

COLOFON

© maart-april 2019

**Proeftuin Complementaire zorg in de ouderenzorg:
effecten van diverse interventies en succesfactoren
voor verankering in de zorg**

Auteurs: Annet Brouwer¹, Martine Busch², Marja van Vliet³

¹ Farus ² Van Praag Instituut ³ Louis Bolk Instituut

86 pagina's

Onderzoek uitgevoerd door het Louis Bolk Instituut en
Van Praag Instituut

Opdrachtgevers & Financiers:

Raffy Woonzorgcentrum, De Riethorst Stroomland,
Groenhuysen, Nusantara, Schakelring

Met dank aan:

Miek Jong en Herman van Wietmarschen (Louis Bolk Instituut),
en Margreet Reitsma en Jos Wiersma (Vilans)

Louis Bolk Instituut, Publicatienummer 2019-008 VG

Deze publicatie is beschikbaar via:

www.louisbolk.nl/publicaties

Contactinformatie:

Van Praag Instituut, Martine Busch, www.vanpraaginstituut.nl

Farus, Annet Brouwer, www.farus.nu

Louis Bolk Instituut, Herman van Wietmarschen, www.louisbolk.nl



INHOUD

Managementsamenvatting.....	4	4.5	Succesfactoren voor het implementeren van complementaire zorg.....	40
HOOFDSTUK 1.....	6	4.6	Leren van elkaar – punten van discussie.....	41
Aanleiding en doelstellingen van de PROEFTUIN.....	6	4.7	Continuïteit van complementaire zorg na de proeftuin.....	43
1.1 Inleiding.....	6	HOOFDSTUK 5.....		45
1.2 Context verpleeghuiszorg anno 2015 - 2018.....	6	CONCLUSIES.....		45
1.3 Plaatsbepaling complementaire zorg.....	7	5.1	Doelstellingen van de proeftuin.....	45
1.4 Aanleiding voor een proeftuin complementaire zorg in de ouderenzorg.....	9	5.2	Aangeboden Cz interventies.....	45
1.5 Doelen van de proeftuin complementaire zorg in de ouderenzorg.....	9	5.3	Het effect van de cz interventies.....	45
HOOFDSTUK 2.....	12	5.4	De toepassing van complementaire zorg.....	46
COMPLEMENTAIRE ZORG bij de deelnemende organisaties.....	12	5.5	Hoe complementaire zorg te organiseren?.....	47
2.1 Raffy.....	12	5.6	Wat zijn succesfactoren voor start, implementatie en borging?.....	47
2.2 De Kloosterhoeve.....	12	5.7	Ervaringen en lessen omtrent deelname aan onderzoek.....	48
2.3 Hospice Roosdonck.....	13	5.8	Vragen en vervolgonderzoek.....	49
2.4 Nusantara.....	13	5.9	Tenslotte.....	49
2.5 Schakelring.....	13	Referenties.....		50
2.6 Vormen van complementaire zorg.....	15	BIJLAGEN.....		51
HOOFDSTUK 3.....	17	Bijlage 1 - Raffy.....		52
ONDERZOEK naar EFFECTEN van complementaire zorg.....	17	Bijlage 2 - De Kloosterhoeve.....		56
3.1 Methoden.....	17	Bijlage 3 - Hospice Roosdonck.....		59
3.2 RESULTATEN.....	21	Bijlage 4 - Nusantara.....		63
3.2 Samenvatting resultaten kwantitatief en kwalitatief onderzoek.....	29	Bijlage 5 - Schakelring.....		67
HOOFDSTUK 4.....	31	Bijlage 6 - Baseline-vragenlijst voor cliënten.....		72
IMPLEMENTATIE van complementaire zorg, de learning history van de proeftuin.....	31	Bijlage 7 - Voormeting in te vullen voordat de cliënt complementaire zorg krijgt.....		74
4.1 Bouwstenen van de learning history.....	31	Nameting in te vullen nadat de cliënt complementaire zorg heeft gekregen.....		76
4.2 Ervaringen met complementaire zorg.....	32	Bijlage 8 - Observatielijst voor cliënten.....		79
4.3 De organisatie van complementaire zorg.....	34	Bijlage 9 - Effecten van interventies cz.....		83
4.4 Algemene thema's in de learning history.....	34	Bijlage 10 - Handreiking implementatie cz.....		85

Managementsamenvatting

Vijf zorgorganisaties op het gebied van ouderenzorg in Zuid- en Midden Nederland zijn op 1 december 2015 het project 'Proeftuin voor Complementaire Zorg aan Ouderen' gestart om aanvullende zorg aan deze doelgroep in kaart te brengen en te monitoren. Het ging daarbij niet om interventies die experimenteel waren of nog nooit onderzocht, maar om voor de organisatie reeds bekende of om elders veelgebruikte interventies. De term 'proeftuin' slaat op het feit dat de deelnemende organisaties van elkaar wilden leren:

1. Levert complementaire zorg een bijdrage aan de kwaliteit van leven van oudere mensen?
2. Hoe kun je complementaire zorg het beste in de zorg verankeren?

Het was voor het eerst dat een groep zorginstellingen in de ouderenzorg gezamenlijk een dergelijk onderzoek naar complementaire zorg (cz) oppakte.

De organisaties boden tezamen een diversiteit aan interventies: (hand)massage, Tactiel Stimulering, therapeutic touch, pijfit, aromazorg, aquazorg en overig (waaronder koele buikwassing, warmtecompres). De doelgroepen waar deze interventies aan werden aangeboden, waren ook divers: mensen met psychogeriatric, mensen met somatische problematiek, mensen die revalideren, mensen met de ziekte van Huntington en mensen in de palliatieve fase. De voornaamste reden om deze interventies in te zetten was om mensen ontspanning te bieden. Vooral klachten als slaapproblemen, pijn, angst, verminderde vitaliteit en onrust zijn via de reguliere weg niet altijd goed te verhelpen en medewerkers voelen zich dan soms met de rug tegen de muur staan. In dat geval wordt regelmatig complementaire zorg ingezet.

Het effect van de cz interventies is gemeten met behulp van een rapportcijfer (kwaliteit van leven) en de score op een VAS schaal (de mate van pijn, ontspanning, klachten, onrust en angst). Daarbij werd steeds een voor- en nameting ingevuld. Het merendeel van de nametingen (87%) was binnen 4 uur na afloop van de behandeling.

Het onderzoek laat zien dat er een effect is voor alle in het onderzoek meegenomen cz interventies en voor alle doelgroepen aan wie cz is aangeboden. Gemiddeld genomen is de grootste verbetering te zien op de mate van ervaren ontspanning. Deze verbeterde ruim 2,5 punt op een schaal van 1 tot 10. Daarnaast was ook een duidelijke verbetering te zien in klachten en onrust; deze waren van afloop van de interventie met bijna 2,5 punt op een 11-puntsschaal verminderd. Op deze uitkomstmaten sorteerden 58 tot 65% van de behandelingen een klinisch relevante verbetering (geformuleerd als een afname van minimaal 2 punten). De verbeteringen in kwaliteit van leven, pijn en angst waren relatief

kleiner (verandering van 1,14 tot 1,25 punten op de VAS schaal). Toch sorteerden 27 tot 34% van de behandelingen een klinisch significant effect op deze uitkomstmaten. Uit het onderzoek bleek tevens dat het effect tijdelijk is en niet langdurig aanhoudt, wat mogelijk samenhangt met de kwetsbare gezondheidstoestand van de bewoners.

Aanvullend hierop zijn 51 observatielijsten ingevuld. Zorgmedewerkers vulden op een aantal aandachtsgebieden in welk effect zij van cz bij de bewoner zagen. Ook hier komt een overwegend positief effect van cz naar voren. Met name 'stemming/humeur' en 'lichamelijke klachten' verbeterden. Het meest benoemd in de observaties is 'rust' en 'ontspanning'. Ook de bewoners zelf en hun familieleden geven positieve feedback over de meerwaarde van cz.

Hoe kun je cz het beste in de zorg verankeren? De 5 zorgorganisaties verschillen niet alleen in doelgroepen en in aangeboden cz interventies, maar ook in de wijze waarop zij cz organiseren. Bij alle organisaties is cz organisch van start gegaan, maar is cz bij een ieder op eigen wijze ingebed. Desondanks heeft het onderzoek een aantal gemeenschappelijke succesfactoren opgeleverd. Uniform is het adagium 'wat je aandacht geeft, groeit', wat blijkt uit: het hebben van een aanjager die cz in haar 'DNA heeft zitten' en cz stevig op de kaart wil zetten, een aanjager die zowel bij management als collega's weerklank vindt, draagvlak voor cz bij management en behandelaren, extra uren voor degenen die cz aanbieden, het intern en extern communiceren over de effecten van cz en het inbedden van cz in de reguliere werkprocessen (beleidscyclus en zorgplanmethodiek). De proeftuin heeft ook laten zien dat, beschouwd vanuit verandermanagement, de introductie en duurzame implementatie van cz niets anders vraagt dan implementatie van welke andere verandering dan ook.

Tijdens de proeftuin bleek meermaals dat cz door zorgmedewerkers als aanvullend op de zorg wordt gezien, dus niet tot de basiszorg wordt gerekend. In geval van werkdruk schoot cz er regelmatig bij in. Daar werd door andere medewerkers echter tegenover gezet dat cz ook tijdwinst op kan leveren, bijvoorbeeld doordat de ADL-zorg makkelijker gaat of dat de nachtdienst rustiger is. En ook dat je cz kunt integreren in je zorghandelingen, bijvoorbeeld therapeutisch touch tijdens een douchebeurt geven of met focus en aandacht iemands haren wassen. Gebrek aan tijd lijkt dan ook (soms) samen te hangen met gebrek aan affiniteit met cz van de betreffende zorgverlener en de wijze waarop de interventie in het zorgplan en de zorgdoelen opgenomen is.

De cz zorgverleners geven aan dat het bij cz niet alleen om de interventie gaat, maar zeker ook om de aandacht, het present zijn, het gecenterd zijn. Dit is ook wat bewoners in de observatielijsten aangeven: ze genieten van de rust van de medewerker en de volledige aandacht die ze krijgen. Deze werkhouding is iets wat niet alleen gekoppeld hoeft te zijn aan de cz interventie, maar wat ook in de dagelijkse zorgverlening kan.

Tenslotte heeft de proeftuin als vliegwiel gefungeerd. In alle organisaties is gedurende de looptijd van de proeftuin veel aan cz gebeurd: er zijn meer interventies bijgekomen, er zijn extra medewerkers opgeleid en het is ook naar andere locaties verspreid. Dit alles opdat nog meer bewoners de meerwaarde van cz kunnen ondervinden.

Aanleiding en doelstellingen van de PROEFTUIN

1.1 Inleiding

Vijf zorgorganisaties op het gebied van ouderenzorg in Zuid- en Midden Nederland zijn op 1 december 2015 het project 'Proeftuin voor Complementaire Zorg aan Ouderen' gestart om aanvullende zorg aan deze doelgroep in kaart te brengen en te monitoren. Het doel van dit driejarige kwaliteitsproject is om tot een betere gezondheid te komen voor cliënten. Vooral klachten als slaapproblemen, pijn, angst, verminderde vitaliteit en onrust zijn via de reguliere weg niet altijd goed te verhelpen. In dat geval wordt regelmatig complementaire zorg ingezet. Het was voor het eerst dat een groep zorginstellingen in de ouderenzorg gezamenlijk een dergelijk onderzoek naar complementaire zorg oppakte.

In dit hoofdstuk wordt eerst een schets gegeven van de context en de uitdagingen waar de verpleeghuissector nu voor staat. Daarna volgt een plaatsbepaling van complementaire zorg. Vervolgens wordt de aanleiding voor de "Proeftuin Complementaire Zorg in de Ouderenzorg" beschreven, evenals de doelstellingen van de proeftuin en de deelnemende organisaties.

1.2 Context verpleeghuiszorg anno 2015 - 2018

Op 11 februari 2015 lanceerde Staatssecretaris Martin van Rijn (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) een breed plan voor verbetering van de kwaliteit van verpleegzorg onder de naam: Waardigheid en trots – liefdevolle zorg voor onze ouderen. Waardigheid en Trots kent drie hoofddoelstellingen, waarbij de eerste hoofddoelstelling is: meer tijd en aandacht voor de bewoner. De bewoner en zijn naasten moeten erop kunnen rekenen dat er aandacht voor ze is, dat het welzijn van de bewoner voorop staat en de zorg in het verpleeghuis veilig is. Het gaat om persoonsgerichte zorg, waarbij de bijdrage aan de kwaliteit van leven zo optimaal mogelijk moet zijn.

De jaren daarna wordt door de sector hard gewerkt aan de pijlers van Waardigheid & Trots. Er worden vele kwaliteitsprojecten gestart en best practises uitgewisseld. Het geeft de sector een stevige impuls. Er is echter ook een kritiekpunt. Het gaat uiteindelijk om de kwaliteit van leven van iedere individuele cliënt, terwijl nog niet alle locaties van grotere zorgorganisaties in voldoende mate het gedachtegoed van Waardigheid & Trots hebben geïmplementeerd. Daarom lanceert minister Hugo de Jonge (VWS) op 10 april 2018 het programmaplan "Thuis in het verpleeghuis: Waardigheid en trots op locatie." Een van de hoofddoelstellingen van dit programmaplan is: meer tijd en aandacht voor de bewoner, meer zorgverleners en zicht op kwaliteit per locatie.

Met ingang van 13 januari 2017 is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vastgesteld door onafhankelijke deskundigen van het Zorginstituut Nederland. Het document beschrijft wat cliënten en hun naasten mogen verwachten van verpleeghuiszorg. Het Kwaliteitskader

Verpleeghuiszorg is de nieuwe standaard voor kwaliteit in de verpleeghuiszorg. Het is daarmee het kompas voor betrokken partijen als de cliënt en mantelzorgers, zorgverleners en zorgorganisaties, zorgkantoren en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zo wordt in het Kwaliteitskader beschreven dat persoonsgerichte zorg en ondersteuning centraal staat; dat het om compassie, betrokkenheid, aandacht en aanwezigheid gaat. Dat de cliënt nabijheid ervaart, vertrouwen, aandacht en begrip. De vraag is of complementaire zorg hier een bijdrage aan kan leveren.

De sector krijgt met het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg ruimte en handvatten om te leren en te verbeteren. Hoewel er meer geld voor de verpleeghuissector beschikbaar komt, is er desondanks toch een probleem, namelijk het personeelstekort in de sector. Veel verpleeghuizen kampen met moeilijk te vervullen vacatures, terwijl voldoende mensen én de juiste mix aan competenties de sleutel vormen tot goede zorg en kwaliteit van leven. Het personeelstekort komt onder meer door het imago van de sector: hard werken, bureaucratie en te weinig tijd voor je cliënten. Vandaar dat de bewindspersonen van VWS op 22 mei 2018 een actieplan naar de Tweede Kamer hebben gestuurd over vermindering van administratieve lasten (het programma “(ont)regel de zorg”). Het doel van dit programma is het zorgbreed merkbaar verminderen van de ervaren regeldruk voor professional én cliënt, waardoor zorgmedewerkers hun tijd daadwerkelijk aan zorg kunnen besteden in plaats van aan administratieve handelingen, hun werkplezier daardoor toeneemt en de cliënten ervaren dat de zorgmedewerkers meer tijd voor hen hebben.

Daarnaast zijn veel zorgorganisaties de afgelopen jaren met zelfsturende of samenverantwoordelijke teams aan de slag gegaan om zorgmedewerkers meer invloed en zelfstandigheid in hun werk en in de organisatie daarvan te geven. Want het zijn de medewerkers die dagelijks contact hebben met cliënten. Van daaruit ontstaat inzicht in wat er vanuit cliëntperspectief voor welbevinden écht toe doet en wat professionele zorg daaraan kan bijdragen. Medewerkers gaan de dialoog aan met cliënten, familie en sociale netwerken, om daar vervolgens naar te handelen. Dit leidt niet alleen tot een hogere kwaliteit van leven voor de cliënt, maar ook tot meer arbeidssatisfactie bij medewerkers.

De vraag is of complementaire zorg ook kan bijdragen aan het verhogen van de arbeidssatisfactie van zorgmedewerkers. Ervaren zorgmedewerkers, door het aanbieden van complementaire zorg, meer zingeving in hun werk en wordt hun werk betekenisvoller, bijvoorbeeld doordat ze met complementaire zorg iets kunnen betekenen voor iemand met vergevorderde dementie of iemand in de palliatieve fase van zijn leven?

1.3 Plaatsbepaling complementaire zorg

Complementaire zorg betekent letterlijk 'aanvullende zorg'. Deze zorg komt dus niet in plaats van de gangbare zorg, maar voegt daar iets aan toe vanuit een holistische mensvisie. Het bevordert het zelfhelend vermogen en de fysieke en mentale conditie van de patiënt, waardoor diens kwaliteit van leven wordt verhoogd. Ontspanning speelt in de complementaire zorg een belangrijke rol.

Elementen van een integrale benadering van gezondheid en zorg zijn vooral:

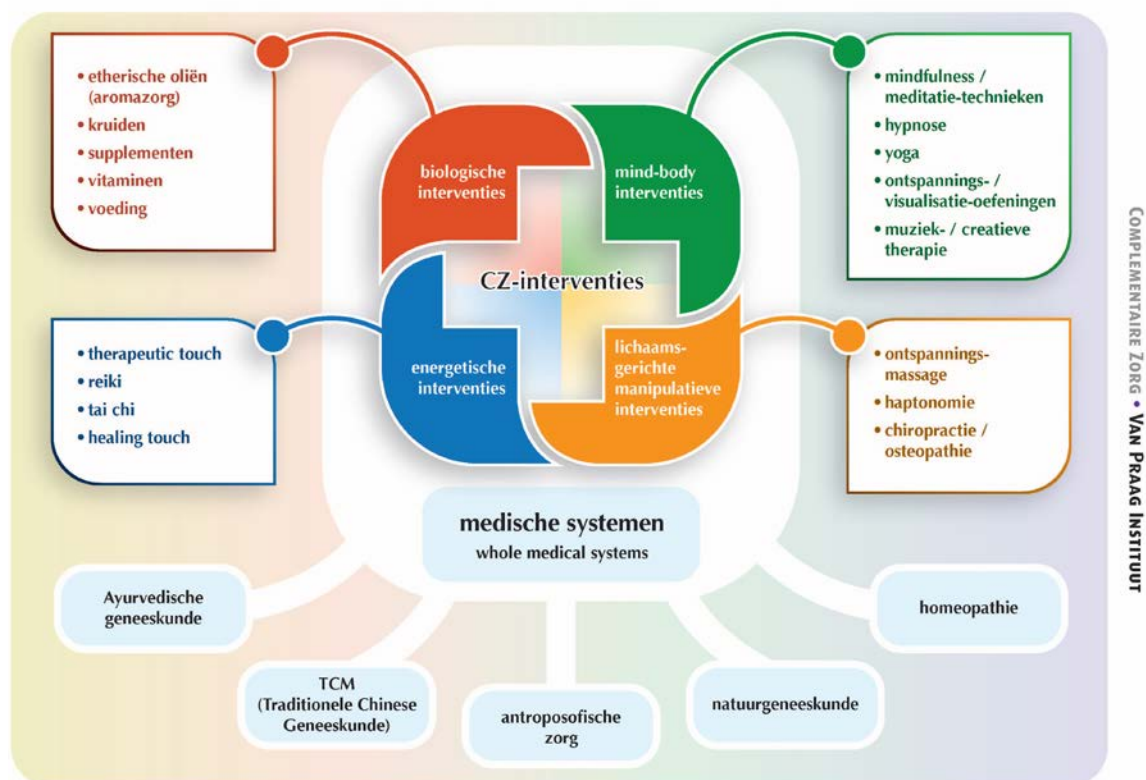
- de (therapeutische) relatie tussen patiënt en zorgverlener staat centraal
- kijkt naar de gehele mens
- maakt op basis van wetenschappelijk onderzoek gebruik van alle geschikte therapeutische benaderingen, zorgprofessionals en disciplines
- om zo tot optimale gezondheid en optimaal herstel te komen.

Bij complementaire zorg gaat het om eenvoudige interventies, ingebed in een bestaand beroep, bijvoorbeeld verzorgende, verpleegkundige, activiteitenbegeleider/medewerker welzijn, psycholoog of fysiotherapeut. Het accent ligt op ondersteuning en verbetering van de kwaliteit van leven (care). Effecten van complementaire zorg zijn met name te zien op het terrein van reductie van pijn, angst, onrust, slaapproblemen, klachten bewegingsapparaat en er is een toename van welbevinden te zien.

Het sluit naadloos aan op het recent geïntroduceerde concept “positieve gezondheid” door het Louis Bolk Instituut (Machteld Huber), wat nationaal en internationaal veel aandacht heeft gekregen. In dit concept wordt gezondheid niet langer gedefinieerd als een statische situatie (de afwezigheid van ziekte) maar als het dynamische vermogen van mensen om zich aan te passen en zelf regie te voeren over hun welbevinden, in het licht van fysieke, sociale en emotionele uitdagingen van het leven. Zorg is in die definitie meer dan een medische behandeling. Hierbij passen dan ook andere dan alleen medische interventies, zoals het stimuleren van een gezonde leefstijl, het vergroten van veerkracht, welbevinden, aandacht voor zingeving, stressreductie en ondersteuning bij zelfmanagement.

Vormen van interventies op het gebied van complementaire zorg

De interventies op het gebied van complementaire zorg zijn in vijf categorieën onder te verdelen, zie navolgend schema. Volgens zorgverzekeraars vallen ook de veel toegepaste vaktherapieën onder “alternatieve geneeswijze” (bijv. muziektherapie, beeldende therapie), vandaar dat deze ook in het schema zijn opgenomen.



In Nederland wordt complementaire zorg voor een groot deel buiten het reguliere zorgcircuit toegepast. Er is wel een verschuiving te zien, namelijk dat steeds meer zorginstellingen ook zelf interventies op het gebied van complementaire zorg aanbieden. Een recente mappingstudie

(Busch et al 2015) laat zien dat steeds meer zorginstellingen, naast de reguliere zorg die zij al boden, complementaire zorg aanbieden, vooral bij klachten als pijn, angst, onrust en slaapproblemen. Zij doen dat, omdat patiënten er in het algemeen toenemend gebruik van maken. Zo zoekt 86% van de mensen met chronische gewrichtsklachten naast reguliere behandeling ook complementaire zorg (Jong et al 2012). Zij doen het ook, omdat er steeds meer evidence komt voor een gunstig effect van complementaire zorg bij deze klachten en omdat de behoefte aan non-farmacologische interventies toeneemt, vooral bij polyfarmacie (waar vooral ouderen mee te maken hebben). Zorgverleners ervaren het geven van complementaire zorg als aandachtige zorg, die tot echte contactmomenten met de zorgvrager kan leiden en welke iets kan toevoegen als de medische/verpleegkundige zorg haar grenzen heeft bereikt. Bijvoorbeeld bij mensen met dementie, die in de verzonken fase zitten. Deze mappingstudie laat zien dat een deel van de verpleeghuizen in Nederland muziektherapie en creatieve therapie, aromazorg, massage/voetreflextherapie, therapeutisch touch en visualisatie/ontspanningsoefeningen aanbiedt.

