care*. 2013 Aug;51(8 Suppl 3):S73-9.
- [41] Jong MC, van Vliet M, Huttenhuis S, van der Veer D, van den Heijkant S. Attitudes toward integrative paediatrics: a national survey among youth health care physicians in the Netherlands. *BMC Complement Altern Med*. 2012 Jan 16;12:4.
- [42] Joint Commission. ([http://www.jointcommission.org/assets/1/23/jconline\\_november\\_12\\_14.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/23/jconline_november_12_14.pdf)). 2014.

## 8 BIJLAGEN

Tabel 17. Ranglijst van alle ziekenhuizen naar omvang CZ-aanbod

Ziekenhuis	Plaats	Aantal interventies	Aantal afdelingen	Aantal interventie/afdeling combinaties	Acupunctuur	Aromazorg	Babymassage	Creatieve therapie	Geleide visualisatie	Haptonomie	Hypnose	Massage	Mindfulness	Muziek	Ontspanning	Osteopathie	Therapeutisch touch	Voetreflexmassage	Warmte&Koude	Yoga
					2	12	24	37	11	10	26	20	35	17	74	1	2	2	5	8
<b>TOTAAL</b>		<b>286</b>	<b>308</b>	<b>432</b>																
1 AMC	Amsterdam	5	12	15			*	*			*	*	*	*	*					
2 Isala	Zwolle	6	11	13			*	*		*	*	*	*	*	*					
3 VUmc	Amsterdam	6	7	12			*	*		*	*	*	*	*	*					*
4 Flevoziekenhuis	Almere	8	6	12			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
5 LUMC	Leiden	5	5	12			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
6 Slingeland Ziekenhuis	Doetinchem	7	8	11	*	*			*	*	*	*	*	*	*					
7 Erasmus Medisch Centrum	Rotterdam	8	6	11		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				*	
8 St. Elisabeth Ziekenhuis	Tilburg	7	6	11		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
9 Slotervaartziekenhuis	Amsterdam	8	5	11		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				*	
10 Radboudumc	Nijmegen	5	5	10			*	*	*	*	*	*	*	*	*					*
11 Jeroen Bosch Ziekenhuis	Den Bosch	6	6	9			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
12 Laurentius Ziekenhuis	Roermond	4	7	8			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
13 Gelre Ziekenhuizen	Apeldoorn - Zutphen	6	6	8			*	*	*	*	*	*	*	*	*					*
14 UMG	Groningen	6	6	8		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
15 Medisch Centrum Alkmaar	Alkmaar	4	6	8			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
16 Tergooi Ziekenhuizen	Blaricum, Hilversum, Weesp	4	6	8			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
17 Ziekenhuisgroep Twente	Hengelo, Almelo	4	5	8			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
18 UMC Utrecht	Utrecht	5	6	7		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
19 St. Franciscus Gasthuis	Rotterdam	4	6	7		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				*	
20 Rijnstate	Arnhem	6	4	7		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
21 St. Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein	6	4	7		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
22 Ziekenhuis Gelderse Vallei	Ede	5	4	7			*	*	*	*	*	*	*	*	*					*
23 Maastricht UMC+	Maastricht	4	4	7		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
24 Albert Schweitzerziekenhuis	Dordrecht	7	3	7		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				*	
25 Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk	5	3	7		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
26 Catharina Ziekenhuis	Eindhoven	5	4	6		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
27 TweeSteden Ziekenhuis	Tilburg, Waalwijk	4	4	6		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
28 Meander MC	Amersfoort	3	4	6			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
29 Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	Amsterdam	3	4	6			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
30 Kennemer Gasthuis Zuid	Haarlem	5	3	6			*	*	*	*	*	*	*	*	*					*
31 Ikazia Ziekenhuis	Rotterdam	3	5	5		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
32 Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen	4	4	5			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
33 LangeLand Ziekenhuis	Zoetermeer	3	4	5			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
34 Ziekenhuis Bernhoven	Uden	2	4	5		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
35 ZorgSaam Ziekenhuis	Terneuzen, Oostburg	5	3	5		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				*	*
36 Atrium Medisch Centrum	Heerlen	4	3	5		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*				*	*
37 St. Anna Ziekenhuis	Geldrop	3	3	5			*	*	*	*	*	*	*	*	*					*
38 Antonius Ziekenhuis	Sneek	4	4	4		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
39 Beatrixziekenhuis	Gorinchem	3	4	4		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
40 Medisch Centrum Zuiderzee	Lelystad	2	4	4		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
41 Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Amsterdam	2	4	4			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
42 Scheper Ziekenhuis	Emmen	2	4	4			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
43 Wilhelmina Ziekenhuis	Assen	2	4	4			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
44 Haga Ziekenhuis	Den Haag	4	3	4			*	*	*	*	*	*	*	*	*				*	
45 Gemini Ziekenhuis	Den Helder	3	3	4		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
46 Máxima Medisch Centrum	Veldhoven	3	3	4			*	*	*	*	*	*	*	*	*			*		
47 Bethesda Ziekenhuis	Hoogeveen	2	3	4			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
48 Martini Ziekenhuis	Groningen	2	3	4			*	*	*	*	*	*	*	*	*			*		
49 Medisch Spectrum Twente	Enschede	2	3	4			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
50 Zaans Medisch Centrum	Zaandam	2	3	4		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
51 Amphie Ziekenhuis	Breda	4	2	4			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
52 Medisch Centrum Haaglanden	Den Haag	4	2	4		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
53 Orbis Medisch Centrum	Sittard	3	2	4		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
54 Maasstadziekenhuis	Rotterdam	3	3	3		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
55 Franciscus Ziekenhuis	Roosendaal	2	3	3			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
56 Lievensberg Ziekenhuis	Bergen op Zoom	2	3	3			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
57 Maasziekenhuis Pantein	Boxmeer	2	3	3			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
58 Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden	2	3	3		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
59 Spaarne Ziekenhuis	Hoofddorp	2	3	3		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
60 St. Jansdal	Harderwijk	2	3	3			*	*	*	*	*	*	*	*	*					*
61 Streekiekenhuis Kon Beatrix	Winterswijk	2	3	3			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
62 Deventer Ziekenhuis	Deventer	1	3	3			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
63 Westfries Gasthuis	Hoorn, Enkhuizen, Heerhugowaard	1	3	3			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
64 Zuwe Hofpoort Ziekenhuis	Woerden	1	3	3			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
65 Admiraal de Ruyter Ziekenhuis	Vlissingen	3	2	3			*	*	*	*	*	*	*	*	*				*	
66 Antoni van Leeuwenhoek	Amsterdam	3	2	3		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
67 Bronovo	Den Haag	3	2	3		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
68 Diaconessenhuis Meppel	Meppel	3	2	3		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
69 Diaconessenhuis	Utrecht, Zeist	3	2	3			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
70 Havenziekenhuis	Rotterdam	2	2	2			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
71 Ommelander Ziekenhuisgroep	Delfzijl - Winschoten	2	2	2		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
72 Refaja Ziekenhuis	Stadskanaal	2	2	2		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
73 Reinier de Graaf Groep	Delft	2	2	2			*	*	*	*	*	*	*	*	*				*	
74 Röpcke-Zweers Ziekenhuis	Hardenberg	2	2	2			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
75 Nij Smellinghe	Drachten	1	2	2			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
76 Sint Jans Gasthuis	Weert	1	2	2			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
77 Elkerliek Ziekenhuis	Helmond	2	1	2			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
78 Vlietland Ziekenhuis	Schiedam	2	1	2	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*					
79 Groene Hart Ziekenhuis	Gouda	1	1	1		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
80 VieCuri Medisch Centrum	Venlo	1	1	1		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
81 Waterlandziekenhuis	Purmerend	1	1	1		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*					
82 Ziekenhuis De Sionsberg	Dokkum	1	1	1			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
83 Ziekenhuis De Tjongerschans	Heerenveen	1	1	1			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
84 Ziekenhuis Rivierenland	Tiel	1	1	1			*	*	*	*	*	*	*	*	*					
85 BovenIJ Ziekenhuis	Amsterdam	0	0	0																
86 Cura Mare	Dirksland	0	0	0																
87 Diaconessenhuis Leiden	Leiden	0	0	0																
88 IJsseland Ziekenhuis	Capelle a/d IJssel	0	0	0																
89 Rijnland Ziekenhuis	Alphen a/d Rijn - Leiderdorp	0	0	0																
90 Spijkenisse Medisch Centrum	Spijkenisse	0	0	0																
91 Ziekenhuis Amstelland	Amstelveen	0	0	0																