Vaak gaat het echter nog om kleinschalige initiatieven die afhankelijk zijn van enkele enthousiaste zorgverleners en die nog onvoldoende ingebed zijn in de dagelijkse zorgprocessen. Daardoor zijn kwaliteit en continuïteit meestal niet goed geborgd.

Daarnaast is in maart 2014 een signalement van ZonMW uitgebracht, "Ontwikkeling en implementatie van evidence based complementaire zorg", en is daaraan het advies van de ZonMW Stuurgroep gekoppeld, "Implementatie van evidence based complementaire zorg". Beide documenten geven een vergelijkbaar beeld als die in de hiervoor genoemde mappingstudie: er zijn interventies op het gebied van complementaire zorg die de kwaliteit van leven zeker ten goede komen, maar de interventies worden nog niet op grote schaal aangeboden, zijn nog onvoldoende ingebed in de reguliere zorgprocessen en de resultaten op cliëntniveau worden niet altijd samengevoegd tot een effectmeting voor de totale doelgroep.

1.4 Aanleiding voor een proeftuin complementaire zorg in de ouderenzorg

Uit de hiervoor vermelde studie en signalement kwam naar voren dat het zorgveld behoefte heeft aan uitbreiding van kennis over complementaire zorg, aan uitbreiding van interventies op het gebied van complementaire zorg, aan onderzoek naar de effecten van complementaire zorg en aan het uitwisselen van ervaringen. Ofwel:

- Hoe kan complementaire zorg bijdragen aan de kwaliteit van leven?
- Hoe kan complementaire zorg het beste verankerd worden in de dagelijkse zorg?

Vervolgens is door het Van Praag Instituut en het Louis Bolk Instituut initiatief genomen tot het implementeren en evalueren van een proeftuin complementaire zorg in de eerste lijn, het ontwikkelen van een proeftuin in de ziekenhuissector en het voorbereiden van een proeftuin in de ouderenzorg. Aan de oproep voor het starten van een proeftuin "Complementaire Zorg in de Ouderenzorg" hebben vijf zorgorganisaties gehoor gegeven. Na de voorbereidingsfase ging de proeftuin in december 2015 van start.

1.5 Doelen van de proeftuin complementaire zorg in de ouderenzorg

De proeftuin bestond uit vijf zorgorganisaties in Zuid- en Midden Nederland, allen werkzaam in de ouderenzorg:

- Raffy Woonzorgcentrum te Breda;
- De Riethorst Stromenland te Raamsdonksveer;
- Groenhuysen te Roosendaal;

- Nusantara te Apeldoorn/Ugchelen;
- Schakelring te Waalwijk.

In het volgende hoofdstuk worden de organisaties uitgebreider beschreven.

De proeftuin “Complementaire Zorg in de Ouderenzorg” kende de volgende doelstellingen:

- het aanbieden van complementaire zorg bij ouderen, met als doel het mentale en/of fysieke welbevinden van ouderen te vergroten;
- het onderzoeken van de effecten van de uitgevoerde interventies op het gebied van complementaire zorg;
- het onderzoeken van de slaag- en faalfactoren bij de implementatie van complementaire zorg (learning history). Hieruit volgend het geven van handreikingen hoe complementaire zorg in te bedden in de reguliere zorgmomenten en –processen, waardoor kwaliteit en continuïteit geborgd zijn;
- het delen van de kennis die voortkomt uit doelstelling 2 en doelstelling 3 met het veld.

Hierbij is een opmerking over de naamgeving ‘proeftuin’ op zijn plaats. In de proeftuin zijn geen interventies op het gebied van complementaire zorg ingezet die nog experimenteel zijn en/of waar nog nooit onderzoek naar is gedaan. Het ging om voor de organisatie reeds bekende of om elders veelgebruikte interventies. De term ‘proeftuin’ slaat op het feit dat de deelnemende organisaties van elkaar wilden leren: welke interventies hebben welk effect en hoe kun je cz het beste in je organisatie inbedden?

Doel 1:

het aanbieden van complementaire zorg

Ieder van de deelnemende organisaties bood al, voordat de proeftuin startte, interventies op het gebied van complementaire zorg aan en sommige organisaties hebben in het kader van de proeftuin het aantal complementaire interventies zelfs nog uitgebreid. De organisaties boden tezamen een diversiteit aan interventies, waaronder therapeutic touch, aromazorg, diverse vormen van massage, muziek en andere zintuigprikkeling. De doelgroep van deze vijf zorgorganisaties is ook divers: mensen met psychogeriatric, mensen met somatische problematiek, mensen die revalideren, mensen met de ziekte van Huntington en mensen in de palliatieve fase. Bij de start van de proeftuin kozen de zorgorganisaties zelf welke interventie zij aan een bepaalde doelgroep wilden aanbieden (of soms al aanboden) en waar zij een effectmeting op wilden uitvoeren. Er was dus geen blauwdruk die de organisaties oplegde welke complementaire zorg aan welke doelgroep te geven. De aangeboden interventies worden in het volgende hoofdstuk uitgebreid beschreven.

Doel 2:

het onderzoeken van de effecten van de interventies

Hoewel er vrijheid was in het kiezen van complementaire interventies, werd ten behoeve van de proeftuin door alle organisaties met behulp van een eenduidige indicatorenset gemeten wat de effecten van welke interventie op de cliënt waren. Ofwel: iedere organisatie registreerde het effect van een complementaire interventie op de gezamenlijk vastgestelde indicatoren pijn, ontspanning, last van klachten, (on)rust en angst. Als overkoepelende indicator werd ook bij iedere cliënt de (invloed op) kwaliteit van leven gemeten. Aanvullend op de indicatorenset werden cliënten ook nog geobserveerd aan de hand van een observatielijst, welke voor iedere zorgorganisatie hetzelfde was. Een uitgebreide beschrijving van de meetinstrumenten treft u in hoofdstuk 3 aan.

Doel 3:

het onderzoeken van de slaag- en faalfactoren bij implementatie van complementaire zorg

Uit de mappingstudie en het signalement kwam naar voren dat interventies op het gebied van complementaire zorg nog niet op grote schaal worden aangeboden en nog onvoldoende ingebed zijn in de reguliere zorgprocessen. In de proeftuin is bij de deelnemende organisaties in beeld gebracht hoe zij complementaire zorg in de organisatie hebben ingebed, bijvoorbeeld in het zorgdossier en de zorgrapportage, de rol van de artsen bij de inzet van complementaire zorg, in het organogram, de beleids- en jaarplancyclus en de financiering van complementaire zorg. De deelnemers (zowel de bestuurders, managers als coördinatoren complementaire zorg) deelden in periodieke bijeenkomsten hun ervaringen en vertelden ook wat bij hun de slaag- en faalfactoren waren voor een goede inbedding van complementaire zorg. Dit alles heeft tot een handreiking geleid hoe complementaire zorg in te bedden in de reguliere zorgmomenten en – processen, waardoor kwaliteit en continuïteit geborgd zijn. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de learning history hoofdstuk 4 en voor de handreiking “implementatie van cz” bijlage 10.

COMPLEMENTAIRE ZORG bij de deelnemende organisaties

In de vijf zorgorganisaties die aan de proeftuin deelnamen, wonen ongeveer 2.000 cliënten, die niet meer zelfstandig thuis kunnen wonen. Naast reguliere zorg krijgen de cliënten ook regelmatig complementaire zorg en behandeling, welke meestal gericht zijn op het verbeteren van hun kwaliteit van leven. Het gaat om verschillende complementaire interventies, die door verschillende typen medewerkers worden aangeboden.

2.1 Raffy

Raffy is een woonzorgcentrum in Breda voor mensen met een Indisch/Molukse achtergrond en biedt zowel intramurale als extramurale zorg. De intramurale zorg is gericht op mensen met psychogeriatrische problematiek. Complementaire zorg past binnen de cultuurspecifieke zorg en wordt aangeboden als onderdeel van de zorg; soms in het appartement van de bewoner, soms in de aparte praktijkruimte Tangan Mas. Het wordt ook aan personeel en buurtbewoners aangeboden; de laatste groep tegen betaling, bij Tangan Mas.

Complementaire zorg

Raffy heeft in 2000 complementaire zorg in de organisatie geïntroduceerd. Raffy biedt meerdere vormen van complementaire zorg aan: handmassage, aromazorg, holistische massage, therapeutic touch, tai chi en primaire activering bad (PA-bad). In de proeftuin zijn de effecten van twee interventies gemeten: aromazorg, in combinatie met handmassage, en therapeutic touch.

2.2 De Kloosterhoeve

De Kloosterhoeve is een locatie van De Riethorst Stroomland en staat in Raamsdonksveer. De Kloosterhoeve biedt zorg aan mensen met de ziekte van Huntington. Dit is een erfelijke hersenaandoening die zich onder andere uit in onwillekeurige bewegingen die langzaam verergeren, verstandelijke achteruitgang en een verscheidenheid van psychische symptomen en gedragsproblematiek. De ziekte van Huntington is progressief, symptomen kunnen veranderen en zijn deels onvoorspelbaar.

Complementaire zorg

Complementaire zorg wordt sinds 2010 in De Kloosterhoeve aangeboden, naast de vaktherapiën zoals muziektherapie, schilderen en PMT. Het is opgezet vanuit de activiteitenbegeleiding en er is een werkgroep complementaire zorg. De Kloosterhoeve biedt aromazorg, massage en aquazorg. Vaak wordt massage in combinatie met aromazorg gegeven.

In de proeftuin zijn de effecten van drie interventies gemeten: aromazorg, massage en aquazorg.

2.3 Hospice Roosdonck

Hospice Roosdonck is onderdeel van Groenhuysen en staat in Roosendaal. In het hospice verblijven terminaal zieke mensen tot hun overlijden. Het biedt ruimte aan 16 mensen. Het hospice is een Center of Excellence voor palliatieve zorg voor de gehele organisatie Groenhuysen, dat ook het Planetree label heeft. Complementaire zorg hoort daarbij en wordt sinds 2012 aangeboden.

Complementaire zorg

Hospice Roosdonck biedt verschillende complementaire interventies: aromazorg, massage, aquazorg, kamillespray bij mondzorg en ontspannings- en visualisatieoefeningen. In de proeftuin zijn niet al deze interventies meegenomen, maar zijn de effecten gemeten van aromazorg, massage en aquazorg.

2.4 Nusantara

Nusantara is een kleine stichting (4 locaties, 150 bedden), gericht op somatische en psychogeriatrische zorg voor mensen met een Indische achtergrond, zowel intra- als extramuraal. Complementaire zorg past binnen de cultuurspecifieke zorg. De proeftuin is de start om complementaire zorg beter te structureren en om inzichtelijk te maken wat de effecten van complementaire zorg zijn. Aan de proeftuin heeft locatie Patria in Bussum deelgenomen, een locatie met 72 bewoners.

Complementaire zorg

Patria biedt pidjit, een vorm van massage uit de Indonesische cultuur, onderverdeeld in handmassage, voetmassage en nekmassage. Soms wordt een etherische olie gebruikt ter ondersteuning bij de massage. In de proeftuin zijn de effecten van pidjit gemeten.

2.5 Schakelring

Schakelring is een ouderenzorgorganisatie in Midden-Brabant met 9 woonzorgcentra, thuiszorg, revalidatiezorg en dagopvang/dagbehandeling. Aan de proeftuin hebben twee locaties deelgenomen: Eekhof te Kaatsheuvel, een locatie waar 56 bewoners met dementie verblijven, en Eikendonk te Waalwijk. Op deze locatie wonen zowel mensen met dementie als mensen met lichamelijke beperkingen. Aan de proeftuin deden twee woongroepen voor mensen met dementie mee (totaal 16 bewoners) en de somatische afdeling (16 bewoners).

Complementaire zorg

Eekhof biedt al sinds 2010 complementaire zorg. Voor Eikendonk was de start van de proeftuin aanleiding om complementaire zorg in te voeren. Eekhof en Eikendonk bieden aan complementaire zorg: Tactiel Stimulering (Eekhof), aromazorg (Eikendonk), handmassage (Eikendonk) en motor imagery bij revalidanten ter bespoediging van hun herstel naar een heup- of knieoperatie (niet in deze proeftuin meegenomen, maar in een gelijktijdig lopend onderzoek).

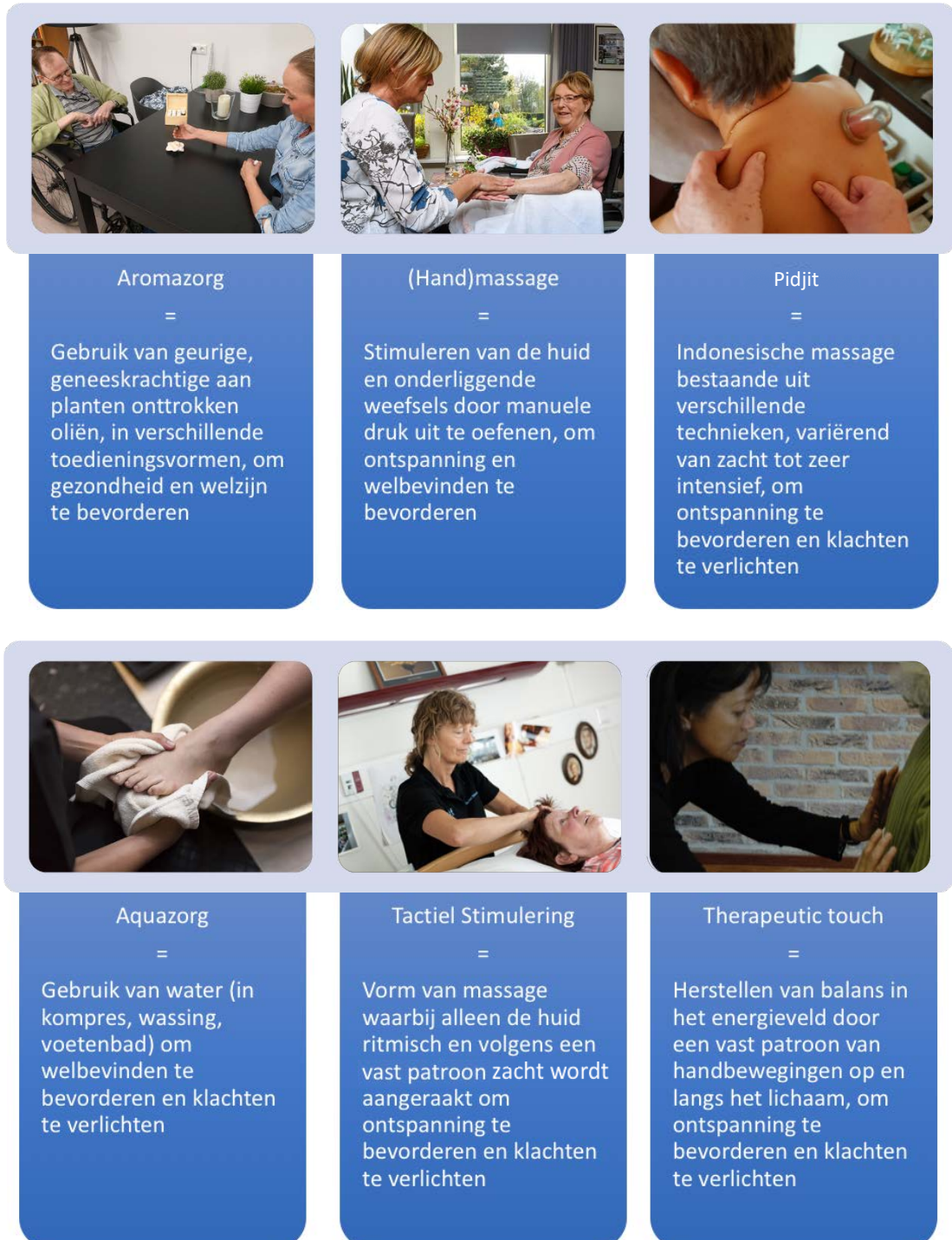
In onderstaand schema worden de toegepaste vormen van complementaire zorg per organisatie beschreven, met de indicatiecriteria.

Schema 1: toegepaste vormen van complementaire zorg

	RAFFY	DE KLOOSTERHOEVE	HOSPICE ROOSDONCK	NUSANTARA	SCHAKELRING
<i>Complementaire zorgvorm</i>	Aromazorg , in combinatie met handmassage, soms met TT als afronding	Aromazorg	Aromazorg : inhaler, tissue, aromapad, brander (soms in combinatie met muziek), aromasprays	Pidjit (massage)	Tactiel Stimulering (Eekhof)
<i>Indicatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - misselijkheid - palliatieve fase (helpen om goed over te gaan) - onrust - behoefte aan tactiel contact - angst (bijv. bij een bewoner die geesten ziet) 	<ul style="list-style-type: none"> - pijn - (spier)spanning - onrust (in denken en doen) - angst - obstipatie - stemming (huilen, somber, agressie) - ter bevordering van comfort - ter ondersteuning bij aanpassing aan het ziektebeeld 	<ul style="list-style-type: none"> - pijn - misselijkheid - benauwdheid - onrust - slapeloosheid - soms als ritueel bij overgang naar een andere fase (bv sedatie) - creëren van sfeer, bijv. bij het waken door familie - aromasteentje wordt soms ook als aandenken meegegeven aan familie 	<ul style="list-style-type: none"> - slapeloosheid - angst (o.a. om te gaan slapen in verband met nare dromen) - pijn - onrust - stemming, vooral voor bewoners die nergens meer komen, om hen te prikkelen en positieve ervaringen te geven 	<ul style="list-style-type: none"> - ter ontspanning - om onrust en geagiteerd gedrag (bij dementie) te verminderen - ter verhoging van de kwaliteit van leven
<i>Complementaire zorgvorm</i>	Therapeutic touch (TT)	Massage	Massage	-	Massage (Eikendonk)
<i>Indicatie</i>	<ul style="list-style-type: none"> - pijn - onrust - rouwverwerking - gevoelens van onmacht - versterken eigen kracht (zelfhelend vermogen) 	<ul style="list-style-type: none"> - pijn - (spier)spanning - onrust (in denken en doen) - angst - obstipatie - stemming (huilen, somber, agressie) - ter bevordering van comfort - ter ondersteuning bij aanpassing aan het ziektebeeld 	<ul style="list-style-type: none"> - ontspanning in algemene zin - soms bij pijn - soms bij onrust 		<ul style="list-style-type: none"> - ter ontspanning - om onrust en geagiteerd gedrag (bij dementie) te verminderen - ter verhoging van de kwaliteit van leven
<i>Complementaire zorgvorm</i>			Aquazorg : bad, voetbad, koele buikwassing en kompressen		Aromazorg (Eikendonk)
<i>Indicatie</i>			<ul style="list-style-type: none"> - spanning (bad, voetbad, kompressen) - krampen, pijn (kompressen); - obstipatie (koele buikwassing) 		<ul style="list-style-type: none"> - ter ontspanning - om onrust en geagiteerd gedrag (bij dementie) te verminderen - ter verhoging van de kwaliteit van leven

2.6 Vormen van complementaire zorg

In de proeftuin worden in totaal 6 verschillende vormen van complementaire zorg gevolgd. In onderstaande figuur worden deze kort toegelicht.



Figuur 1: beschrijving cz interventies

Ondanks de variatie aan complementaire interventies en de verschillende doelgroepen, zijn de redenen waarom de organisaties de interventies inzetten behoorlijk gelijklopend, namelijk:

- meer ontspanning;
- minder onrust, minder geagiteerd gedrag, betere gemoedstoestand;
- beter slapen;
- minder verkramping, minder pijn;
- gemakkelijker ADL;
- hogere kwaliteit van leven en welbevinden.

ONDERZOEK naar EFFECTEN van complementaire zorg

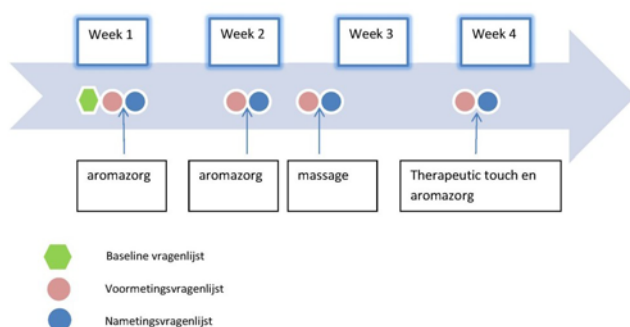
3.1 Methoden

3.1.2 Kwantitatief onderzoek naar ervaren effecten van cz bij bewoners

Opzet en procedure

Het kwantitatieve onderzoek betrof een pragmatische, niet-gecontroleerde voor-nametingsstudie waarbij ervaren effecten van cz werden gemeten aan de hand van vragenlijsten. De metingen werden per deelnemer verricht in een periode van vier weken. In deze periode konden één tot maximaal vier combinaties van voor- en nameting worden verricht. Na minimaal één jaar kon de meetperiode worden herhaald (wederom een maand lang maximaal vier metingen). Zie Figuur 2 een voorbeeld flowdiagram.

Flowdiagram vragenlijsten clienten



Figuur 2. Voorbeeld flowdiagram

De totale studieperiode liep aanvankelijk van 1 juni 2016 tot 1 juni 2018. Toen bleek dat de inclusie achterbleef, is de studieperiode met een half jaar verlengd tot december 2018. Uit pragmatische overwegingen (onder andere praktische mogelijkheden per instelling) is vooraf geen vast aantal te includeren deelnemers gesteld, maar was het doel om per instelling te streven naar het hoogst haalbare aantal deelnemers.

Interventie

De interventie bestond uit een behandeling van cz zoals deze per organisatie werd aangeboden. Zie voor een nadere beschrijving van de aangeboden vormen van cz per organisatie hoofdstuk 2.

Studiepopulatie

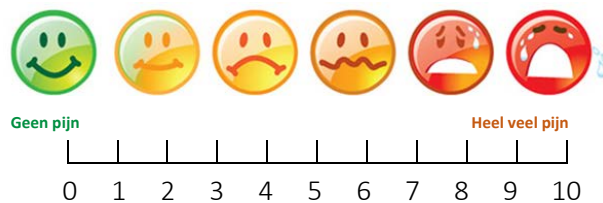
Deelnemers aan de studie werden geworven onder bewoners van elk van de zes deelnemende organisaties. Deelname was mogelijk wanneer een persoon tijdens de studieperiode één of meerdere keren een vorm van cz kreeg aangeboden.

De vragenlijsten

Deelnemers zijn gevraagd om bij de start van de meetperiode van vier weken éénmalig een baseline vragenlijst (T0) in te vullen. Vervolgens werd er steeds een vragenlijst ingevuld voorafgaand aan elke complementaire behandeling (voormeting) en binnen 24 uur na de behandeling (nameting).

De baseline vragenlijst bevatte vragen over sociaal-demografische kenmerken van de deelnemers, ervaren lichamelijke en mentale gezondheid en eerder gebruik van cz (zie bijlage 6).

De voor- en nametingsvragenlijst deed navraag naar de ervaren kwaliteit van leven en de mate van pijn, ontspanning, klachten, onrust en angst (zie bijlage 7). Voor *kwaliteit van leven* werd dit gemeten aan de hand van een rapportcijfer van 1 tot en met 10. Voor de items *pijn, ontspanning, klachten, onrust en angst* werd dit gemeten aan de hand van Visueel Analoge Schalen (VAS), die liepen van 0 tot en met 10, in combinatie met smileys. Zie als voorbeeld in figuur 3.



Figuur 3. Voorbeeld van visueel analoge schaal (VAS) gecombineerd met smileys

Deze 11-punts VAS is gevalideerd voor *pijn* (Ferreira-Valente et al., 2011). Vanwege het gebruikersgemak en de snelheid van invullen is ervoor gekozen om deze VAS ook te gebruiken voor *ontspanning, klachten, onrust en angst*.

Daarnaast deed de nametingsvragenlijst navraag naar onder andere behandelvorm, meetmoment nametingsvragenlijst, reden voor cz en overige opmerkingen.

De deelnemers vullen de vragenlijst zo mogelijk zelf op papier in. Als dit niet meer mogelijk was, vulde de aanwezige zorgverlener de schriftelijke vragenlijst samen met de deelnemer in of deed de zorgverlener dit alleen. In de vragenlijst werd aangegeven door wie deze was ingevuld. Alle schriftelijke vragenlijsten werden vervolgens ingevoerd in een digitaal systeem (www.mwm2.nl).

Uitkomstmaten

Behandeleffecten worden weergegeven als 1) significante verschillen tussen voor- en nameting en 2) als klinisch relevante effecten op de uitkomstmaten *kwaliteit van leven, pijn, ontspanning, klachten, onrust en angst*.

Klinisch relevante effecten zijn vooraf geformuleerd als: het percentage metingen waarbij een verbetering van minimaal 2 punten op de VAS schaal optreedt voor elk van de uitkomstmaten. Deze keuze is gebaseerd op een eerdere studie onder ouderen waarbij de minimaal relevante verandering op de VAS pijn schaal ('ik voel een beetje meer/minder pijn') lag tussen de 2,1 en 1,0 punten (Bijur et al, 2010). Voor de overige uitkomstmaten zijn hier geen studies van bekend.

Informed consent / ethische overwegingen

Vooraf werd de mogelijk deelnemende bewoners mondeling en schriftelijk geïnformeerd over het doel en het verloop van de studie. Pas na ondertekening van het informed consent formulier werden de metingen verricht. In geval dat de bewoner zelf wilsonbekwaam was, werd informed consent verkregen van een bevoegd familielid. Alle gegevens werden geanonimiseerd en vertrouwelijk geanalyseerd en gerapporteerd.

Data-analyse

Analyses zijn uitgevoerd op groepsniveau (alle instellingen tezamen) en subgroep-analyses per instelling. Allereerst zijn descriptieve analyses uitgevoerd voor de baseline data, behandelvorm, invulmoment, etc.. Voor de toetsing naar verschillen tussen voor- en nametingen zijn paarsgewijze toetsen uitgevoerd op *kwaliteit van leven, pijn, ontspanning, onrust en angst*. Bij verkenning van de data bleken deze niet normaal verdeeld te zijn (Kolmogorov Smirnov $p < 0,05$). Daarom is ervoor gekozen om de verschillen tussen voor- en nametingen te toetsen met behulp van de non-parametrische Wilcoxon signed rank toets.

Voor de klinische relevantie (verbetering van 2 punten) zijn steeds de aantallen en percentages metingen berekend voor elk van uitkomstmaten, waarbij een verbetering van minimaal 2 punten optrad tussen voormeting en nameting. Daarnaast is Mann-Whitney U gebruikt voor ongepaarde toetsing van twee groepen en Kruskal-Wallis voor ongepaarde toetsing van meerdere groepen.

Verschillen werden geïnterpreteerd als statistisch significant als $p < 0,05$. Bij de analyses is gebruik gemaakt van het statistisch programma SPSS.

3.1.2 Kwalitatief onderzoek naar ervaringen rondom cz bij bewoners

Data-verzameling

De organisaties zijn gevraagd om van een aantal bewoners, die ook meedoen aan het kwantitatieve onderzoek, een observatieformulier in te vullen (zie bijlage 8). Deze gegevens dienen om een beter beeld van de ervaren effecten van cz te krijgen. Om pragmatische redenen werd niet gestreefd naar een vast aantal observaties per organisatie, maar werd gekeken naar wat haalbaar was. In totaal kon één bewoner maximaal twee maal geobserveerd worden. Deze observatieformulieren werden ingevuld door het verplegend en verzorgend personeel, bijvoorbeeld de eerst verantwoordelijk verzorgende van een desbetreffende deelnemer. Men is gevraagd om in een periode van enkele dagen observaties te noteren van de deelnemer die in deze periode ook cz ontvangt. Dit konden zowel positieve, neutrale of negatieve bevindingen zijn. De observanten werden uitgenodigd om alles te beschrijven wat is opgevallen en/of noemenswaardig is. Op het observatieformulier werden de volgende onderwerpen benoemd:

1. Stemming en humeur;
2. Gedrag;
3. Communicatie;
4. Slaap;
5. Lichamelijke ongemakken;
6. Mantelzorgers;
7. Overige opmerkingen.

Deze onderwerpen dienden als globale kapstok en de observanten waren vrij om naar eigen inzicht hun waarnemingen te noteren.

Deelnemers

In totaal zijn 96 observaties uitgevoerd van 51 verschillende deelnemers door 35 verschillende observanten (zie Tabel 1). De aantallen zijn niet evenredig verdeeld over de vijf deelnemende instellingen. Meer dan de helft van de observaties zijn uitgevoerd bij Nusantara (56%), terwijl op Roosdonck 8% en De Kloosterhoeve 6% van de observaties zijn uitgevoerd. Op Eikendonk PG en somatiek zijn geen observaties uitgevoerd. Het aantal bewoners per locatie is meer evenredig verdeeld. Het aantal observanten is het grootst bij Eekhof (N=14), en het laagst bij De Kloosterhoeve (N=2).

Tabel 1. Verdeling observaties over de instellingen

Locatie	Aantal beschikbare observaties	Aantal bewoners	Aantal observanten
Raffy	11 (11%)	11 (22%)	9 (26%)
Nusantara	54 (56%)	12 (24%)	6 (17%)
Eekhof	17 (18%)	14 (27%)	14 (40%)
Eikendonk PG	-	-	-
Eikendonk Somatiek	-	-	-
Roosdonck	8 (8%)	8 (16%)	4 (11%)
De Kloosterhoeve	6 (6%)	6 (12%)	2 (6%)
Totaal	96	51	35

Analyse

Vanwege de onevenredige verdeling is besloten om van iedere cliënt één observatie mee te nemen in de analyse, namelijk de eerste observatie. Daarmee zijn in totaal 51 observatieformulieren geanalyseerd. Allereerst zijn de observatieformulieren doorgelezen door één onderzoeker. Deze persoon is zelf niet betrokken geweest bij het onderzoek. De onderzoeker heeft per beschreven onderwerp de waarnemingen uit de data gehaald (zie paragraaf data-verzameling).

De onderwerpen zijn in het observatieformulier apart uitgevraagd. De geobserveerde onderwerpen vormen de thema's van de kwalitatieve analyse. De veranderingen zijn vervolgens gescoord op Positieve, Negatieve of Geen verandering. De ervaringen van de deelnemers zelf, zoals beschreven op het observatieformulier, zijn aangevuld met de opmerkingen van de bewoners zoals verkregen uit de vragenlijst voor het kwantitatieve onderzoek.

3.1.3 Onderzoek naar invloed van cz op medewerkers

Als onderdeel van de studie was het aanvankelijk de bedoeling om ook de invloed van cz op werktevredenheid en werkgeluk in kaart te brengen. Er is gekozen om dit te meten aan de hand van de Work as Meaning Inventory (WAMI). Deze gevalideerde vragenlijst doet aan de hand van 10 stellingen navraag naar betekenisgeving van het werk (Steger et al., 2012).

Het was de bedoeling dat de vragenlijst werd uitgezet onder zowel medewerkers die wel cz verlenen binnen de organisatie als medewerkers die geen cz verlenen binnen de organisatie. Doel was om te kijken of er verschillen zijn in scores op de WAMI tussen deze twee groepen. Bij afname van de vragenlijst is gebruik gemaakt van het digitale vragenlijststelsel mwm2. Echter, in de praktijk bleek het niet haalbaar om voldoende data te verzamelen, onder meer doordat organisaties in diezelfde periode een geheel Medewerkers Tevredenheids Onderzoek (MTO) uitvoerden. Vanwege de lage response ratio en kleine totale aantallen werd de betrouwbaarheid te laag en de kans op een vertekend beeld (bias) te groot geacht. Om die reden is besloten de data rondom werktevredenheid / betekenisgeving in werk binnen dit onderzoek buiten beschouwing te laten.

3.2 RESULTATEN

3.2.1 Kwantitatief onderzoek naar ervaren effecten van cz bewoners

Aantallen deelnemers en metingen

In totaal zijn 129 bewoners geïncludeerd in de studie (de deelnemers). Deze waren afkomstig van zes zorglocaties (aangezien Schakelring met twee locaties aan het onderzoek heeft meegedaan). Binnen zorgorganisatie Eikendonk waren de deelnemers afkomstig van twee verschillende afdelingen, namelijk één voor bewoners met voornamelijk somatische klachten (aangeduid met 'somatiek') en één voor bewoners met voornamelijk psychogeriatrische klachten (aangeduid met 'PG'). Gezien dit verschil in achtergrond van bewoners op deze afdelingen is besloten deze afdelingen in de analyses apart te behandelen.

De aantallen staan per instelling vermeld in Tabel 2.

Tabel 2: overzicht aantallen deelnemers en metingen in kwantitatieve studie

	Totaal deelnemers	Totaal metingen	Mediaan	Range (min – max)
Raffy	30	91	3	1–4
Nusantara	25	51	1	1–8
Eekhof	15	49	3	1–6
Eikendonk PG	10	17	2	1–3
Eikendonk Somatiek	13	17	1	1–3
Roosdonck	25	45	2	1–4
De Kloosterhoeve	11	19	2	1–4
Totaal	129	280	2	1–8

In totaal zijn 280 voor- en nametingen verricht. Dit komt neer op gemiddeld ruim twee metingen per persoon. De totale mediaan was 2 en lag per instelling tussen de 1 en 3. Bij personen waarbij meer dan vier metingen zijn uitgevoerd, betrof dit twee meetperiodes met een tussentijd van minimaal één jaar. Dit was twee keer het geval bij Nusantara (totaal zes metingen en acht metingen) en vier keer het geval bij Eekhof (totaal vijf of zes metingen). Voorts was bij Eekhof bij zes deelnemers sprake van een langere meetperiode (tot drie maanden). Aangezien de scores van *kwaliteit van leven*, *pijn*, *ontspanning*, *onrust* en *angst* tussen de voormetingen bij deze deelnemers niet significant van elkaar verschilden (Mann-Whitney- U test > 0,05), is besloten deze metingen wel bij verdere analyses mee te nemen.

Kenmerken studiepopulatie

De sociaal-demografische achtergronden van de deelnemers staan beschreven in Tabel 3. De deelnemers waren gemiddeld 78 jaar (range 42 tot 98 jaar) en de meerderheid (69%) was vrouw. Bij Nusantara en Eikendonk PG waren de deelnemers gemiddeld het oudste (respectievelijk 84 en 85 jaar) en bij De Kloosterhoeve het jongst (59 jaar). Bij alle organisaties namen gemiddeld meer vrouwen deel aan de studie, met percentages tussen de 56% (Roosdonck) en 80% (Eekhof). De ervaren lichamelijke en mentale gezondheid was gemiddeld matig tot voldoende (respectievelijk 2,3 en 2,5 op een schaal van 1 tot 5). De lichamelijke gezondheid was het hoogst bij De Kloosterhoeve (gemiddeld 2,8) en het laagst bij Raffy en Roosdonck (beiden gemiddeld 2,0). De mentale gezondheid was het hoogst bij De Kloosterhoeve (gemiddeld 3,0) en het laagst bij Eikendonk PG (gemiddeld 2,0). Bij alle instellingen scoorde men iets hoger op mentale gezondheid in vergelijking met de lichamelijke gezondheid, behalve bij Eekhof en Eikendonk PG.

Tabel 3. sociaal-demografische kenmerken van de studie-populatie

	Totaal	Raffy	Nusantara	Eekhof	Eikendonk PG	Eikendonk Somatiek	Roosdonck	De Kloosterhoeve
Leeftijd in jaren (SD)	78 (11,4)	79,2 (9,8)	84,1 (7,4)	75,1 (10,6)	84,6 (6,72)	77,5 (11,2)	76,6 (9,29)	58,8 (11,4)
Geslacht (%)								
Man	31	37	28	20	30	23	44	18
Vrouw	69	63	72	80	70	77	56	82
Lichamelijke gezondheid* M(SD)	2,3 (0,80)	2,0 (0,69)	2,1 (0,67)	2,7 (0,59)	2,6 (0,52)	2,4 (0,65)	2,0 (0,87)	2,8 (1,17)
Mentale gezondheid* M(SD)	2,5 (0,86)	2,7 (0,60)	2,2 (0,99)	2,2 (0,86)	2,0 (0,47)	2,5 (0,52)	2,9 (0,93)	3,0 (1,00)

* Schaal van 1 (slecht) tot 5 (uitstekend)

Tabel 4. Ingezette vormen van cz tot één maand voorafgaand aan de studie

	Totaal	Raffy	Nusantara	Eekhof	Eikendonk PG	Eikendonk Somatiek	Roosdonck	De Kloosterhoeve
Cz in afgelopen maand (ja) (%)	64	97	56	93	30	8	48	91
Namelijk (%)**:								
Massage	41	83	57	-	100	100	83	70
Therapeutic Touch	12	55	-	-	-	-	-	-
Tactiel Stimulering	11	-	-	100	-	-	-	-
Pidjit	9	17	43	-	-	-	-	-
Aquazorg	3	-	-	-	-	-	8	30
Aromazorg	7	7	-	-	-	-	42	20
Ontspanningsoefeningen	4	7	-	-	-	-	17	10
Anders	2	-	-	-	-	-	17	-

** meerdere antwoorden mogelijk

Eerdere ervaring met cz

In totaal heeft 64% van de deelnemers tot één maand voorafgaand aan de meetperiode één of meerdere vormen van cz ontvangen. Echter, hierbij was een grote spreiding te zien tussen de instellingen. Bij Raffy, Eekhof en De Kloosterhoeve was dit nagenoeg iedereen (91 tot 97%), bij Roosdonck en Nusantara ongeveer de helft (respectievelijk 48 en 56%), bij Eikendonk PG bijna een derde (30%) en bij Eikendonk Somatiek slechts 8%.

Bij Raffy betrof dit voornamelijk massage (83%) en therapeutic touch (55%), bij Nusantara massage (57%) en pidjit (43%), bij Eekhof Tactiel Stimulering (100%), bij Eikendonk PG, Eikendonk Somatiek en De Kloosterhoeve handmassage (respectievelijk 100%, 100% en 70%) en bij Roosdonck (hand-)massage (83%) en aromazorg (42%). Nadere percentages staan beschreven in Tabel 4.

Gemeten effecten op kwaliteit van leven, pijn, ontspanning, onrust en angst

In figuur 4a t/m f staan de scores van voor- en nametingen voor kwaliteit van leven, pijn, ontspanning, onrust en angst schematisch weergegeven. De exacte waarden van de scores staan vermeld in tabel I t/m IV in bijlage 9.

Figuur 4a laat zien dat de gemiddelde *kwaliteit van leven* voorafgaand aan de complementaire behandeling op 6,06 ligt. Deze varieert van 4,77 (SD=1,79) bij Raffy tot 7,11 (SD=1,20) bij De

Kloosterhoeve. Bij elk van de organisaties is de gemiddelde score voor *kwaliteit van leven* na afloop van de behandeling gestegen. Deze stijging is gemiddeld 1,14 op een schaal van 1 t/m 10. Tussen de instellingen varieert dit van +0,17 bij Eikendonk PG tot +1,80 bij Eekhof. Paarsgewijze toetsing (Wilcoxon rank test) laat zien dat de toename in *kwaliteit van leven* voor elk van de organisaties significant is, behalve voor Eikendonk PG. Zie Tabel 5 voor *p*-waarden.

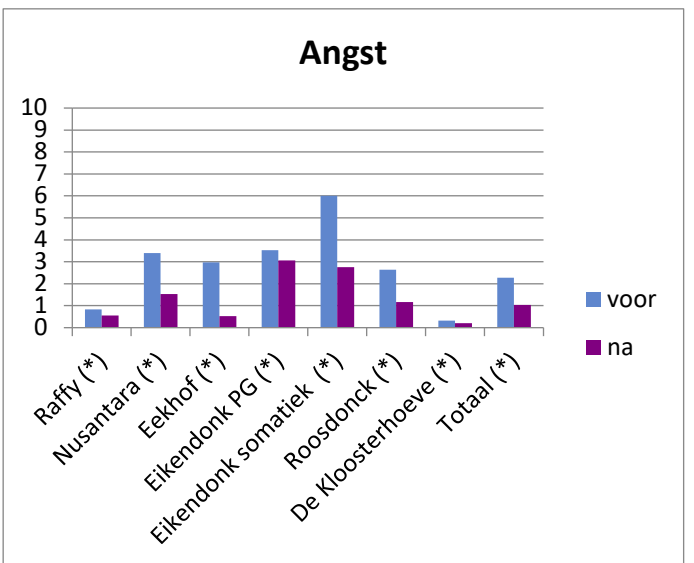
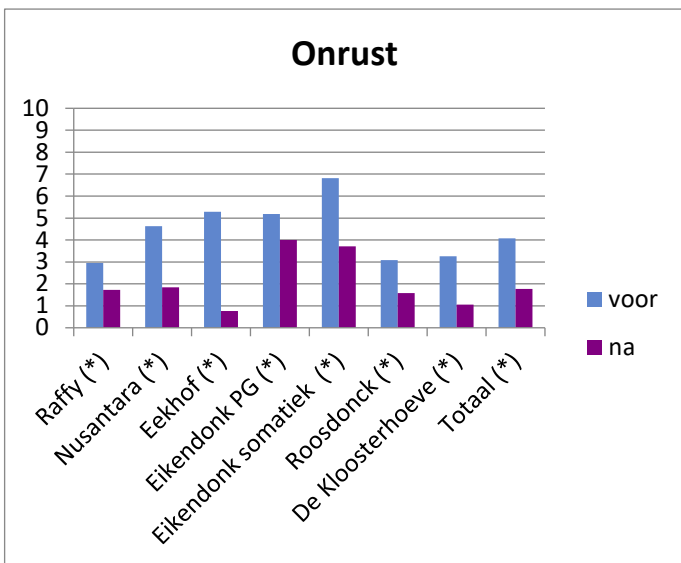
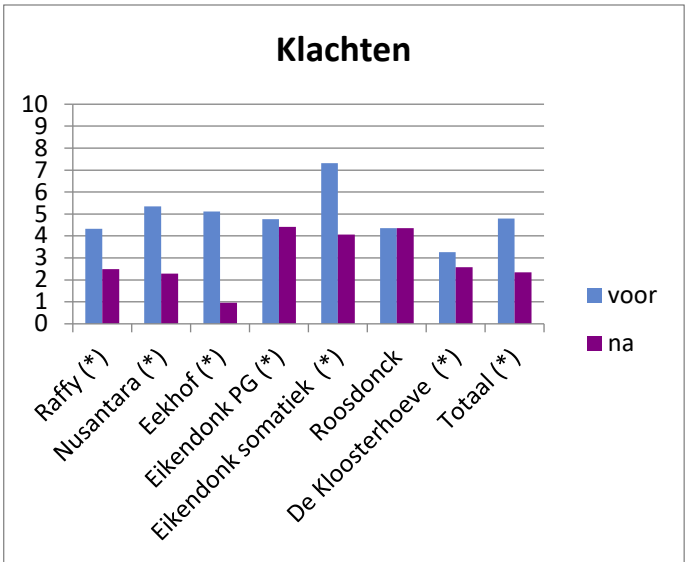
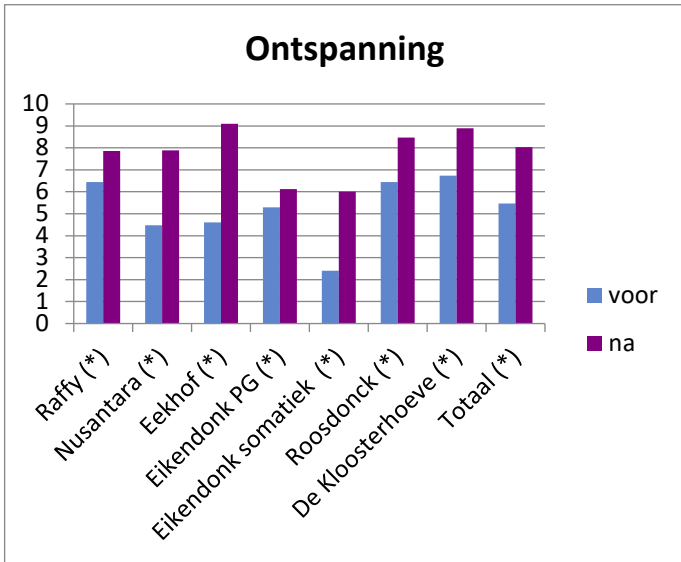
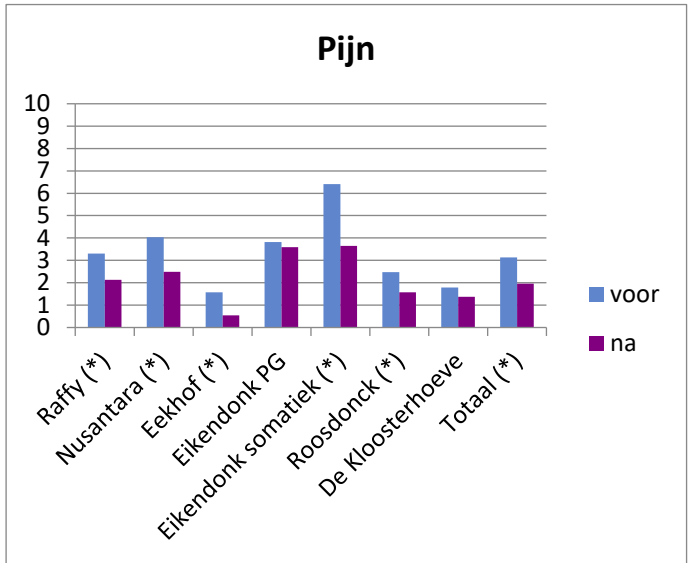
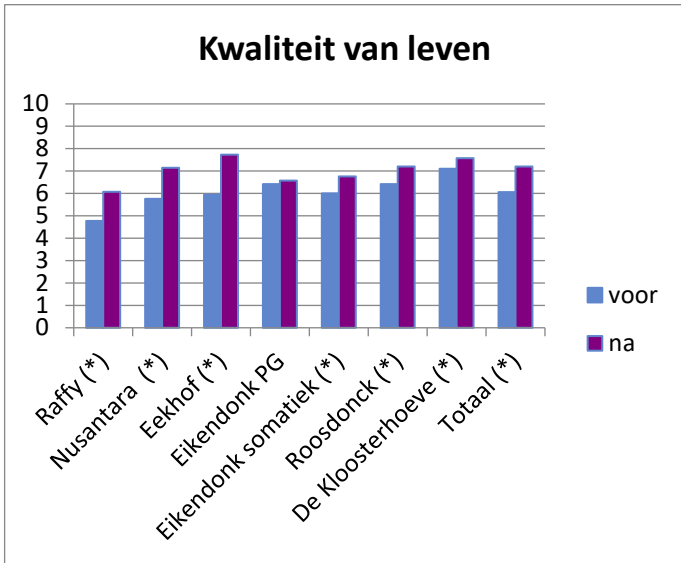
Figuur 4b laat zien dat de gemiddelde score voor *pijn* vooraf aan de behandeling aanzienlijk varieert tussen de instellingen. Bij Eikendonk Somatiek is deze het hoogst (6,41 (SD=3,26)). Hier is ook de grootste gemiddelde daling in ervaren pijn te zien na afloop van de behandeling (-2,76 (SD=2,80)). Bij Eekhof, De Kloosterhoeve en Roosdonck ligt de gemiddelde score voor *pijn* het laagst (1,57 tot 2,48); de gemiddelde afname in *pijn* ligt hier ook lager (-0,42 tot -1,02). Gepaarde toetsing (Wilcoxon rank test) wijst uit dat de gemiddelde verschillen tussen voor- en nameting voor alle instellingen significant is (alle *p*-waarden $\leq 0,046$), behalve bij De Kloosterhoeve (*p*=0,066). Dat de afname bij De Kloosterhoeve niet significant is, terwijl de gemiddelde daling toch groter is dan bij Eikendonk PG, hangt samen met de grotere gemiddelde spreiding (SD= 1,02 bij De Kloosterhoeve en SD=0,44 bij Eikendonk PG) en de kleine aantallen metingen (N= 19 bij De Kloosterhoeve en N= 17 bij Eikendonk PG).