Tabel 19. Leidraad voor focusgroepgesprekken

TOEGEVOEGDE WAARDE COMPLEMENTAIRE ZORG	<p>WAT KAN CZ TOEVOEGEN AAN DE ZORG IN UW INSTELLING?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zijn de kwaliteiten van CZ?</li> <li>• Past CZ binnen de zorgvisie?</li> <li>• Waar zou u het voor in willen zetten? Wat wilt u dat CZ bijdraagt?</li> <li>• Welke interventies hebben uw voorkeur? Waarom?</li> <li>• Wat is uw gewenste aanbod? Waarom?</li> </ul>	
RANDVOORWAARDEN EN BEHOEFTE	<p>WAT IS ER NODIG OM CZ BETER IN TE BEDDEN IN UW INSTELLING? Vanuit professional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke informatie hebt u nodig om uw weg te vinden?</li> <li>• Hoe creëert u draagvlak?</li> <li>• Wat is er nodig op het gebied van deskundigheid/scholing?</li> <li>• Beleid/richtlijn</li> <li>• Rapportage</li> <li>• Intervisie</li> <li>• .....</li> </ul>	<p>WAT IS ER NODIG OM CZ BETER IN TE BEDDEN IN UW INSTELLING? Vanuit organisatie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke informatie hebt u nodig om uw weg te vinden?</li> <li>• Hoe creëert u draagvlak?</li> <li>• Waar is budget voor nodig? (scholing, coördinatie, materialen), waar komt dat vandaan?</li> <li>• Hoe moet er voorlichting gegeven worden? Aan wie, door wie?</li> <li>• .....</li> </ul>
ONDERZOEK	<p>BEHOEFTE</p> <p>Wat is er nodig op het gebied van onderzoek? -&gt;</p> <p>Hoe moet wetenschappelijke informatie toegankelijk gemaakt worden? -&gt;</p> <p>Wat is de rol van de patiënt? -&gt;</p>	<p>GEWENST RESULTAAT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• effectiviteit, outcome, veiligheid</li> <li>• algemeen</li> <li>• in richtlijnen, zorgstandaarden</li> <li>• op patiëntniveau (voorlichting)</li> <li>• Shared Decision Making, zelfmanagement, therapietrouw, eigen bijdrage</li> <li>• .....</li> </ul>