De gemiddelde toename in *ontspanning* is 2,56 (SD=2,53) voor alle organisaties tezamen en varieert van + 0,82 (SD=0,73) bij Eikendonk PG tot 4,49 (SD= 3,13) bij Eekhof. Zie figuur 4c. Daarmee is de gemiddelde verbetering na afloop van de complementaire behandeling op ontspanning het grootst in verhouding met de overige uitkomstmaten (*kwaliteit van leven*, *pijn*, *angst* en *onrust*). Bij de instellingen waar de ervaren mate van ontspanning het laagst is (Eikendonk Somatiek, Nusantara en Eekhof; met scores voorafgaand aan de behandeling van 2,41 tot 4,61), is de gemiddelde toename in ontspanning na afloop van de behandeling het grootst (verschillen tussen +3,41 tot +4,49). Paarsgewijze toetsing (Wilcoxon Rank test) laat zien dat alle gemiddelde verschillen vooraf en na afloop van de behandeling ruimschoots significant zijn (alle *p*-waarden $\leq 0,003$).

De gemiddelde scores voor *klachten* per organisatie vooraf aan de interventie volgen hetzelfde patroon als *pijn* (zie figuur 4b en d). Echter, de scores voor *klachten* liggen wel hoger (totaal gemiddeld 4,79 (SD=2,65)). Met een gemiddelde afname van klachten van -2,44 (SD=2,43) is dit gemiddeld na *ontspanning* de grootste verbetering. Paarsgewijze toetsing (Wilcoxon rank test) wijst uit dat deze verbetering van scores voor *klachten* voor alle organisaties significant is (alle *p*-waarden $\leq 0,034$).

De gemiddelde afname in *klachten* is nagenoeg even groot als de gemiddelde afname in *ervaren onrust* (respectievelijk -2,44 (SD=2,43) versus -2,31 (SD=2,40)). Paarsgewijze toetsing (Wilcoxon rank test) wijst uit dat deze verbetering van *onrust* voor alle organisaties significant is (alle *p*-waarden $\leq 0,002$).

Vergelijking van *onrust* en *angst* (figuur 4e en 2f) laat zien dat de mate van *onrust* vooraf aan de interventie hoger ligt dan de gemiddelde mate van *angst* (te weten 4,07 (SD=2,79) voor *onrust* en 2,28 (SD= 3,00) voor *angst*). De gemiddelde verandering in *angst* is, samen met de afname van *pijn* (- 1,16 (SD=1,30)) en toename van kwaliteit van leven, relatief het kleinst ten opzichte van de overige uitkomstmaten (*ontspanning*, *klachten* en *onrust*). Paarsgewijze toetsing (Wilcoxon rank test) wijst uit dat de afname in *angst* voor alle organisaties significant is (alle *p*-waarden $\leq 0,020$).



Figuur 4a t/m f. Gemiddelde score op kwaliteit van leven, pijn, ontspanning, klachten, onrust en angst (* is significant ($p < 0,05$))

Duur tussen afloop van behandeling en het invullen van de nametingsvragenlijst

Bij 61% van de metingen werd de nametingsvragenlijst binnen 1 uur na afloop van de behandeling ingevuld. Dit was voornamelijk bij Eikendonk PG (94%), Raffy (83%), Roosdonck (80%) en De Kloosterhoeve (79%) het geval. Bij Nusantara en Eekhof was dit vaak ook tussen 1 en 4 uur (53 en 51%). Alleen bij Eikendonk Somatiek zat in de meeste gevallen langer tussen de afloop van cz en het invullen van de nametingsvragenlijst, namelijk meer dan 4 uur (88%). Zie Tabel 5.

Tabel 5. Duur tussen afloop van behandeling en het invullen van de nametingsvragenlijst

	Totaal (N=288)	Raffy (N=91)	Nusantara (N=51)	Eekhof (N=49)	Eikendonk PG (N=17)	Eikendonk Somatiek (N=17)	Roosdonck (N=45)	De Kloosterhoeve (N=19)
< 1 uur	61	83	28	41	94	0	80	79
Tussen 1 en 4 uur	26	17	53	41	6	12	11	21
Tussen 4 en 12 uur	7	0	10	14	0	41	2	0
>12 uur geleden	6	0	10	4	0	47	7	0

Klinisch relevante effecten: verbetering van minimaal 2 punten

Klinisch relevante effecten voor de uitkomstmaten *kwaliteit van leven*, *pijn*, *ontspanning*, *onrust* en *angst* zijn geformuleerd als het percentage metingen waarbij een verbetering optreedt van minimaal 2 punten. In totaal waren de percentages metingen waarbij er een verbetering van minimaal 2 punten optreedt het grootst voor *ontspanning* (65%), *klachten* (59%) en *onrust* (58%). Bij de uitkomstmaten *angst* (27%), *kwaliteit van leven* (34%) en *pijn* (34%) waren deze het kleinst. Zie Tabel 6.

De tabel laat zien dat de items waarop de relevante effecten het grootst zijn, verschillen per instelling. Bij Raffy, Nusantara, Roosdonck en De Kloosterhoeve zijn de items met een klinisch relevant effect het grootst voor *ontspanning* (51 tot 82%) en *klachten* (51 tot 77%). Bij Eekhof *ontspanning* (82%) en *klachten* (77%); bij Eikendonk PG *onrust* (41%) en *kwaliteit van leven* (29%); bij Eikendonk Somatiek *angst* (88%) en *ontspanning* (82%).

Per item zijn grote verschillen te zien in klinisch relevante effecten tussen de instellingen. Dit is voornamelijk te zien bij *kwaliteit van leven* (5 tot 63%), *pijn* (0 tot 77%), *onrust* (35 tot 88%) en *angst* (5 tot 88%).

Tabel 6. Percentages metingen met klinisch relevant effect (d.w.z. verbetering van minimaal 2 punten op de VAS schaal)

	Kwaliteit van leven		Pijn		Ontspanning		Klachten		Onrust		Angst	
	N	% klinisch relevant	N	% klinisch relevant	N	% klinisch relevant	N	% klinisch relevant	N	% klinisch relevant	N	% klinisch relevant
Raffy	13	31	83	41	83	51	83	53	83	35	83	8,4
Nusantara	50	42	51	47	51	82	51	77	51	73	51	37
Eekhof	49	63	49	25	49	84	49	82	49	88	49	47
Eikendonk PG	17	29	17	0	17	18	17	6	17	41	17	6
Eikendonk Somatiek	17	24	17	77	17	82	16	75	17	77	8	88
Roosdonck	43	19	44	30	43	56	43	51	45	47	45	31
De Kloosterhoeve	19	5	19	11	19	74	19	71	19	68	19	5
Totaal	203	34	280	34	279	65	278	59	281	58	272	27

Invloed van invuller op verschil in effecten op uitkomstmaten

Bij Roosdonck werd de voor- en nametingsvragenlijst in 24% van de metingen ingevuld door de deelnemer zelf; bij Raffy in 16% van de metingen, bij De Kloosterhoeve in 11% van de metingen en bij Eikendonk Somatiek in 6% van de metingen. Alle overige voor- en nametingen zijn ingevuld door de zorgverlener in samenspraak met de deelnemer – of zoals bij Roosdonck in 24% van de metingen samen met een vrijwilliger – tenzij dit niet meer mogelijk was omdat de deelnemer bijvoorbeeld in slaap gevallen was.

Toetsing (Mann-Whitney U) laat zien dat er geen verschil is in toe- of afname scores op de uitkomstmaten bij Raffy ($p=0,087$ voor *kwaliteit van leven* en alle overige p -waarden $>0,319$). Bij Roosdonck is de afname van *angst* significant groter bij de metingen die zijn ingevuld door de deelnemers dan de metingen die zijn ingevuld door de zorgverlener/vrijwilliger (voor *angst* $p=0,020$; alle overige p -waarden $>0,286$). Bij De Kloosterhoeve is een kleinere verbetering in ontspanning en klachten te zien bij de twee metingen die zijn ingevuld door de deelnemers ten opzichte van de metingen die zijn ingevuld door de zorgverlener samen met de deelnemer; bij Eikendonk Somatiek zijn de verbeteringen nagenoeg gelijk. Bij deze twee laatstgenoemde instellingen zijn de verschillen in toe- en afname niet statistisch te toetsen vanwege de kleine aantallen.

Verschillen in baselinewaarden tussen voormeting en volgende voormeting

Non-parametrische toetsing (Mann-Whitney U test) laat zien dat er geen significante verschillen zijn in baselinewaarden voor alle uitkomstmaten (*kwaliteit van leven*, *pijn*, *ontspanning*, *klachten*, *onrust* en *angst*) bij de eerste voormeting en een volgende voormeting. Dit geldt zowel voor de totale groep als binnen de verschillende organisaties.

Verskil in effect tussen eerste voor – nameting en volgende voor – nametingen

Bij alle organisaties zijn geen significante verschillen te zien in toe- of afname van *kwaliteit van leven*, *pijn*, *ontspanning*, *klachten*, *onrust* en *angst* tussen de opvolgende meetmomenten per deelnemer, behalve bij Nusantara (Kruskal-Wallis; alle p -waarden $\geq 0,107$). Daar wordt de verbetering tussen voor- en nametingen per deelnemer over verloop van tijd groter bij *kwaliteit van leven*, *ontspanning*, *klachten* en *onrust* (p -waarden $\leq 0,041$).

Ingezette vormen en redenen voor cz

Een overzicht van ingezette vormen van cz staat weergegeven in Tabel 7. Massage vormt de meest ingezette vorm van cz (62%), zowel in totaal als per zorginstelling. Het werd ingezet bij alle instellingen behalve Eekhof. (Meer informatie over het type massage is terug te vinden in hoofdstuk 2). Bij Eekhof werd alle keren Tactiel Stimulering ingezet, dat daarmee 17% van het totaal aantal interventies vormde. Naast massage werd bij Raffy ook bij 48% van de behandelingen therapeutic touch ingezet; bij Nusantara ook pijdit (49%); bij Eikendonk Somatiek en Roosdonck ook aromazorg (respectievelijk 47% en 11%) en bij De Kloosterhoeve ook aquazorg (21%) en aromazorg (11%).

De meest genoemde reden voor cz was om meer ontspannen te worden (totaal 67%). Daarnaast werd bij Raffy en Nusantara ook *om klachten te verlichten* genoemd (63 en 45%), bij Eekhof, Eikendonk PG, Roosdonck en De Kloosterhoeve ook *om mijn kwaliteit van leven te verbeteren* (36 tot 78%), bij Eikendonk Somatiek *om minder pijn* te hebben (71%).

Tabel 7. Overzicht van ingezette vormen van cz en reden voor behandeling

	Totaal (N=288)	Raffy (N=91)	Nusantara (N=51)	Eekhof (N=49)	Eikendonk PG (N=17)	Eikendonk Somatiek (N=17)	Roosdonck (N=45)	De Kloosterhoeve (N=19)
Vorm van cz (%)								
Massage	62	77	51	0	100	100	78	80
Tactiel Stimulering	17	0	0	100	0	0	0	0
Therapeutic touch	14	48	0	0	0	0	0	0
Pidjit	11	8	49	0	0	0	0	0
Aromazorg	6	1	0	0	0	47	11	11
Aquazorg	3	0	0	0	0	0	4	21
Visualisatie	1	1	0	0	0	0	7	0
Anders (o.a. koele buikwassing, warmtecompres)	1	0	0	0	0	0	4	0
Reden voor cz (%)								
Om meer ontspannen te worden	67	50	78	80	59	71	60	95
Om mijn kwaliteit van leven te vergroten	39	25	18	78	65	18	36	58
Om klachten te verlichten	38	63	45	20	6	53	16	26
Om minder pijn te hebben	25	36	33	10	0	71	9	16
Om minder angstig te worden	13	1	24	22	18	29	9	5
Om beter te slapen	5	6	2	0	0	29	4	5

3.2.1 Kwalitatief onderzoek naar ervaringen rondom cz bij bewoners Waargenomen veranderingen door cz

Een overzicht van de aantallen waargenomen veranderingen na cz staan beschreven in tabel 8.

Tabel 8. Waargenomen veranderingen na cz

	Positief	Geen	Negatief	nvt.	Niet gerapporteerd
Stemming en humeur	41	10	0	0	0
Lichamelijke ongemakken	26	10	0	12	3
Gedrag	15	36	0	0	0
Slaap	10	14	1	17	9
Communicatie	8	33	0	0	10
Houding mantelzorgers	17	1	1	0	32

Bij 41 van de 51 observaties werden positieve veranderingen in stemming en humeur waargenomen (zie Tabel 8).

'Hij voelde zich beter, ik zag hem weer lachen en vrolijk zijn. Hij ging weer elke ochtend naar de sportschool.' Raffy_014

'Mevr. loopt veel huilend over de gangen en stamp met haar voeten vaak op de grond. Een tijdje reageerde ze minder op de behandeling, nu weer zeer goed. Ze wordt rustig en vaak ook daarna is ze rustiger.' Eekhof_005

Bij 26 observaties werden positieve veranderingen beschreven rondom lichamelijke ongemakken. Bij 10 observaties was geen effect gezien en bij 12 was het niet van toepassing omdat er geen lichamelijke klachten aanwezig waren. De klachten betroffen met name pijn en stijfheid in de rug, pijn aan armen of benen, schouders, handen, of vastzittende spieren. De

veranderingen werden met name gezien op verlichting van de pijn, meer ontspannen gevoel, ontspannen spieren en meer rust.

'Pijn rond rechter knie <is> stuk minder na massage.' Raffy_031

'Zit vast in haar spieren en gewrichten. Na cz soepel en ontspannen.' Nusantara_026

Daarnaast werden bij 15 observaties positieve veranderingen beschreven op gedrag. Bij de overige observaties werden geen effecten rondom gedrag beschreven. Er worden met name meer interacties met medebewoners waargenomen. Men beschrijft dat de deelnemers actiever worden en rustiger aanwezig zijn.

'Mevr. kan overdreven vrolijk reageren naar medebewoners. Na cz merk je dat dit weg is en mevr. in haar rust is terug gekeerd.' Eekhof_017

'Onrust vinden medebewoners lastig en er ontstaat dan regelmatig een conflict. Behandeling doorbreekt dan de spanning.' Eekhof_003

Bij 10 observaties werd een verbeterd slaapritme beschreven. Zo gaf men aan dat deelnemers er beter van konden rusten en slapen. Bij 17 observaties waren slaapproblemen niet van toepassing en bij 14 observaties werden geen veranderingen waargenomen.

'Wisselend slapen, roepen schreeuwen. Na cz totale ontspanning, houdt lang aan.' Nusantara_001

Bij 8 observaties werd aangegeven dat deelnemers communicatiever werden tijdens en na cz. Zo kwam uit de beschrijvingen naar voren dat sommige deelnemers die nauwelijks konden communiceren toch door een glimlach lieten blijken dat ze van de zorg genoten. In andere beschrijvingen kwam naar voren dat de deelnemers spraakzamer werden.

'Knikt en lacht als ze wordt behandeld.' Eekhof_002

Er zijn in totaal 19 beschrijvingen van de houding van mantelzorgers ten aanzien van de geboden cz. In de meeste gevallen geven mantelzorgers aan dat zij de meerwaarde van cz zien vanwege verbetering bij de bewoner. Ze zijn over het algemeen blij met de zorg en waarderen het; ze staan er achter. Enkele mantelzorgers geven aan dat zij speciaal cz ingekocht hebben voor de bewoner.

'Volgens mantelzorgers vindt mevr. het heerlijk en kan ze er van genieten.' De Kloosterhoeve_005

Ervaringen van de bewoners

De observanten hebben geluisterd naar hoe bewoners zelf aangeven hoe ze de aangeboden vorm van cz ervaren. Er zijn 26 van de 51 deze ervaringen van de bewoners zelf beschreven; allemaal positieve ervaringen. De meeste bewoners geven aan dat zij cz fijn en belangrijk vinden en ze genieten ervan.

'Geeft aan cz fijn te vinden. Eerst was er pijn, nu is het fijn.' Eekhof_015

'Het niet alleen zijn vindt meneer belangrijk.' Roosdonck_033

'Geniet van cz door de persoonlijke aandacht.' Roosdonck_030

'Krijgt steeds energie om verder te leven dankzij de aandacht en cz' Raffy_009

Onder de antwoorden uit het opmerkingenveld van de kwantitatieve vragenlijst vormen toename van rust en ontspanning ook centrale thema's:

'Ik voel me altijd fijn als ik gemasseerd ben. Ik zou willen dat het meerdere keren in de week kon. Het geeft me zoveel rust en voel me vredig.' Raffy_011

'Ik ben aan 1 kant verlamd. Ik ben als het ware gescheiden van mijn man, die me iedere dag wel komt opzoeken. Ik ben zieker geworden doordat ik meer ongemakken heb gekregen: eczeem in gezicht en handen. Als ik word gemasseerd kan ik alles (ellende) even vergeten!' Raffy_018

'Ik wil wel vaker pidjit krijgen! Ik merk dat ik van binnen rustiger word.' Raffy_020

'Tobberig, down, onrustig. Geniet van aromazorg. Handmassage biedt rust en ontspanning.' Roosdonck_039

'Een mevrouw die veel in haar eigen wereld zit en erg onrustig is, kreeg tactiel stimulering in bed. Mevrouw zegt heel veel 'ik ga dood'. Opvallend was dat ze tijdens de behandeling ineens overging van 'ik ga dood' naar 'hé, ik leef nog'. En 'hé, ik leef nog, want ik voel mijn tenen!' Eekhof_015

Men geeft aan dat dit ook vaak een positieve invloed heeft op de interactie met medebewoners:

'Onrust vinden medebewoners lastig en er ontstaat dan regelmatig een conflict. Behandeling doorbreekt dan de spanning.' Eekhof_003

'Wordt rustiger in haar hoofd van CZ en voelt haar spieren ontspannen. Lijkt vrolijker, ook naar anderen.' Kloosterhoeve_011

'Hij voelde zich beter, ik zag hem weer lachen en vrolijk zijn. Hij ging weer elke ochtend naar de sportschool.' Meer interactie met medebewoners, minder pijn aan arm en hoofd. Kan meer activiteiten doen.' Raffy_014

Ook wordt een positief effect op pijn frequent genoemd:

'Ik heb altijd veel pijn als ik uit bed kom. Bij het opstaan uit een liggende houding voel ik me verkrampt en ben bang om te bewegen van de pijn in mijn rug. Door de behandeling voelde ik de hele ochtend minder pijn, en de pijn die er was voelde zachter en niet zo heviger meer. Het gevoel dat door mijn lichaam stroomt, geeft mij weer moed' Raffy_012

'Koele buikwassing in ochtend leidt tot ontlasting.' Roosdonck_039

'Veel pijn aan rug door Huntington. Stijfheid en pijn nemen af na CZ.' Kloosterhoeve_010

'Ontspannen, minder pijn in nek, hoofd, schouders, wordt rustiger in haar hoofd, voelt spieren ontspannen, wordt vrolijker, minder humeurig naar partner.' Kloosterhoeve_011

Uit de antwoorden komt naar voren dat de effecten kortdurend aanhouden:

'Als ik van de massagestoel kom, voel ik me meer ontspannen. Maar later in de week, zit ik weer vast (nekpijnklachten).' Raffy_011

3.2 Samenvatting resultaten kwantitatief en kwalitatief onderzoek

Gemiddeld genomen is de grootste verbetering te zien op de mate van ervaren ontspanning. Deze verbeterde ruim 2,5 punt op een schaal van 1 tot 10. Daarnaast was ook een duidelijke verbetering te zien in klachten en onrust; deze waren van afloop van de interventie met bijna 2,5 punt op de VAS schaal verminderd. Op deze uitkomstmaten sorteerden 58 tot 65% van de behandelingen een klinisch relevante verbetering (geformuleerd als een afname van minimaal 2 punten). De verbeteringen in kwaliteit van leven, pijn en angst waren relatief kleiner (verandering van 1,14 tot 1,25 punten op de VAS schaal). Toch sorteerden 27 tot 34% van de behandelingen een klinisch significant effect op deze uitkomstmaten.

Massage was de meest ingezette vorm van cz (62%) bij alle instellingen, behalve bij Eekhof waar enkel Tactiel Stimulering werd ingezet. Ontspanning (67%), verhoging kwaliteit leven (39%) en klachtenverlichting (38%) waren de meest genoemde redenen voor cz. Metingen van de effecten waren op korte termijn; het merendeel van de nametingen (87%) was binnen 4 uur na afloop van de behandeling.

Uit de observaties komt een overwegend positief effect van cz op de bewoners naar voren. Met name stemming/humeur en lichamelijke klachten verbeterden. De meest centrale thema's in de observaties waren 'rust' en 'ontspanning'. Ook de ervaringen van de bewoners zelf en hun mantelzorgers waren positief.

IMPLEMENTATIE van complementaire zorg, de learning history van de proeftuin

Naast het evalueren van de complementaire zorgvormen in de praktijk was een tweede doelstelling van de proeftuin om inzicht te krijgen in succes- en faalfactoren voor implementatie. Uit de landelijke mappingstudie (Busch et al 2015) blijkt dat weliswaar regelmatig complementaire zorg wordt gegeven, maar dat dit vaak niet goed geborgd is in de werkprocessen van de zorgorganisatie en teveel afhankelijk van individuele zorgmedewerkers. Hoe doen de vijf aan de proeftuin deelnemende zorginstellingen dit, welke keuzes hebben zij gemaakt om complementaire zorg te implementeren en hoe succesvol is dit?

4.1 Bouwstenen van de learning history

Het concept learning history komt oorspronkelijk uit de organisatiekunde en is een methodiek om organisatieleren inzichtelijk te maken (Roth & Kleiner 1995). De basisgedachte is: velen werken aan vernieuwingen, maar zelden worden ze als groep bevraagd. Daardoor verdwijnen goede vondsten die resultaat zijn van trial-and-error leren. Om iets aan dit geheugenverlies te doen, kan men 'leergeschiedenissen' schrijven, om specifieke vermogens die een organisatie kennelijk in huis heeft, maar eigenlijk nog niet altijd begrijpt, in kaart te brengen.

De learning history van de proeftuin is een variant op deze methodiek, omdat ze vertegenwoordigers van vijf verschillende zorgorganisaties omvat, waarin verschillende vormen van complementaire zorg voor verschillende doelgroepen worden toegepast, door verschillende typen zorgverleners. Onze learning history is een combinatie van geleerde lessen per deelnemende organisatie en geleerde lessen als groep, en is samengesteld op basis van de volgende stappen:

- De gespreksresultaten van de 10 netwerkbijeenkomsten waarin positieve en negatieve ervaringen met de toepassing van cz en het onderzoek werden gedeeld. De netwerkbijeenkomsten vonden steeds plaats op een van de locaties, duurden 3 uur, waarbij aan het einde tijd werd vrijgemaakt voor een demonstratie van een van de toegepaste complementaire interventies en een rondleiding op locatie. In het tweede en derde jaar konden de coördinatoren complementaire zorg ook steeds een collega meenemen, die in hun eigen organisatie actief bijdraagt aan cz.

- Interviews aan het begin van het project met de 6 cz coördinatoren apart op hun locatie, meestal met een directe collega erbij, over de toepassing van cz in de praktijk. De interviews hadden als belangrijkste topics: keuze voor een bepaalde vorm van cz, aantal en type zorgverleners dat deze interventie toepast, en de ervaren toegevoegde waarde van cz.
- Interviews halverwege het project met de 6 cz coördinatoren apart op hun locatie, meestal met een directe collega erbij, over de organisatie van cz. Met als belangrijkste topics: wie is verantwoordelijk, hoe wordt over cz gerapporteerd en het effect geëvalueerd, uit welk budget wordt het bekostigd, wat gaat goed en wat kan beter.
- Tussentijds telefonisch contact met elke cz coördinator over de inhoudelijke en procesmatige voortgang van cz.
- Daarnaast zijn documenten geraadpleegd (protocollen, werkinstructies, etc.), zoals die in de zorgorganisaties op het gebied van cz gebruikt worden.
- De eerste resultaten van de learning history zijn in een tijdlijn en een organogram m.b.t. de organisatie van cz samengevat. Deze zijn voor feedback teruggegeven aan de cz coördinatoren.
- De resultaten zijn vervolgens gepresenteerd aan de stuurgroep, bestaande uit bestuurders/managers van de 5 zorgorganisaties. Na een eerste startbijeenkomst zijn er vervolgens nog drie bijeenkomsten met de stuurgroep geweest (1x per jaar), waarin de voortgang van het project besproken werd en de ervaringen uit de netwerkgroep van de cz coördinatoren gedeeld werden.

4.2 Ervaringen met complementaire zorg

Proeftuinieren is een proces van kleine stapjes: strategieën en acties bedenken, uitproberen, bijstellen, draagvlak zoeken, etc. Dat vraagt inzet, creativiteit, en visie van mensen, in een werkomgeving die zelf ook voortdurend in beweging is. Alle deelnemende organisaties hadden in de looptijd van de proeftuin te maken met zaken als personeelskrapte, ziekte van personeel, uitbreiding van het aantal bedden, wisseling van leidinggevenden, en verandering in de managementstructuur. Voor de cz coördinatoren betekende dit wisselende aandacht voor complementaire zorg bij collega's en leidinggevenden en daarmee ook wisselende motivatie om 'trekker' te zijn voor de ontwikkeling van cz. Het bracht ook met zich mee dat het enige tijd duurde voordat er een groepsgevoel ontstond bij de coördinatoren tijdens de netwerkbijeenkomsten, want ook de samenstelling van de groep wisselde geregeld.

Gevraagd naar het belang van complementaire zorg, geven alle coördinatoren aan dat complementaire zorg iets toevoegt aan de zorgvisie, aan de kwaliteit van leven van bewoners, aan hun professionele handelingsmogelijkheden en de wijze waarop zij in contact zijn met hun bewoners. Ze kunnen in bepaalde situaties iets voor een bewoner betekenen waar ze anders met hun rug tegen de muur zouden staan. Ook voelen sommigen een ander, dieper ('energetisch'), contact met de bewoner naast het functionele contact (zie schema 2).

Schema 2: Zorg zonder cz

Als onze organisatie geen complementaire zorg zou geven, dan
(uitspraken tijdens interviews bij de start van de proeftuin)

Raffy	De Kloosterhoeve	Roosdonck	Nusantara	Schakelring
<ul style="list-style-type: none">– is er meer onrust en frustratie bij bewoners, en is de interactie met bewoners moeilijker– kan bij bepaalde bewoners de ADL-zorg minder soepel verlopen (bijvoorbeeld bij mensen met spasmen)– kunnen mensen met Parkinson minder goed lopen– kun je voor bepaalde bewoners niets meer betekenen (nl. in die situaties waarin je met de rug tegen de muur staat)– bieden we niet die zorg die hoort; cz hoort bij persoonsgerichte en cultuurspecifieke zorg (bijvoorbeeld ook een ruimte energetisch reinigen na overlijden van een bewoner).	<ul style="list-style-type: none">– haal je een belangrijke schakel weg in het contact met de cliënt. Normaal is contact of een gesprek met deze doelgroep best lastig, cz biedt een concreet handvat.– medicamenteus heb je weinig mogelijkheden– cz kan helpen de bewoner meer centraal te stellen en het medisch-farmaceutisch handelen juist minder - zou er verarming optreden, menselijk contact – waartoe complementaire zorg kansen biedt – is essentieel.	<ul style="list-style-type: none">– zou de visie op zorg een andere zijn– is het hart uit de zorg, - er is dan een andere sfeer, beleving en mate van rust in het hospice– kun je minder voor je cliënten betekenen. Complementaire zorg geeft concrete handvatten in situaties waarin je vaak onmachtig bent. Het is dus van toegevoegde waarde, een middel om iets anders aan cliënten te kunnen geven. Het brengt een andere vorm van communicatie: je komt dichterbij en maakt meer/beter contact.	<ul style="list-style-type: none">– is er geen goede zorg, cz is de essentie van goede (cultuurspecifieke) zorg– is er geen goed contact, is er geen verbinding met de bewoner, heb je alleen functioneel contact met de bewoner en niet op een andere (energetische) manier– doe je niet volledig waarvoor je in de zorg bent gaan werken, namelijk “je bent er voor de bewoner”.	<p>Schakelring Eikendonk had bij het begin van de proeftuin nog geen start gemaakt met complementaire zorg. Schakelring Eekhof is net na deze eerste interviewronde in de proeftuin gestapt.</p>

4.3 De organisatie van complementaire zorg

De ontwikkeling, inbedding en organisatie van complementaire zorg per deelnemende organisatie zijn apart in een bijlage opgenomen (bijlage 1-5).

Daarin wordt zichtbaar dat de vijf zorgorganisaties niet alleen verschillen in de vormen van cz die zij aanbieden, maar ook in de wijze waarop zij complementaire zorg hebben georganiseerd:

- Organisatievorm van cz: de positie in het organogram en wie de cz coördinator aanstuurt, wel of geen vakgroep cz, wel of geen werkgroep cz, positionering van cz bij de zorg of bij welzijn, cz ingebed in het reguliere werk van de verzorgenden/verpleegkundigen of iemand apart aangesteld voor cz (zie de organogrammen in de bijlagen en schema 3).
- Opleidingsniveau en duur van de opleiding van de cz coördinator en de medewerkers die cz verlenen: van een korte cursus handmassage van 2 dagdelen, een 4-6 daagse cursus therapeutic touch, tot een 12 daagse opleiding in Tactiel Stimulering, een jaaropleiding aromazorg, en een 4-jarige HBO opleiding tot massagetherapeut.
- Indicatiestelling voor cz: mogen de verzorgenden dit zelf voor een bewoner indiceren en inzetten of moet dit door een arts worden beoordeeld?
- Inbedding in het zorgproces: is aan cz een zorgdoel gekoppeld, is het in werkplanningen en looproutes meegenomen, wordt er op gerapporteerd en geëvalueerd, is het een gespreksonderwerp in een MDO?
- Inkoop door familie: bij een organisatie is het mogelijk dat familie extra cz inkoop, dus bovenop hetgeen vanuit de zorgorganisatie aan cz wordt aangeboden.

Schema 3: cz in de basiszorg of als behandeling



4.4 Algemene thema's in de learning history

In de learning history komen rond 3 thema's ervaringen naar voren waarvan de geleerde lessen voor alle deelnemende organisaties van belang zijn. De 3 thema's zijn: deelname aan het onderzoek (door zorgverleners die in het algemeen niet gewend zijn om aan onderzoek bij te dragen), de toepassing van complementaire zorg en de organisatie van complementaire zorg.

In de bijlagen 1-5 worden de ervaringen met complementaire zorg en de geleerde lessen per deelnemende organisatie beschreven. In onderstaand schema (schema 4) komen de meer algemene resultaten aan bod. De linkerkolom bevat de belangrijkste aandachtspunten, de

middenkolom beschrijft de ervaringen en de rechterkolom geeft (suggesties voor) geleerde lessen. Waar relevant worden deelnemers geciteerd. De learning history is ingedeeld in 3 thema's: meewerken aan onderzoek, het uitvoeren van complementaire zorg en de organisatie van complementaire zorg binnen de instelling.

Schema 4 – Learning history

Thema 1: Meewerken aan onderzoek		
DE SITUATIE	DE ERVARINGEN	GELEERDE LESSEN
Verschillende startsituaties	Grote diversiteit met betrekking tot de startpositie rond complementaire zorg: 'dat was even wennen'	Neem de tijd om te zoeken naar gezamenlijke behoeften en ervaringen: 'Het duurt even voordat we een beetje op stoom waren gekomen, maar nu wordt het steeds leuker.'
HET ONDERZOEK Aanleveren van data	<p>Het was wennen om onderzoeksgegevens aan te leveren. Er werd op locatie weliswaar vaak cz ingezet en er waren ook merkbare effecten bij bewoners te zien, maar het invullen van de vragenlijsten werd 'gewoon' vergeten.</p> <p>Het was ook lastig om collega's bij de metingen en observaties te betrekken. Cz wordt wel gegeven, maar het blijft hangen op de registratie ("dat formulier komt wel een keer").</p> <p>Zodra er afleidende externe omstandigheden waren (personeelskrapte, ziekte, uitbreiding aantal bedden, wisseling van leidinggevendenden), schoot het invullen van de vragenlijsten er snel bij in.</p> <p>De keuze voor de doelgroep 'mensen in de palliatieve fase' was goed om cz aan te geven maar niet handig om onderzoek bij te doen: te tijdsintensief voor de zorg en een te zware belasting voor zeer kwetsbare mensen.</p>	<p>Door de eigen medewerkers de vragenlijsten in te laten vullen, zijn zij meer betrokken bij het onderzoek en observeren zij ook beter, maar het kost hen ook extra tijd en een andersoortige aandacht dan ze gewend zijn.</p> <p>Het structureel geven van cz kost al blijvende aandacht en wordt gemakkelijk doorgeschoven bij tijdsdruk; voor het registreren van gegevens ten behoeve van een onderzoek geldt dat zeker. Eén persoon verantwoordelijk maken (en daarvoor tijdelijk enkele uren beschikbaar stellen) helpt.</p>
Wisselende groepsleden en motivatie	<p>Veel wisselende gezichten tijdens de bijeenkomsten van de proeftuin, waardoor het lang duurde voor er een groepsgevoel ontstond.</p> <p>Het verschil in tempo van dataverzameling per organisatie was voor degenen die dit vanaf het begin volgens afspraak deden niet motiverend.</p>	<p>Werk zoveel mogelijk met een vaste projectgroep, zowel in de gezamenlijke bijeenkomsten als op locatie.</p> <p>Neem de tijd om elkaars verwachtingen uit te spreken in een dergelijke divers samengestelde groep, met verschillende ontwikkelniveaus rond cz. De projectgroep heeft daarnaast maandelijks een update van het aantal ingeleverde metingen rondgestuurd, ter vergelijking en motivatie.</p>

Merkbaar en meetbaar	<p>In de praktijk was er soms weinig contact over de proeftuin tussen de cz coördinatoren en hun bestuurders. De cz coördinatoren hadden graag wat meer aandacht en support gehad, bijvoorbeeld rond het verzamelen van data.</p> <p>Vanuit meerdere invalshoeken was dit 'trekken' niet fijn. Ook met betrekking tot het meten op zich. Voor de cz coördinatoren was er spanning tussen een <i>merkbaar</i> effect van cz en het <i>meetbaar</i> maken van dat effect</p>	<p>Wees als management helder over de verwachtingen in de onderlinge contacten m.b.t. een project.</p> <p>Besteed voldoende tijd en support aan de medewerkers die metingen verrichten op de werkvloer en de cz coördinatoren die dit aansturen.</p>
Slager keurt eigen vlees?	<p>De cz coördinatoren hadden bedenkingen bij de meetmethode omdat de cz zorgverleners zelf de scores invullen. Waar bewoners het deden, was soms de indruk dat ze de betreffende cz zorgverlener een plezier wilden doen en mogelijk een te hoge score aangaven.</p> <p>Voor de cz zorgverleners is dit een lastig punt en zij vrezen dat het mogelijk de uitkomsten enigszins kleurt: sommigen zijn te bescheiden bij het beoordelen van het effect, anderen misschien te enthousiast.</p>	<p>Dit is opgelost door ook observatielijsten te gebruiken die door andere collega's werden ingevuld.</p> <p>De invloed hierop is verder verkleind door met de cz coördinatoren samen te bespreken hoe gedane observaties te meten. Daarnaast is de afspraak gemaakt om zoveel mogelijk de bewoner te vragen de lijst in te vullen. Achteraf blijkt er ook geen verschil tussen invuller te zijn (bewoner of zorgverlener).</p> <p>Misschien is ook een les dat het simpelweg lastig is om iets kwalitatiefs in een kwantitatieve maat te vatten. Net als dat je iemand vraagt om muziek een cijfer te geven, of architectuur, of een schilderij.</p>
BELANG VAN ONDERZOEK Vervolg	<p>Alle cz coördinatoren en bestuurders zijn het desondanks eens over het belang van meten. Niet alleen in het kader van de proeftuin, maar om te weten wat cz objectief gezien toevoegt.</p> <p>Sommigen hebben de smaak te pakken en willen graag (gezamenlijk) vervolgonderzoek doen. Wat gebeurt er als je een groep wel en niet een cz interventie geeft? Zijn er echt verschillen in effect tussen cz interventies? Wat is de rol van aandacht? Zijn cz interventies kosteneffectief?</p> <p>Dankzij de proeftuin is er in elke organisatie in de afgelopen jaren veel gebeurd. Er zijn nieuwe cz interventies ingevoerd, er zijn meer collega's in cz opgeleid, cz heeft zich ook naar andere locaties verspreid.</p>	<p>Om goed te kunnen meten zijn extra tijd, ondersteuning en competenties nodig; het gaat niet 'vanzelf'.</p> <p>Het is leuk om samen te leren en in elkaars keuken te kijken. Meewerken aan onderzoek maakt zorgverleners competent en meer bewust van hun handelen.</p> <p>'Dat is mooi om te zien en het werkt stimulerend'.</p>

Thema 2: het uitvoeren van complementaire zorg

TOEPASSEN VAN CZ	DE ERVARINGEN	DE GELEERDE LESSEN
Keuze voor een cz interventie	In de praktijk blijkt de keuze voor de (eerste) cz interventie gemaakt door een individuele zorgverlener. Vaak vanuit persoonlijke interesse, soms op basis van een wat meer algemene verkenning.	Gezien de effecten van de verschillende cz interventies en de manier waarop deze in meer of mindere mate verankerd zijn, lijkt het niet uit te maken om welke interventie het gaat. Sluit dus aan bij de interesse van zorgverleners en de eigen visie van de organisatie en bouw van daaruit systematisch verder.
Uitvoeren van cz	Door cz opleidingen is het werken op gevoel en ervaring aangevuld met meer feitenkennis van cz en is er meer verantwoordelijkheidsgevoel over wat wel/niet als interventie ingezet kan worden en waarom.	Zorg voor goed geschoolde medewerkers, investeer ook in nascholing/opfrisdagen. Er is een grote diversiteit aan scholingen, van korte cursussen handmassage van 2 dagdelen, een therapeutisch touch cursus van 4-6 dagen, een 12-daagse opleiding tot therapeut Tactiel Stimulering en een 4-jarige beroepsopleiding tot massagetherapeut. Maak een onderbouwde keuze.
	Soms is het lastig om een interventie aan te bieden als de bewoner er onbekend mee is, zoals visualisatieoefeningen. Hoe leg je dat uit?	Laat medewerkers eerst zelf ervaren wat een interventie kan doen.
	Soms is er te weinig tijd om een cz interventie volledig uit te kunnen voeren (handmassage, al dan niet in combinatie met aromazorg duurt 10-20 minuten, TT duurt ± 10 minuten) Soms is 'te weinig tijd' een excuus om geen cz te hoeven geven.	Gebrek aan tijd lijkt ook samen te hangen met gebrek aan affiniteit met cz van de betreffende zorgverlener en de wijze waarop de interventie in het zorgplan en de zorgdoelen opgenomen is.
	Als cz nieuw is in de organisatie, zijn er altijd medewerkers die eraan moeten wennen: 'Ik ben zuster, ik doe de gewone verpleegkundige dingen, dit gaat me boven m'n pet.'	Betrek vanaf het begin alle medewerkers bij de toepassing van cz, ook als zij het niet zelf (hoeven) doen. Maak gebruik van cz ambassadeurs: laat medewerkers die cz veel toepassen hun mooie ervaringen delen. Bijvoorbeeld van een bewoner die 's nachts last had van hallucinaties en daardoor erg angstig was, maar die door handmassage rustiger werd en gewoon kon doorslapen.
Borgen van cz	Cz geeft vooral ontspanning en wordt daarom gemakkelijk alleen als aanvulling gegeven, tussendoor. In de praktijk betekent dit dat het er gauw bij inschiet.	Zet naast integreren in werkprocedures, ook in op het integreren van cz elementen in het dagelijks verpleegkundig handelen. Bijvoorbeeld TT tijdens de douchebeurt of als startpunt bij bewoners met ernstige neuropathie die geen aanraking kunnen velen maar wel gezalfd moeten worden.

	<p>Cz wordt regelmatig gezien als verwezenorg.</p> <p>Ook als cz gewoon is binnen de organisatie, blijkt het toch nog niet altijd geïntegreerd onderdeel van de basiszorg. Het is eerder 'basisplus'.</p> <p>Cz is nog te vaak 'de laatste optie'.</p>	<p>Maak duidelijk (in scholing, procedures, etc.) dat het gaat om basiszorg, ook als het door vrijwilligers wordt toegepast.</p> <p>Cz groeit niet vanzelf verder, het blijft in ontwikkeling en dus om aandacht vragen. Leg cz vast in de werkprocessen en -documenten. Indiceer cz via het MDO, neem het als doel in het zorgleefplan op. Dan is het niet vrijblijvend. Informeer contactverzorgenden goed over de mogelijkheden van cz.</p> <p>Blijf benadrukken dat cz hoort bij de standaardzorg. Alleen al de manier van contact maken, afstemmen, past binnen de gangbare zorg. En als iemand pijn heeft, hoef je niet meteen aan paracetamol te denken.</p>
Bijvangst van cz	Door cz toe te passen leer je beter te 'centeren'. Ook als je niet zoveel tijd hebt, kun je toch zo aandachtig mogelijk je handelingen verrichten.	'Het zou hen zelf ook ten goede komen, even rustig aan doen.'

Thema 3: de organisatie van complementaire zorg

VERANTWOORDELIJKHEID	DE ERVARINGEN	DE GELEERDE LESSEN
Wie?	'Het samen verantwoordelijk zijn voor de zorg gaat best goed, maar voor iets nieuws werkt het niet. Misschien past cz ook niet bij iedereen, sommigen hebben een wat traditionelere visie op zorg.'	Een teamleider of iemand anders die als aanjager fungeert is nodig bij het invoeren van iets nieuws als het niet teruggrijpt op hoe men het gewend is. Het wordt geen automatisme als er niemand is die de zorg erop wijst. 'Dat is wishful thinking.'
Omstandigheden	Cz coördinatoren komen vaak in deze rol vanwege hun persoonlijke belangstelling voor cz. Maar enthousiast zijn en goed cz kunnen uitvoeren zijn niet voldoende om cz te borgen.	Zorg als organisatie dat alle verandervoorwaarden aanwezig zijn: visie, belang, plan, middelen en competenties.
Plan	Er zijn in een organisatie altijd veranderingen die implementatie vertragen.	Dit betekent dat aanjagers en management steeds de drive moeten vinden om cz opnieuw onder de aandacht te brengen, weer hernieuwde energie te geven en te accepteren dat implementatie soms vertraging oploopt.
	Bij de 5 organisaties is cz organisch van start gegaan, maar bij allemaal ontstaat al snel de behoefte om cz planmatig verder te ontwikkelen.	Maak gezamenlijk met alle betrokkenen bij cz een implementatieplan en gebruik bestaande implementatietools om cz beter te verankeren, zie paragraaf 4.3 voor tips.

TOT SLOT

Verzamel **SUCCESEN** en laat anderen meegenieten. Mensen vinden het fijn om bij te dragen aan activiteiten die succesvol zijn en die voldoening opleveren.

Blijf **GEDULDIG**: veranderen kost tijd en blijvende aandacht. Maar: alles wat aandacht krijgt, groeit.

4.5 Succesfactoren voor het implementeren van complementaire zorg

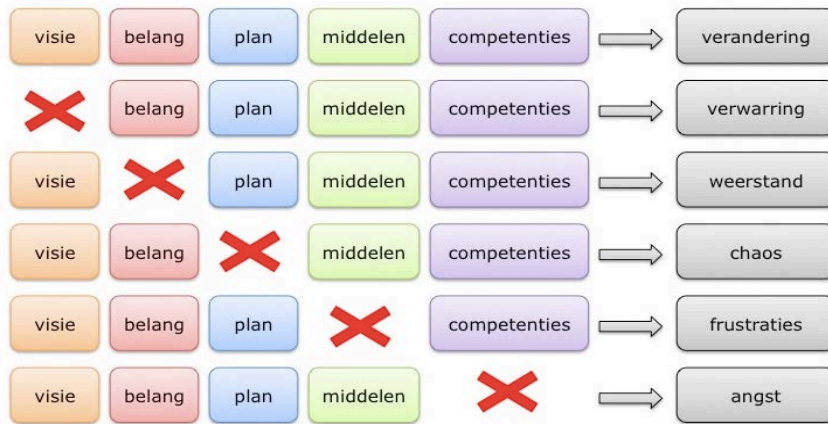
Er zijn veel verschillende manieren waarop cz georganiseerd kan worden. Elk van de organisaties heeft op zijn eigen wijze geworsteld met duurzame verankering van complementaire zorg. Duidelijk is dat het invoeren van een vernieuwing zoals complementaire zorg – ook al raakt het gevoelsmatig aan belangrijke elementen van zorg verlenen in het algemeen – vraagt om blijvende aandacht: in tijd, budget en in energie.

In de bijlagen 1-5 staan de succesfactoren per organisatie vermeld. Hieronder volgen enkele algemene factoren die afgeleid kunnen worden uit de ervaringen in de zorgorganisaties; factoren die bijdragen aan succes bij de start, de implementatie en de borging van complementaire zorg.

- Een aanjager die complementaire zorg in haar 'DNA heeft zitten' en het als een persoonlijke missie ziet om cz op de kaart te zetten;
- Een aanjager die zowel weerklank vindt bij het management als bij collega's;
- Een medewerker met extra uren voor cz en/of een apart cz-team verkleint de kans dat cz 'erbij' gedaan wordt en in geval van drukte achterwege wordt gelaten;
- Draagvlak op bestuursniveau en bij behandelaren;
- Cz opnemen in de zorgvisie;
- Cz opnemen in de beleidscyclus: jaarplan/werkplan,
- begroting, verantwoording;
- Cz integreren in de zorgplanmethodiek;
- Inkoop van cz door familie stimuleert de inzet van cz. Enerzijds doordat een extra partij aan cz denkt (bovenop de zorgmedewerkers) en anderzijds doordat bij werkdrukke een inkoopafpraak van familie "hard" is en cz er niet bij in kan schieten. (Het betekent bekendheid geven in folders, website of MDO, zodat familie ook op de hoogte is van de mogelijkheid tot extra inkoop);
- Inzetten op bewustzijnsverandering bij medewerkers: cz vraagt tijd, maar levert ook veel op aan klachtenvermindering, dieper contact, meer rust.



Bijgaand model voor implementatie van veranderingen, dat in meerdere variaties gebruikt wordt (Knoster 1991), geeft aan wat er gebeurt als het schort aan voorwaarden als visie, belang, plan, middelen en competenties.



Er is een heldere visie nodig om te weten welke kant men op wil, anders leiden alle goede bedoelingen gemakkelijk tot verwarring. Veranderingen werken het beste als management en medewerkers weten waaraan het bijdraagt. Zorgverleners krijgen voortdurend veranderingen en/of vernieuwingen op zich af. Als het onduidelijk is wat het belang van veranderingen is, worden ze met tegenzin uitgevoerd of beklijven ze niet. (Persoonlijke) belangen spelen daarbij een rol en als organisatie, c.q. cz coördinator moet je daarop anticiperen om zo de weerstand tot een minimum te reduceren. Is er wel een visie en is het belang van de verandering duidelijk, maar is er geen implementatie-/actieplan gemaakt, dan mist er structuur en kan chaos ontstaan: want wie moet nou wat precies doen? Vervolgens zijn er relevante competenties nodig bij alle betrokkenen, anders ontbreekt het vertrouwen in de kans van slagen, omdat men zich onvoldoende bekwaam acht en bang is om daardoor fouten te maken. Een andere voorwaarde is (gedeeld) leiderschap. Ontbreekt het daaraan, dan komt de innovatie niet van de grond.

4.6 Leren van elkaar – punten van discussie

Naast de uitwisseling van complementaire interventies, tips en demonstraties, en praktische zaken rondom het onderzoek, kwamen in de netwerkbijeenkomsten met de coördinatoren ook enkele interessante discussiepunten aan bod:

- Er wordt een spanningsveld ervaren tussen energetisch en integraal werken met complementaire zorg – vanuit verbinding met de cliënt –, en het in cijfers weergeven van iemands situatie: ‘dan is de vragenlijst best zakelijk geformuleerd en deel je iemands situatie weer in deelgebieden op zoals fysieke klachten, onrust en mate van ontspanning’.
- Als er een effect van complementaire zorg is, is dit dan het resultaat van de specifieke cz techniek of is het de kwaliteit van de aandacht en het centeren? Of beide? De cz coördinatoren zijn het erover eens dat de kwaliteit van de aandacht en de verbinding met de cliënt (centeren, present zijn) in elk geval een essentieel onderdeel van complementaire zorg vormen. Hoe kun je dit op een goede manier verwerken in een onderzoek?
- Er zijn verschillen in de effecten van de verschillende interventies en ook tussen de locaties. Soms is dit te verklaren door verschil in respons. Soms door verschil in de beginsituatie van cliënten: bij een betere beginscore is het effect kleiner dan bij een hele lage beoordeling van iemands startsituatie. Maar mogelijk ook doordat de ene interventie een ander effect geeft dan de andere interventie. Zo wordt handmassage gedurende 10

minuten gegeven door een verzorgende die op dat moment dienst heeft en tactiel stimulering duurt 30 – 45 minuten en wordt door een hiertoe vrijgesteld behandelaar aangeboden. Dit roept onder meer de vraag op of het voor organisaties zinvoller is om in de ene interventie te investeren in plaats van in de andere.

- Wil een organisatie de keuze maken voor de integratie van cz binnen de dagelijkse zorg door de zorgverleners 'aan het bed' of door daarvoor vrijgestelde cz zorgverleners en behandelaars? Of een combinatie van beide?
- Een hieruit voortvloeiende vraag is: Is cz 'des zorgs' of 'des welzijns'?
- Er is enige discussie over het begrip 'complementaire' zorg. Dit suggereert dat de organisatie cz niet tot basiszorg rekent. Als cz aanvullend is, bestaat het risico dat het niet gegeven zal worden bij tijdgebrek en hoge werkdruk. Is een ander begrip passender? Het gaat bij cz zeker ook om het investeren in werkhouding, in present zijn, helemaal in het hier en nu, zodat de cliënt ervaart de volle aandacht te hebben.
- Of cz aanvullend of basiszorg is, zie je ook terug in de vraag hoe je cz financiert. Financier je het uit de zorgzwaartepakketten van de bewoners (dan behoort cz tot de basiszorg), of uit extra middelen als een innovatiebudget of kwaliteitsimpulsgelden? Een andere mogelijkheid is cz bij de introductie uit extra c.q. tijdelijke middelen te financieren, maar na verloop van tijd cz binnen de reguliere budgetten te borgen.

Leren van elkaar – tips voor verdere borging van cz

Het leren van elkaar en het bij elkaar in de keuken kijken, heeft de cz coördinatoren veel energie en ideeën gebracht. Tips die zij met elkaar uitwisselden en die zij deels ook in hun eigen werkomgeving in praktijk brachten:

- Organiseer leer/inspiratiemomenten, bijvoorbeeld door elders in de keuken te kijken, of middels interne inspiratiedagen;
- Creëer bewustzijn dat je cz in kunt passen in andere handelingen, zoals door met focus en aandacht iemands haren te wassen, bij het nagels lakken ook de onderarm en hand te masseren en door handmassage tijdens de reguliere zorgmomenten te geven.
- Geef cz een plek in het zorgdossier, formuleer doelen, en rapporteer er op.
- Kies voor eenvoud: in de cz vorm, in de wijze van aanbieden, in het observeren van resultaten.
- Nodig familie uit om te vragen naar (extra inzet van) cz als ze positieve effecten zien.
- Neem in het functieprofiel iets op over cz en/of over de houding waarmee je zorg verleent: zorg met aandacht en focus.
- Plaats op intranet maandelijks een bericht over cz, zoals een mooie casus of nieuwe ontwikkelingen met betrekking tot scholing en toepassing van cz.
- Plaats cz medewerkers in de schijnwerpers, zodat zij trots zijn op wat ze doen, bijvoorbeeld medewerkers vragen op een interne of externe informatiemarkt te vertellen wat zij aan cz doen.
- Draag als bestuurder en leidinggevende uit hoe belangrijk je cz vindt, dat het deel is van wat 'goede zorg' is, dat een rustige start van de dag ervoor zorgt dat de bewoner de rest van de dag ook rustiger is, dat je als medewerker zelf ook rustiger wordt als je cz geeft en dat de 1-op-1 momenten met een bewoner vaak ook voor een medewerker de krenten uit de pap zijn.
- Maak cz onderdeel van de (interne) opleiding van verzorgenden.
- Neem cz op in activiteiten van andere netwerken waar je als organisatie bij bent aangesloten, bijvoorbeeld het lokale netwerk dementie, het netwerk palliatieve zorg, en in zorgpaden.

- Communiceer over cz binnen je eigen vakgebied, bijvoorbeeld in de tijdschriften AS, Pallium, Denkbeeld, etc.
- Maak filmpjes van de cz interventies op locatie, voor de andere medewerkers, voor familie en voor collega's uit andere zorgorganisaties. Zie bijvoorbeeld het filmpje van Raffy over cultuurspecifieke zorg, met cz als onderdeel:
https://www.youtube.com/watch?v=XhVsTfB_6jo
- Maak een 'cz-mandje': school medewerkers in meerdere cz interventies, zodat een keuze op maat gemaakt kan worden voor een bewoner/cliënt. Bovendien leert het medewerkers zelf een meer ontspannen houding te krijgen en beter te centeren.
- Laat de zorginkoper van het zorgkantoor een dag meelopen als er cz gegeven wordt.

4.7 Continuïteit van complementaire zorg na de proeftuin

Alle vijf organisaties hebben in de loop van de proeftuin complementaire zorg verder ontwikkeld en nieuwe stappen gezet; soms voornamelijk op de eigen locatie, soms organisatie breed.

Bij Raffy krijgen alle medewerkers een training waarbij zij bewust worden gemaakt van het belang en het effect van complementaire zorg. Er is ook een nieuwe complementaire interventie ingevoerd, namelijk het gebruik van klankschalen. Twee collega's volgen momenteel de 4-jarige opleiding tot massagetherapeut, zodat continuïteit gewaarborgd is.

Bij De Kloosterhoeve wordt nog op dezelfde schaal als bij aanvang van de proeftuin complementaire zorg gegeven. Verandering in managementstructuur en vertrek van de eerste cz coördinator hebben voor enige stagnatie in de verdere uitrol gezorgd. In de komende jaren wordt eraan gewerkt dat cz onderdeel wordt van het leerpad Huntington en dat alle medewerkers een basistraining cz hebben gevolgd. Cz wordt ook verankerd in de palliatieve zorg. De wens is om cz ook verder binnen De Riethorst Stromenland uit te rollen.

Hospice Roosdonck heeft in de loop van de proeftuin complementaire zorg actief onder de aandacht gebracht bij de eigen medewerkers en andere betrokkenen, met onder meer een inspiratiedag. De projectleider van de proeftuin complementaire zorg heeft contact gezocht met andere locaties van Groenhuysen waar complementaire zorg wordt gegeven. Dit heeft geleid tot een werkgroep complementaire zorg, de beschrijving van complementaire zorg in de integrale zorgvisie van Groenhuysen en scholing op alle locaties in samenwerking met een scholingsinstituut. Een van de aandachtsvelders complementaire zorg van Roosdonck is begonnen met de jaaropleiding complementaire zorg in de palliatieve zorg. Hospice Roosdonck is een Center of Excellence voor palliatieve zorg geworden, met complementaire zorg als integraal onderdeel van de zorgverlening.

Bij Nusantara gaat gewerkt worden met een intramuraal persoonsvolgend budget waarin complementaire zorg wordt ondergebracht bij individuele begeleiding en groepsbegeleiding. Cz krijgt hierdoor een goede verankering, mede omdat het daarnaast formeel beschreven wordt in verschillende werkdocumenten.

Bij Schakelring zal Tactiel Stimulering ook op de Waalwijkse locaties ingevoerd worden, waarvoor twaalf medewerkers geschoold zullen worden. Op locatie Eekhof wordt Fancy Care Clowning aan het aanbod complementaire interventies toegevoegd. Op locatie Eikendonk gaat

een collega de basisopleiding complementaire zorg volgen. Op de afdeling somatiek gaan 3 medewerkers meerdere collega's opleiden in de inzet van handmassage en aromazorg, passend binnen het verbeterplan complementaire zorg voor deze afdeling. Op de afdeling psychogeriatric wordt wel incidenteel complementaire zorg gegeven, maar heeft dit door wisseling van leidinggevende en vertrek van in handmassage geschoolde medewerkers geen structurele vorm gekregen.

CONCLUSIES

5.1 Doelstellingen van de proeftuin

De proeftuin “Complementaire Zorg in de Ouderen zorg” kende de volgende doelstellingen:

- het aanbieden van complementaire zorg bij ouderen, met als doel het mentale en/of fysieke welbevinden van ouderen te vergroten;
- het onderzoeken van de effecten van de uitgevoerde interventies op het gebied van complementaire zorg;
- het onderzoeken van de slaag- en faalfactoren bij de implementatie van complementaire zorg (learning history). Hieruit volgend het geven van handreikingen hoe complementaire zorg in te bedden in de reguliere zorgmomenten en –processen, waardoor kwaliteit en continuïteit geborgd zijn;
- het delen van de kennis die voortkomt uit doelstelling 2 en doelstelling 3 met het veld.

5.2 Aangeboden Cz interventies

Het eerste doel was een randvoorwaarde om überhaupt een effectmeting te kunnen doen en een learning history op te bouwen. Alle organisaties hebben cz interventies aangeboden. Er was een diversiteit in cz interventies:

- (hand)Massage;
- Tactiel Stimulering;
- Therapeutic touch;
- Pidjtit;
- Aromazorg;
- Aquazorg;
- Anders, waaronder koele buikwassing, warmtecompres.

(hand)Massage was de meest ingezette vorm van cz (62%) bij alle organisaties, behalve bij Eekhof waar enkel Tactiel Stimulering werd ingezet.

Er was ook een diversiteit in de doelgroepen waar deze interventies aan werden aangeboden: mensen met psychogeriatric, mensen met somatische klachten, mensen die revalideren, mensen met de ziekte van Huntington en mensen in de palliatieve fase.

Onderstaand volgen de conclusies en samenvatting op doelstelling 2 en 3: wat zijn de effecten van de cz interventies en hoe is cz het beste te organiseren en in te bedden? En daarmee geeft dit rapport ook vorm aan doel 4: het delen van de opgedane kennis.

5.3 Het effect van de cz interventies

Het effect van de cz interventies is gemeten met behulp van een rapportcijfer (kwaliteit van leven) en de score op een VAS schaal (de mate van pijn, ontspanning, klachten, onrust en

angst). Daarbij werd steeds een voor- en nameting ingevuld. Het merendeel van de nametingen (87%) was binnen 4 uur na afloop van de behandeling.

Er is een effect voor alle in het onderzoek meegenomen cz interventies en voor alle doelgroepen waar cz aan is aangeboden. Gemiddeld genomen is de grootste verbetering te zien op de mate van ervaren ontspanning. Deze verbeterde ruim 2,5 punt op een schaal van 1 tot 10. Daarnaast was ook een duidelijke verbetering te zien in klachten en onrust; deze waren van afloop van de interventie met bijna 2,5 punt op de VAS schaal verminderd. Op deze uitkomstmaten sorteerden 58 tot 65% van de behandelingen een klinisch relevante verbetering (geformuleerd als een afname van minimaal 2 punten). De verbeteringen in kwaliteit van leven, pijn en angst waren relatief kleiner (verandering van 1,14 tot 1,25 punten op de VAS schaal). Toch sorteerden 27 tot 34% van de behandelingen een klinisch significant effect op deze uitkomstmaten.

Omdat deelnemers aan het onderzoek in een bepaalde meetperiode meermaals een voor- en nameting kregen, kon ook een vergelijk worden gemaakt met de baselinewaarden van iedere voormeting. Daaruit blijkt dat het effect van een cz interventie niet structureel aanhoudt, maar dat het effect tijdelijk is. Een verklaring die meermaals werd genoemd, is dat dit samenhangt met het ziektebeeld en de kwetsbaarheid van de bewoner.

Uit de observaties door zorgverleners komt een overwegend positief effect van cz op de bewoners naar voren. Met name stemming/humeur en lichamelijke klachten verbeterden. De meest centrale thema's in de observaties waren 'rust' en 'ontspanning'. Ook de bewoners zelf en hun mantelzorgers gaven positieve ervaringen met cz terug.

In interviews met de cz coördinatoren is gevraagd naar het belang van complementaire zorg. Daarop geven alle cz coördinatoren aan dat complementaire zorg iets toevoegt aan de zorgvisie, aan de kwaliteit van leven van bewoners, aan hun professionele handelings- mogelijkheden en de wijze waarop zij in contact zijn met hun bewoners. Ze kunnen in bepaalde situaties iets voor een bewoner betekenen waar ze anders met hun rug tegen de muur zouden staan. Ook voelen sommigen een ander, dieper ('energetisch'), contact met de bewoner naast het functionele contact.

5.4 De toepassing van complementaire zorg

In de praktijk blijkt de keuze voor de (eerste) cz interventie gemaakt door een individuele zorgverlener. Vaak vanuit persoonlijke interesse, soms op basis van een wat meer algemene verkenning. Gezien de effecten van de verschillende cz interventies lijkt het voor organisaties niet uit te maken welke cz interventie zij als eerste gaan implementeren. Vanuit verandermanagement ligt het uiteraard voor de hand om aan te sluiten bij de interesse van zorgverleners en de visie van de organisatie en vanaf dat startpunt cz systematisch verder uit te bouwen.

Voor de kwaliteit en continuïteit van de toepassing van cz is het van belang om medewerkers goed te scholen. Dit betreft zowel de startopleiding als blijvende bij- en nascholing. Daarbij kan het voor medewerkers tevens leerzaam zijn om ook zelf te ervaren wat een interventie kan doen, met name ook om bewoners en familie uitleg te kunnen geven waarom een bepaalde interventie wordt aangeboden en wat ze er wel en niet van kunnen verwachten.

Tijdens het onderzoek bleek meermaals dat cz door zorgverleners nog vaak als aanvulling op de zorg werd gezien en er daardoor bij werkdruk bij in schoot, met gebrek aan tijd als argument. Ook als cz gewoon is binnen de organisatie, blijkt het toch nog niet altijd geïntegreerd

onderdeel van de basiszorg. Het is eerder 'basisplus'. Daar werd tegelijkertijd tegenover gezet dat cz ook tijdswinst kan opleveren, bijvoorbeeld doordat de ochtendzorg makkelijker gaat als iemand eerst een hand-/armmassage heeft gehad of dat de nachtdienst rustiger is als iemand door een massage in slaap valt en goed doorslaapt. Gebrek aan tijd lijkt dan ook (soms) samen te hangen met gebrek aan affiniteit met cz van de betreffende zorgverlener en de wijze waarop de interventie in het zorgplan en de zorgdoelen opgenomen is.

Met betrekking tot tijdgebrek geven de cz zorgverleners aan dat je een cz interventie ook goed kunt inbedden in de reguliere zorg en niet persé met een bewoner naar een andere ruimte hoeft te gaan of dat je er na een bepaald zorgmoment weer voor terug moet komen. Zo kun je bijvoorbeeld TT tijdens de douchebeurt geven of als startpunt bij bewoners met ernstige neuropathie die geen aanraking kunnen velen maar wel gezalfd moeten worden. Of kun je met focus en aandacht iemands haren wassen en bij het nagels lakken ook de onderarm en hand masseren.

De cz zorgverleners geven aan dat het bij cz niet alleen om de interventie sec gaat, maar zeker ook om de aandacht, het present zijn en in het hier en nu zijn. Dit is ook wat bewoners in de observatielijsten aangeven: ze genieten van de rust van de medewerker en van de volledige aandacht die ze krijgen. Deze werkhouding is overigens iets wat niet alleen gekoppeld hoeft te zijn aan de cz interventie, maar zich ook kan uitbreiden naar de dagelijkse zorgverlening.

5.5 Hoe complementaire zorg te organiseren?

Bij de 5 organisaties is cz organisch van start gegaan, maar bij allemaal ontstaat al snel de behoefte om cz planmatig verder te ontwikkelen en in de organisatie in te bedden. Ze hebben dat allemaal op een andere manier gedaan als het gaat om:

- De organisatievorm van cz: de positie van de cz coördinator in het organogram, wel of geen vakgroep of werkgroep cz, positionering van cz bij de zorg of bij welzijn, cz ingebed in het reguliere werk van de verzorgenden/verpleegkundigen of iemand apart aangesteld voor cz;
- Het opleidingsniveau en duur van de opleiding van de cz coördinator en de medewerkers die cz verlenen: van een korte cursus van 2 dagdelen tot een 4-jarige HBO opleiding;
- De indicatiestelling voor cz al dan niet door de arts of de verzorgenden zelf;
- De inbedding van cz in het zorgproces, middels zorgdoelen, werkplanningen, rapportage en gespreksonderwerp in een MDO;
- Inkoop van cz door familie, als aanvulling op hetgeen vanuit de zorgorganisatie aan cz wordt aangeboden.

Een aantal verschillen in organisatievorm lijkt voor een goede inbedding van cz niet uit te maken, een aantal andere wel, zie hieronder bij 'succesfactoren'.

5.6 Wat zijn succesfactoren voor start, implementatie en borging?

De succesfactoren voor de introductie van cz, implementatie en borging zijn deels uniform gebleken en deels uniek per organisatie. Uniform is het adagium 'wat je aandacht geeft, groeit', wat ook uit onderstaande succesfactoren blijkt:

- Een aanjager die complementaire zorg in haar 'DNA heeft zitten' en het als een persoonlijke missie ziet om cz op de kaart te zetten;
- Een aanjager die zowel weerklank vindt bij het management als bij collega's;
- Het blijven aanwakkeren van het 'vuur' bij de aanjager en cz zorgverleners;
- Een medewerker met extra uren voor cz en/of een apart cz-team verkleint de kans dat cz 'erbij' gedaan wordt en in geval van drukte achterwege wordt gelaten;

- Draagvlak op bestuursniveau en bij behandelaren, die cz indiceren, verwijzen en mee-evalueren;
- Cz opnemen in de zorgvisie en aansluiten bij actuele ontwikkelingen, zoals persoonsgericht werken, Planetree visie, value-based healthcare, etc
- Cz opnemen in de beleidscyclus: jaarplan/werkplan, begroting, verantwoording;
- Cz integreren in de zorgplan-methodiek: formuleren van doelen, er op rapporteren, meenemen in MDO's, e.d.;
- Inkoop van cz door familie stimuleert de inzet van cz;
- Inzetten op bewustzijnsverandering bij medewerkers: cz vraagt tijd, maar levert ook veel op aan klachtenvermindering, dieper contact, meer rust;
- Het delen van verhalen over positieve effecten van cz. Maak gebruik van cz ambassadeurs, laat medewerkers die veel cz toepassen hun positieve ervaringen met collega's delen, organiseer inspiratiedagen, deel ervaringen in netwerken waar de organisatie deel van uitmaakt, nodig externen bij je uit om mee te lopen als cz gegeven wordt.

De proeftuin heeft ook laten zien dat, beschouwd vanuit verandermanagement, duurzame implementatie van cz niets anders vraagt dan implementatie van welke andere verandering dan ook. Ook bij de introductie en implementatie van cz zijn de volgende voorwaarden nodig: heb een visie, maak het belang duidelijk, maak een actieplan, faciliteer met de juiste middelen en zorg voor de juiste competenties bij de medewerkers die het moeten doen. En: blijf geduldig; veranderingen kosten tijd en vragen blijvende aandacht.

5.7 Ervaringen en lessen omtrent deelname aan onderzoek

Voor de onderzoekers en de cz coördinatoren was het soms 'trekken' om voldoende metingen aangeleverd te krijgen. In de organisaties werd wel veel aan cz gedaan, zagen mensen ter plekke effect en ook het belang van onderzoek werd onderschreven, maar het invullen van de vragenlijsten bleek toch vaak een hoge drempel. De betrokken zorgverleners noemden dit het verschil tussen *een merkbaar effect van cz* en *het meetbaar maken van dit effect*. De meeste zorgverleners die data moesten aanleveren, waren niet gewend aan het meedoen aan onderzoek. Het duurde bij de meeste organisaties dan ook even eer de respons op gang kwam. Het structureel geven van cz kost al blijvende aandacht en wordt gemakkelijk doorgeschoven bij tijdsdruk; voor het registreren van gegevens ten behoeve van een onderzoek geldt dat zeker. Eén persoon verantwoordelijk maken (en daarvoor tijdelijk enkele uren beschikbaar stellen) helpt.

Daarnaast speelde ook mee dat mensen het lastig vonden om een kwalitatief effect van een cz interventie (bijvoorbeeld reductie van onrust en pijn) te kwantificeren in een smiley c.q. getal. Dit is ondervangen door ook met observatielijsten te werken, waar mensen in eigen woorden konden opschrijven wat zij als effect bij de bewoner zagen. En om onderzoeksdata niet (te) gekleurd te laten zijn door een zekere bescheidenheid of juist overdreven enthousiasme bij de observanten is aan meerdere mensen in de organisatie gevraagd om het effect van een interventie te meten en te observeren.

Alle deelnemers zijn er wel van overtuigd geraakt dat deelname aan onderzoek de toegevoegde waarde van cz zichtbaar maakt en de medewerkers meer bewust van wat zij doen.

5.8 Vragen en vervolgonderzoek

De proeftuin roept ook een aantal vragen op.

Gemiddeld genomen is de grootste verbetering te zien op de mate van ervaren ontspanning. Daarnaast was ook een duidelijke verbetering te zien in klachten en onrust. Op deze uitkomstmaten sorteerden 58 tot 65% van de behandelingen een klinisch relevante verbetering (geformuleerd als een afname van minimaal 2 punten). De verbeteringen in kwaliteit van leven, pijn en angst waren relatief kleiner. Dit roept de (vervolg)vraag op waarom het effect van cz interventies op ontspanning, klachten en onrust groter is dan het effect op kwaliteit van leven, pijn en angst.

In de proeftuin is onderzocht of de aangeboden cz interventies effecten ressorteren op de indicatoren: kwaliteit van leven, ontspanning, pijn, klachten, angst en onrust. De onderzoeksvraag was niet: welke cz interventie is bij welke indicator het meest effectief? Bijvoorbeeld: welke cz interventie is het meest effectief in pijnreductie? Of welke cz interventie is het meest effectief om onrust te verminderen? En maakt de doelgroep uit? Daarvoor is vervolgonderzoek nodig.

De onderzoeksresultaten geven een indicatie dat het effect van de ene cz interventie groter is dan van de andere cz interventie. Maar wat is de oorzaak: een verschil in omvang van de onderzoeksdata, een andere startsituatie van de bewoner, de tijdsduur van de interventie, de houding van degene die de interventie geeft of is de ene interventie technisch gesproken effectiever dan de andere? Ook hiervoor is vervolgonderzoek nodig.

Met betrekking tot de houding van de zorgverlener komt de vraag op of een effect van complementaire het resultaat is van de specifieke cz techniek of van de kwaliteit van de aandacht en het centeren. Of van beide? De cz coördinatoren zijn het erover eens dat de kwaliteit van de aandacht en de verbinding met de cliënt (centeren, present zijn) in elk geval een essentieel onderdeel van complementaire zorg vormen. Is het nodig om dit verder uit te zoeken en wat is daarvoor dan de beste onderzoeksbenadering?

Taal doet veel. In woorden kunnen boodschappen besloten liggen. Zo is het de vraag of het verstandig is om over complementaire zorg te spreken of over bijvoorbeeld integrale zorg (in de Verenigde Staten: integrative health)? De term 'complementaire zorg' suggereert dat de organisatie cz niet tot basiszorg rekent, maar het ziet als 'basisplus'. Dan bestaat het risico dat medewerkers cz niet geven bij hoge werkdruk en dit ook een juiste afweging vinden. Is een ander begrip passender?

5.9 Tenslotte

Dankzij de proeftuin is er in de afgelopen jaren in elke organisatie op het gebied van complementaire zorg veel gebeurd. Er zijn nieuwe cz interventies ingevoerd, er zijn meer collega's in cz opgeleid en cz heeft zich ook naar andere locaties verspreid, zodat nog meer bewoners de meerwaarde van cz kunnen ondervinden. De proeftuin heeft dus als vliegwielt gefungeerd voor de ontwikkeling van complementaire zorg en dat is een mooie, onverwachte, bijvangst.

Referenties

Bijur PE, Chang AK, Esses D, Gallagher EJ (2010). Identifying the minimum clinically significant difference in acute pain in the elderly. *Ann Emerg Med*. Nov; 56(5):517-521.e1.

Busch M, Jong MC, Baars E (2015). *Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen – Eerste Nederlandse inventarisatie*.

Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP (2011). Validity of four pain intensity rating scales *Pain*. 152(10):2399–2404.

Jong MC, van de Vijver L, Busch M, Fritsma J, Seldenrijk R (2012). Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do patients want? *Patient Educ Couns*. Dec; 89(3):417-22.

Knoster, T. (1991). *Model for managing complex change chart*. Adapted from Presentation in TASH Conference. Washington, D.C. Adapted by Knoster from Enterprise Group, Ltd.

Roth, G. A. Kleiner (1995). *Learning Histories, a formal process for organizational learning*. *Systems Thinking in Action Conference Proceedings*, 18-20 September, Boston, MA, p. 195-206

Steger MF, Dik BJ, Duffy RD (2012). *Measuring Meaningful Work: The Work and Meaning Inventory (WAMI)*. *Journal of career assessment*. 00(0): 1-16.

ZonMw (2014). *Signalement ontwikkeling en implementatie van evidence-based complementaire zorg*.

BIJLAGEN

Raffy

Raffy is een woonzorgcentrum in Breda voor mensen met een Indisch/Molukse achtergrond en biedt zowel intramurale als extramurale zorg. De intramurale zorg is gericht op mensen met psychogeriatrische problematiek.

Complementaire zorg past binnen de cultuurspecifieke zorg en wordt aangeboden als onderdeel van de basiszorg. Soms in het appartement van de bewoner, soms in de aparte praktijkruimte Tangan Mas (gouden handen).

Tegen betaling kunnen ook personeel en buurtbewoners er gebruik van maken.

Raffy biedt meerdere vormen van complementaire zorg: handmassage, aromazorg, holistische massage, therapeutic touch (TT), tai chi en primaire activering bad (PA-bad). In de proeftuin zijn de effecten van twee interventies gemeten: aromazorg, in combinatie met handmassage, en therapeutic touch.

Ontwikkeling en inbedding van complementaire zorg (schema 1)

In 2000 zijn vier collega's met therapeutic touch gestart. Per ultimo 2017 zijn 18 zorgmedewerkers in TT geschoold, verdeeld over verschillende afdelingen en disciplines. Voor nieuwe scholingen en bijscholingen wordt met deze verdeling rekening gehouden. TT wordt gegeven in de zorg op de afdelingen/appartementen van bewoners en in de praktijkruimte van Tangan Mas. Tangan Mas biedt met 5 kernteamleden naast TT ook aromazorg, pidjit, massage en massagetherapie aan. De kernteamleden hebben verschillende expertises en competenties en vullen elkaar aan. De uitbreiding van Tangan Mas is mede mogelijk gemaakt met gelden uit het Waardigheid & Trots programma.

Cz kan voor bewoners via het MDO geïndiceerd worden en komt dan in het zorgleefplan.

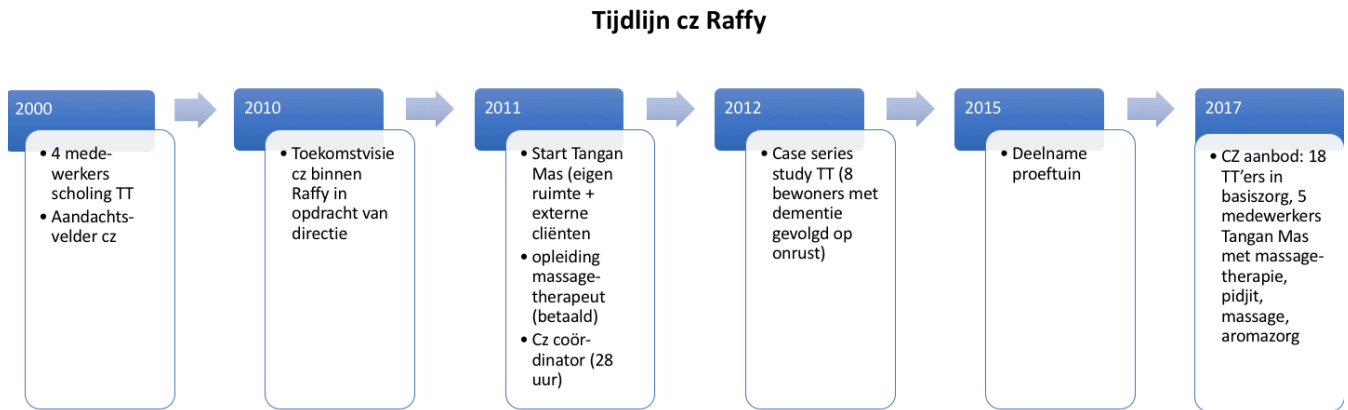
Afhankelijk van het zzp is dat meer of minder. Het MDO is tweemaal per jaar, maar cz wordt ook voor kortdurende doelen ingezet. Cz wordt altijd gerapporteerd in het zorgleefplan. De cz coördinator kijkt wekelijks in de ECD's. Ziet ze dat de continuïteit stagneert zonder opgaaf van redenen, dan neemt ze contact op met de betreffende zorgverlener of EVV'er. Soms is er een zorginhoudelijke reden die abusievelijk niet genoteerd is, maar vaker is het 'dan moet ik van de vloer af', of 'geen tijd gehad'. De EVV'ers zouden hier een krachtiger rol in kunnen nemen. Nieuwe collega's worden uitgenodigd om bij Tangan Mas langs komen voor cz info en om ze te wijzen op de mogelijkheid van hun bijdrage in een MDO.

Een tot twee keer per jaar is er een bijscholingsmiddag voor de hele TT-groep (gemiddeld komen er 12 medewerkers naar toe), bedoeld ter verdieping, om ervaringen uit te wisselen – ook over zelfzorg – en voor teambuilding. Tangan Mas bereidt het programma voor. De bijscholing wordt door de werkgever betaald.

In 2012 heeft Raffy bijgedragen aan een case series studie naar het effect van therapeutic touch op onrust bij dementie. Acht bewoners met onrustmedicatie zijn gedurende 3 periodes van 4 weken geobserveerd: in de eerste periode ontvingen ze alleen medicatie, in de tweede periode medicatie + 2x per week TT en in de derde periode minder/geen medicatie + 2x per week TT. Er was een significante afname van onrust en voor 6 van de 8 bewoners kon de medicatie blijvend worden verminderd. Meewerken aan onderzoek – zeker als het positieve resultaten oplevert – maakt zichtbaar wat de toegevoegde waarde van cz kan zijn.

Het aantal bewoners dat structureel cz krijgt, stijgt. Aan het einde van de proeftuin is er ook een medewerker geschoold in het gebruik van klankschalen, zij verzorgt structureel klankschalensessies voor 2 groepen van elk 5 personen. Twee andere collega's volgen de 4-jarige basisopleiding tot massagetherapeut.

Schema 1



Interne organisatie van complementaire zorg (schema 2)

Raffy heeft een coördinator complementaire zorg (28 uur). Tangan Mas is begonnen met de cz coördinator, maar heeft inmiddels 5 medewerkers (tezamen het kernteam cz). Behalve de cz coördinator hebben zij een beperkt aantal uren voor Tangan Mas, naast de zorg of welzijnsactiviteiten die ze op de afdeling geven.

Het kernteam heeft eens per 6 weken overleg over de cz-cliënten, voor het plannen van cz zorg op basis van ingebrachte bewoners door collega's en zorgcoördinatoren, en het geven van adviezen aan collega's bij vragen over cz. Eens per 8 weken heeft de cz coördinator overleg met een zorgcoördinator of een van de zorgverleners over de bewoners die TT krijgen. Daarin besteedt ze ook aandacht aan de vraag hoe het met de zorgverlener zelf gaat.

Tangan Mas bestaat sinds 2011, heeft een eigen ruimte, geeft naast bewoners en medewerkers ook cz aan externe cliënten, met name massagetherapie. Dit wordt door de zorgverzekeraar vergoed. Medewerkers betalen een kleine bijdrage, tenzij ze worden doorverwezen door hun leidinggevende bijv. met burn-out klachten.

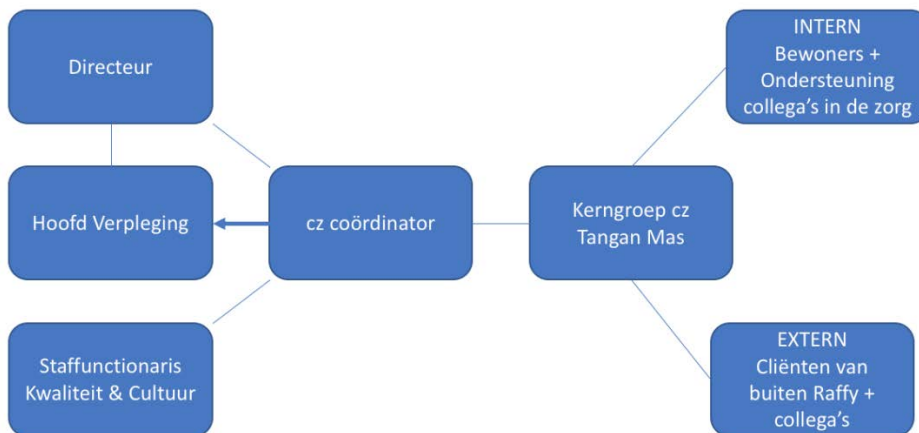
Op de afdelingen is daarnaast een groot deel van het team geschoold in therapeutisch touch; zij worden aangestuurd door de coördinator cz. De cz coördinator is verantwoordelijk voor alle cz, dus zowel op de afdelingen als bij Tangan Mas. Zij legt verantwoording af aan manager van de verpleegafdeling, met haar regelt ze ook het scholingsbudget, hoewel cz gegeven wordt in het kader van welzijn.

Ze heeft verder onregelmatig overleg met de staffunctionaris kwaliteit en cultuur, die ook cz als aandachtgebied in haar pakket heeft. Informeel heeft ze contact met de directeur over de grote lijnen, zoals de taak van Tangan Mas, het aantal cz-uren, de toekomst, presentaties over cz bij Raffy voor derden, zoals het zorgkantoor.

De eigen learning history van Raffy maakt duidelijk dat de balans tussen het formeel organiseren van complementaire zorg en het organisch laten groeien ervan belangrijk is, en moet passen bij de eigen organisatiecultuur.

Schema 2

Organogram cz Raffy



Succesfactoren

- Visualisatie in de vorm van een tijdplan van activiteitenbegeleider (2010), waarin de cz coördinator op verzoek van de directeur beschreef hoe therapeutisch touch en cz er over 1, 2 en 5 jaar uit zouden zien. Dat is in 2017 allemaal gelukt: aanstelling als cz coördinator, een eigen tabblad voor cz in de zorgmap/ecd, een eigen ruimte, en cz ook voor externe cliënten.
- Met een groepje collega's starten en samen blijven optrekken en ontwikkelen. 'Dit is de basis, je hoeft het niet in je eentje te doen. Anders ben je een dolende ridder, een roepende in de woestijn.'
- Het volgen van de 4-jarige opleiding tot massagetherapeut, betaald door de werkgever. 'Dit heeft me sterker gemaakt en ik ben als coördinator complementaire zorg zichtbaarder binnen de organisatie.'
- Meewerken aan onderzoek (case series studie in 2012): 'Dat maakt je meer bewust van wat je doet.' Ook voor andere collega's wordt cz zo zichtbaarder.
- Belangrijkste reden voor succes: de cz coördinator, met alleen nog uren voor cz. 'Zo kan ik doen wat ik het liefste doe.' En: 'Ik zit er bovenop, houd overzicht, kan tijd besteden aan het organiseren van cz en niet alleen uren om het uit te voeren, en ik kan anderen vervangen voor cz, bijvoorbeeld in de palliatieve zorg, cz is iedere dag mogelijk als het nodig is.' Voor elke vernieuwing is een projectleider nodig, dus ook voor de invoering van cz. De directeur faciliteert de ontwikkeling van cz volledig.

Toekomst

- De cz coördinator zou graag beter in kaart brengen wie op welke manier van cz profiteert: hoeveel mensen, bewoners en collega's krijgen cz, wat levert het op, wat kost het Raffy in termen van scholing en uren, etc.
- De cz coördinator stopt over 4 jaar met werken. Er moet dus op tijd naar een opvolger gezocht worden.

Volgens de betrokkenen levert complementaire zorg het volgende op:

Voor de organisatie:

- concrete invulling van de zorgvisie: persoonsgerichte zorg
- concrete invulling van cultuurspecifieke zorg
- medewerkers die beter stress kunnen managen: 'je weet beter hoe je zelf in je vel zit en durft een ander te vragen als het jou niet lukt, je durft je kwetsbaar op te stellen.'

Voor de medewerkers:

- je krijgt er een goed gevoel door: de bewoner laat zich gemakkelijker verzorgen, voelt zich prettiger
- het verzorgen gaat in een flow, is minder een 'gevecht'
- je kunt nog concreet iets doen in situaties waarin je anders met de rug tegen de muur staat
- de interactie met de bewoner is gemakkelijker, je kunt beter (energetisch) contact maken
- je wordt er zelf rustiger van en het geeft je energie
- je kunt 'neutraal' op een kamer komen doordat je je goed kunt centeren en al op de bewoner afstemt

De Kloosterhoeve

De Kloosterhoeve is een locatie van De Riethorst Stromenland en staat in Raamsdonksveer. Het biedt zorg aan mensen met de ziekte van Huntington. Dit is een erfelijke hersenaandoening die zich onder andere uit in onwillekeurige bewegingen die langzaam verergeren, verstandelijke achteruitgang en een verscheidenheid van psychische symptomen en gedragsproblematiek.

Er wonen 51 bewoners in De Kloosterhoeve, van wie gemiddeld 10 bewoners complementaire zorg ontvangen. Het aantal bewoners dat complementaire zorg ontvangt, neemt toe. Daarnaast biedt De Kloosterhoeve dagbehandeling voor mensen met de ziekte van Huntington, waar 12 tot 15 mensen komen. Drie van hen krijgen structureel complementaire zorg. Elders in De Riethorst Stromenland vindt ook wel cz plaats, maar minder structureel. Er is onderling weinig contact over cz.

De Kloosterhoeve biedt aromazorg, massage, en aquazorg. Vaak wordt massage in combinatie met aromazorg gegeven. In de proeftuin zijn de effecten van twee interventies gemeten: aromazorg, massage en aquazorg.

Ontwikkeling en inbedding van complementaire zorg (schema 1)

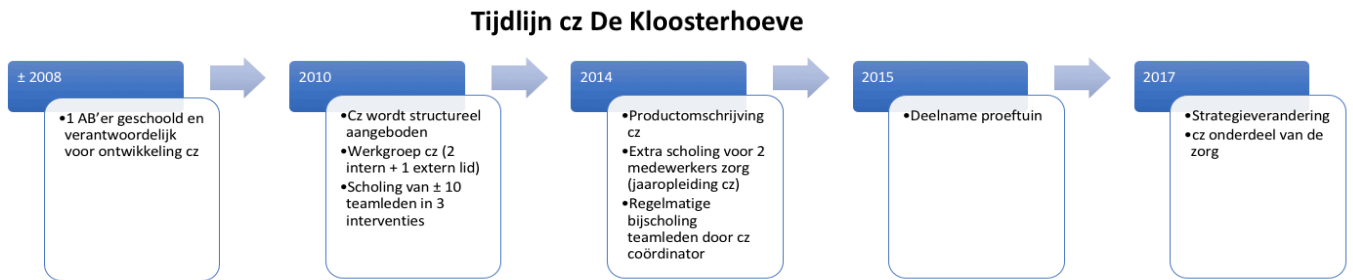
Complementaire zorg wordt sinds 2010 in De Kloosterhoeve aangeboden, naast de vaktherapiën als muziektherapie, schilderen en PMT. Complementaire zorg is opgezet door een activiteitenbegeleider, dus vanuit welzijn. Er is een werkgroep cz van 3 personen, van wie 1 externe als adviseur. Er zijn ± 10 medewerkers geschoold in de 3 interventies.

In de praktijk komt een EVV'er met een vraag naar de werkgroep (bijv. voor een bewoner met neklachten, waar fysiotherapie onvoldoende kan betekenen), de werkgroep bespreekt de vraag met de cliënt (wat is diens beleving, wat vindt hij wel/niet fijn) en komt tot een advies voor cz. Dit is gebaseerd op het 'totale plaatje'. Cz bestaat altijd uit twee componenten: bejegening naar de cliënt – presentie, gecenterd zijn – en de feitelijke interventie. De interventies worden op maat gegeven, passend bij de persoon en de situatie. Naast de algemene indicaties voor cz, kunnen er dus voor individuele personen ook andere redenen zijn. Een jonge man die zijn lichaam verschrikkelijk vond, kreeg bijvoorbeeld gedurende 2 jaar wekelijks rugmassage om te komen tot een meer positieve lichaamservaring.

De cz interventie wordt voor een bepaalde periode ingezet en wordt regelmatig geëvalueerd met de EVV'er. Het wordt echter nog te weinig meegenomen in het MDO (2x per jaar) en het wordt ook nog niet structureel opgenomen in het zorgleefplan. Dit hangt samen met het feit dat cz gestart is vanuit welzijn en omdat de betrokken welzijnsmedewerker een centrale rol bij cz heeft, ziet het zorgteam cz ook vooral als iets van haar en niet als iets van de zorg.

De werkgroep cz heeft veel geïnvesteerd in scholing en bijscholing en de geschoolde collega's - per unit een voldoende aantal - worden geacht cz ook daadwerkelijk aan te bieden en uit te voeren.

Schema 1



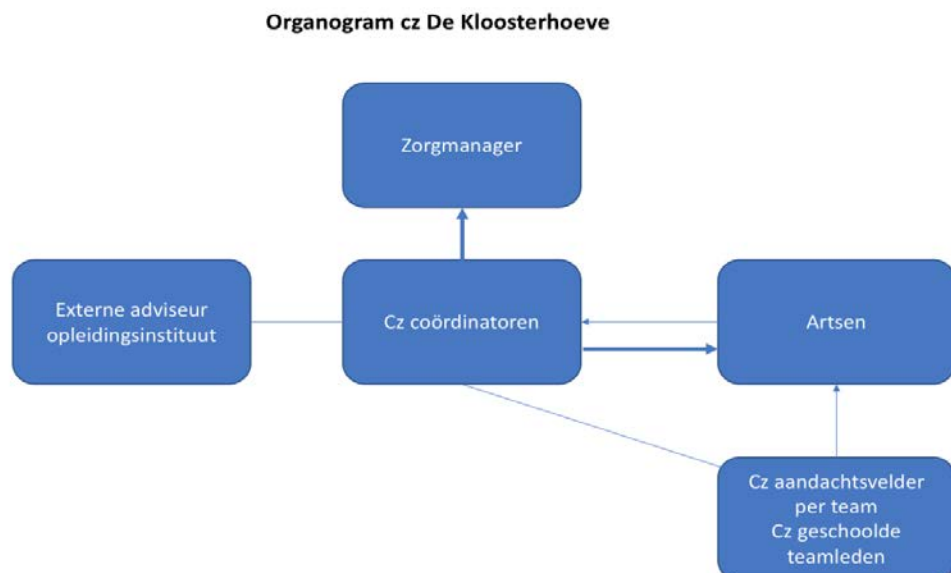
Interne organisatie van complementaire zorg (schema 2)

Aankankelijk voerden de twee interne leden van de werkgroep de meeste cz uit, tot zij een meer coördinerende en adviserende rol kregen. Zij stellen o.a. de aromacomposities op maat samen, geven voorlichting, ook aan familie en vrijwilligers, en zijn aanspreekpunt voor cz. De 'kartrekker' van de werkgroep schreef de productomschrijving van cz, zorgt voor de actuele documenten op de interne documentschijf en geeft de opfrisscholingen in samenwerking met een scholingsinstituut.

In de loop van de proeftuin had De Kloosterhoeve door omstandigheden te maken met personeelskrapte en vond er een strategieverandering plaats. Dit leidde tot veel onrust en weinig aandacht voor de proeftuin. Bovendien verdween de functie van de welzijnsmedewerker/kartrekker. Er is nu gekozen voor een co-constructie: er zijn twee cz coördinatoren die de teams ondersteunen en elk team heeft een eigen aandachtsvelder cz. Dit is iemand die de basistraining cz heeft gehad en ook cz toepast. Deze persoon signaleert bij welke bewoner cz opgestart kan worden, legt dit voor aan de arts en deze roept een van de twee cz coördinatoren in. Beiden hebben extra uren voor cz, bedoeld voor het geven van onder andere cz binnen hun eigen teams, maar ook om cz plannen voor andere teams te maken, met hen doelen te formuleren, de keuze van de olie te bepalen, eventueel de olie te bereiden, olie te beheren, rapportage op doel te monitoren, etc.. Het is de bedoeling dat cz zo een vast onderdeel van het zorgplan wordt. Scholingen worden vanaf nu alleen door het externe scholingsinstituut gegeven.

De twee cz coördinatoren leggen inhoudelijk verantwoording af aan de arts die cz voor heeft geschreven en ook in het zorgplan en de zorgplanbespreking met de bewoner. Procesmatig leggen beiden verantwoording af aan de zorgmanager. De twee cz coördinatoren hebben geregeld contact met elkaar en er komt structureel overleg met hen en de zorgmanager. De artsen zijn eindverantwoordelijk voor het zorgplan. Hun betrokkenheid bij cz is groot.

Schema 2



Succesfactoren

- De combinatie van een enthousiaste kartrekker met positieve artsen en manager.
- Niet alleen over cz praten, maar er daadwerkelijk ruimte voor te maken. De manager moet dus faciliteren en budget vrijmaken voor o.a. scholing en uren voor een cz coördinator. Dit is een keuze: 'Iemand kan niet leren fietsen als hij geen fiets heeft.'

Toekomst

- Complementaire zorg blijft bestaan, omdat het gezien wordt als een belangrijk product voor de doelgroep van De Kloosterhoeve. Het wordt nu bij de zorg ondergebracht en anders georganiseerd. Dit sluit beter aan bij de filosofie dat welbevinden ook onderdeel van de zorg is en cz kan goed binnen de dagelijkse zorg gegeven worden. Het is geen aparte activiteit die door een activiteitenbegeleider aangeboden zou moeten worden.
- Deze cultuuromslag – cz van welzijn naar zorg en als vast onderdeel van het zorgplan – heeft nog minimaal 2 à 3 jaar nodig. Cz is dan onderdeel van het leerpad Huntington en alle medewerkers hebben een basistraining cz gevolgd. Cz is dan ook verankerd in de palliatieve zorg. Een van de twee cz coördinatoren is tevens verpleegkundige palliatieve zorg en heeft de opdracht cz daarin verder te ontwikkelen.
- De wens is om cz ook verder in de organisatie uit te rollen. In 2018 is cz geagendeerd in het overleg van de zorgmanagers van de verschillende locaties. Als cz ook in de visie van de organisatie als geheel wordt opgenomen, kan dat dit proces in belangrijke mate ondersteunen omdat de zorgmanagers dan een andere opdracht krijgen en gefaciliteerd worden door het bestuur.

Volgens de betrokkenen levert complementaire zorg het volgende op:

Voor de organisatie

- extra interventies voor een moeilijke doelgroep
- onderscheiding ten opzichte van standaard verpleeghuiszorg: waarde van de mens is belangrijker dan 36 uur per week een arts in huis
- zorgverleners moeten leren om achter het masker van de ziekte te kijken; cz biedt de mogelijkheid voor een gesprek hierover
- het helpt om je als organisatie kwetsbaar op te stellen: medicatie is wel nodig, maar niet uitsluitend.

Voor de medewerkers

- tevredenheid
- beter naar jezelf kijken, ook van invloed op je eigen leefstijl (het zou mooi als cz ook aan medewerkers aangeboden zou kunnen worden)
- biedt handvat voor de juiste balans tussen afstand en nabijheid; dit is een belangrijk aandachtspunt bij deze doelgroep en ook vanwege de visie om bewoners zo persoonlijk mogelijk te benaderen.

Hospice Roosdonck

Hospice Roosdonck is onderdeel van Groenhuysen en staat in Roosendaal. In het hospice verblijven terminaal zieke mensen tot hun overlijden. Het biedt ruimte aan 16 mensen. Het hospice is een Center of Excellence voor palliatieve zorg. Groenhuysen is een Planetree-organisatie. Complementaire zorg hoort daarbij en wordt sinds de start van het hospice in 2012 aangeboden.

Hospice Roosdonck biedt verschillende complementaire interventies: aromazorg, massage, aquazorg, kamillespray bij mondzorg en ontspannings- en visualisatieoefeningen. In de proeftuin zijn niet al deze interventies meegenomen, maar zijn de effecten gemeten van aromazorg, massage en aquazorg.

Ontwikkeling en inbedding van complementaire zorg (schema 1)

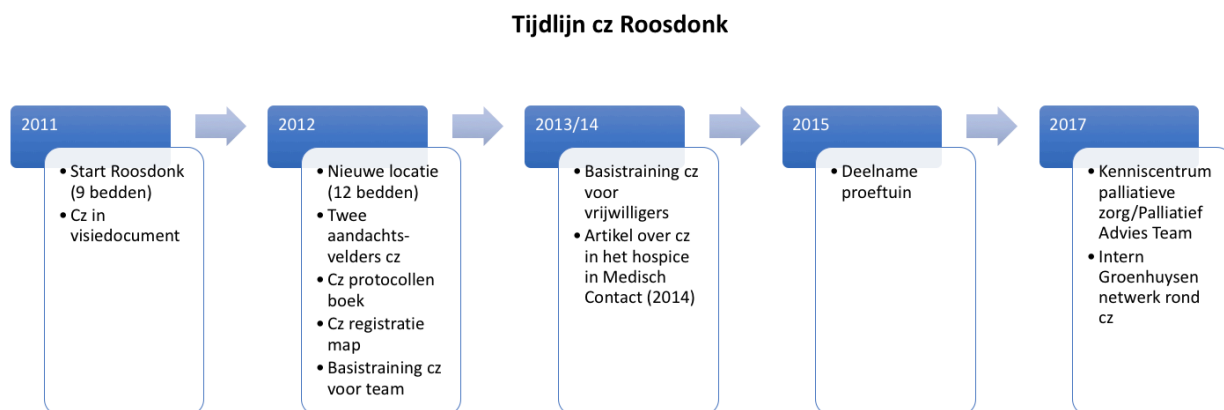
Bij de start van het hospice werd ook een verpleegkundige aangetrokken met expertise op het gebied van cz. Zij heeft er mede voor gezorgd dat cz vanaf het begin in het visiedocument van het hospice werd opgenomen door het te beschrijven in het Zorgpad Stervensfase, het landelijk instrument voor het leveren van goede palliatieve zorg. Samen met een collega verpleegkundige is zij aandachtsvelder/expert complementaire zorg.

Roosdonck heeft een protocollenboek voor de verschillende complementaire interventies samengesteld, dat regelmatig geactualiseerd wordt. Cz wordt gerapporteerd in een aparte map door zowel verpleegkundigen als vrijwilligers. De rapportage is niet specifiek op effecten/doelen, maar beschrijft vooral wat gedaan is en hoe. De twee aandachtsvelders kijken elke week in de map en spreken collega's erop aan als onvolledig geregistreerd wordt. Het komt elke week aan bod in het MDO. Het verzoek om cz kan dan ook van alle disciplines komen. Het team zet zelfstandig cz in bij eenduidige/eenvoudige vragen (bijvoorbeeld bij obstipatie -> koele buikwassing, bij misselijkheid -> digesticalm). Bij de meer complexe vragen worden de twee aandachtsvelders/experts ingeschakeld.

Er vindt regelmatig (bij-)scholing plaats, zowel van professionals als van vrijwilligers. Er is een scholingsboekje voor de vrijwilligers.

Het cz aanbod wordt geleidelijk uitgebreid. Er worden bijvoorbeeld vaker live geleide visualisatieoefeningen gegeven. 'Dat had ik nooit verwacht, ik dacht dat het wel een drempel zou zijn. Maar het past wel binnen de palliatieve zorg, een beetje dagdromen. Het wordt nu eerder aangereikt, en ook eerder ontvangen.' Het past binnen de eigen learning history van Roosdonck dat verschillende cz vormen verschillend ervaren worden door de verpleegkundigen. Op termijn kan misschien ook therapeutisch touch toegevoegd worden.

Schema 1

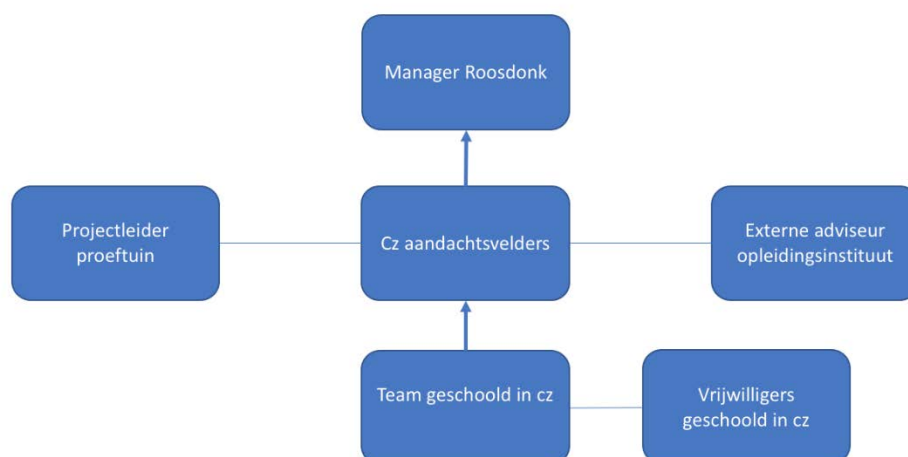


Interne organisatie van complementaire zorg (schema 2)

De twee verpleegkundige aandachtsvelders/experts voor cz zijn aangewezen door het team. Zij volgen regelmatig bijscholing en ondersteunen collega's in het hospice. Zij stellen ook de aroma composities op maat samen. Sinds 2017 worden beiden ook voor cz ingeroepen vanuit het Palliatief Advies Team (PAT), dat vanuit Roosdonck op andere locaties binnen Groenhuysen inzetbaar is en zorg draagt voor het verspreiden van opgebouwde palliatieve kennis en expertise. De aandachtsvelders/experts hebben regelmatig informeel overleg en indien nodig formeel. Zij leggen verantwoording af aan de manager van het hospice. Vrijwilligers werken onder toezicht van de verpleegkundigen en kunnen bij hen met vragen terecht. Alle teamleden hebben een basistraining cz gevolgd. Sinds 2013 worden ook vrijwilligers geschoold door de twee aandachtsvelders/experts. De bijscholingen vinden 2 tot 4 keer per jaar plaats gedurende een dagdeel. Een deel is gericht op nieuwe kennis opdoen, daarnaast zijn de bijeenkomsten ook bedoeld voor intervisie en opfrissen van oude kennis. Sinds 2015 ondersteunt de coördinator vrijwilligers – zelf eveneens geschoold in cz – hierbij. Complementaire zorg wordt dus zowel door verpleegkundigen als door vrijwilligers aangeboden. De toepassing van cz wordt ondersteund door de arts(en). Met arts R. van Nordennen is een artikel in Medisch Contact hierover gepubliceerd (2014). Op de jaarlijkse open dag wordt cz onder de aandacht gebracht. Cz is in 2015/2016 ook onderwerp geweest van de fundraising door de Vrienden van Roosdonck.

Schema 2

Organogram cz Roosdonk



Succesfactoren

- Cz is vanaf de start van het hospice opgenomen in het visiedocument.
- Daardoor kon de manager beide aandachtsvelders/experts veel ruimte bieden, in uren en andere steun, zoals scholing. Het is fijn dat ze het samen kunnen doen als aanjagers: 'Met een tandem fietsen is een stuk gemakkelijker.'
- In korte tijd is veel op papier gezet, wat helpt bij de borging.

Toekomst

- Roosdonck is het kenniscentrum palliatieve zorg van Groenhuysen en wil van daaruit zijn kennis en kunde beschikbaar stellen voor de andere locaties van de organisatie, ook op het gebied van complementaire zorg. Vanuit het kenniscentrum palliatieve zorg is er daarom sinds kort een palliatief advies team (PAT) waar andere locaties een beroep op kunnen doen.
- Toen Roosdonck de deelname aan de proeftuin in 2015 aankondigde op het interne netwerk van Groenhuysen, kwamen er enkele reacties van andere huizen die ook cz bieden, zoals Centrum voor Wonen en Zorg Heerma State, dat een eigen coördinator complementaire zorg heeft. Op initiatief van de projectleider van de proeftuin zijn de betrokkenen uit de verschillende huizen 3 keer bijeen geweest om te proberen op het gebied van cz meer samen op te trekken. Doel: cz binnen Groenhuysen voor alle cliënten beschikbaar maken. Zij bespreken bijvoorbeeld afstemming van folders over cz, met hetzelfde (Groenhuysen)logo, plaatsing van korte artikelen op het Huisnet gezet. Dit heeft weer geleid tot meer vragen, die niet allemaal bij het PAT terechtkomen, maar bijvoorbeeld ook bij de coördinator complementaire zorg van Heerma State. Moet dit beter worden gestroomlijnd? Verder doet elke locatie cz nu naar eigen goeddunken. Dat brengt ook zorgen rond de kwaliteit van cz. En valt cz dan onder welzijn of onder zorg? Of is dat onderscheid niet zo relevant? Moet het ook cz heten als het als verwenactiviteit door vrijwilligers aangeboden wordt, en welke kwaliteitscriteria gelden dan?
- Aan het einde van de proeftuin is er een gezamenlijke organisatiebrede visie op cz ontwikkeld, geaccordeerd door de Raad van Bestuur. Vanuit de eigen Groenhuysen Academie, in samenwerking met opleidingsinstituut Kicozo, krijgen medewerkers op diverse locaties in de komende jaren een basisscholing complementaire zorg.

Volgens de betrokkenen levert complementaire zorg het volgende op:

Voor de organisatie:

- tevreden cliënten, tevreden familie, tevreden medewerkers
- cz is goed voor de samenwerking: je ervaart meer verbinding en dat is goed voor een team
- je kunt de vier domeinen uit het zorgleefplan ook echt 'waarmaken'
- cz is onderdeel van een groter geheel

Voor de medewerkers:

- concrete handvatten in situaties waarin je vaak onmachtig bent. Het is dus van toegevoegde waarde, een middel om iets anders te kunnen geven.
- meer rust, sfeer, beleving
- andere vorm van communicatie: je komt dichterbij, maakt meer/beter contact

Nusantara

Nusantara is een kleine stichting (4 locaties, 150 bedden), gericht op somatische en psychogeriatrische zorg voor mensen met een Indische achtergrond, zowel intra- als extramuraal. Complementaire zorg past binnen de cultuurspecifieke zorg en maakt onderdeel uit van de basiszorg. De proeftuin is de start om complementaire zorg beter te structureren en om inzichtelijk te maken wat de effecten van complementaire zorg zijn. Aan de proeftuin heeft locatie Patria in Bussum deelgenomen; een locatie met 72 bewoners. Van hieruit moet cz ook over de andere locaties uitgerold worden.

Ontwikkeling en inbedding van complementaire zorg (schema 1)

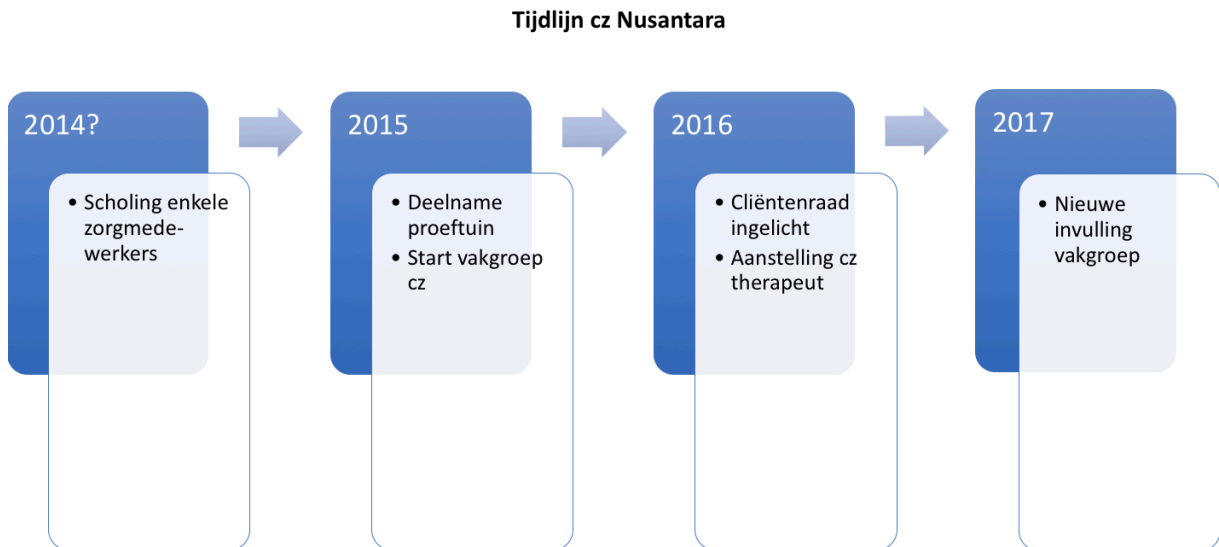
Complementaire zorg werd altijd al gegeven binnen Nusantara, maar de proeftuin is aanleiding om het meer te expliciteren en professionaliseren. Dat is meteen ook een uitdaging. 'Het is bij ons een omgekeerd proces.' Cz wordt ervaren als iets natuurlijks, het hoort bij de cultuur, en wordt intuïtief gegeven: 'Dit deden we altijd al en nu heet het ineens complementaire zorg'. Men ziet het niet als een interventie. Het gaat niet om weerstand tegen het invoeren van veranderingen of vernieuwingen op zich. Die komen vaak van buiten en kunnen worden geïmplementeerd. Maar: 'Dit is iets wat je van binnen naar buiten wilt brengen en dat stuit toch op zekere weerstand.'

Patria biedt pidjit, een vorm van massage uit de Indonesische cultuur, onderverdeeld in handmassage, voetmassage en nekmassage. Soms wordt een etherische olie gebruikt ter ondersteuning bij de massage. De massages worden door enkele eigen medewerkers gegeven. Deze zijn geschoold door een van de eigen zorgmedewerkers, die zelf is opgeleid als masseur, maar er is geen gericht scholingsbeleid ten aanzien van cz. Er zijn in elk geval 3 medewerkers bij Patria die kunnen masseren. Hoeveel er op andere locaties zijn, is niet duidelijk, maar wel dat veel collega's het willen leren. Daarom zullen in de loop van de proeftuin de 6 tot 8 cz vakgroepleden geschoold worden in massage. Verder wordt onder de zorgmedewerkers geïnventariseerd wie zelf al iets doet met complementaire zorg. Vanaf het begin van het tweede jaar van de proeftuin wordt ook een aparte cz therapeut ingezet.

Bij voorkeur wordt massage op de eigen kamer van de bewoner gegeven. Dat is een bekende, veilige omgeving, waarin iemand gemakkelijker kan ontspannen. Er is een travelkit met etherische oliën, die naar de kamers van de bewoners meegenomen wordt. Het tijdstip waarop de massage gegeven wordt, is van verschillende zaken afhankelijk en kan geïntegreerd worden in ochtendzorg (ADL/PDL) of in de avondzorg. Massages worden gegeven in overleg met de arts, en waar mogelijk met een indicatie. Soms verwijst ook de psycholoog, die net als de arts positief is over de resultaten. Zij hebben behoefte aan meer geschoolde zorgverleners om vaker te kunnen verwijzen. Cz wordt echter nauwelijks genoteerd. In de loop van de proeftuin zal worden verkend hoe cz het beste in het digitale zorgleefplan gerapporteerd kan worden. Medewerkers moeten nog leren dat cz geen extraatje is, maar onderdeel van de zorg. Liever na de basiszorg nog een massage dan dat de kamer tiptop opgeruimd is. 'Alle ingrediënten zijn er, maar het wordt nog geen goede cake, omdat iedereen een andere vorm in gedachten heeft.'

Nusantara buigt zich over de mogelijkheid om cz ook structureel door vrijwilligers te laten geven. Vragen die daarbij relevant zijn: hoe zit het dan met het zorgleefplan/ECD, met veiligheid en privacy, overschrijd je niet de grens van ondersteunen bij activiteiten naar behandelen, wat zou wel en wat zou niet door vrijwilligers gedaan kunnen worden, hoe voorkom je dat iedereen zijn eigen 'hobby' toepast?

Schema 1



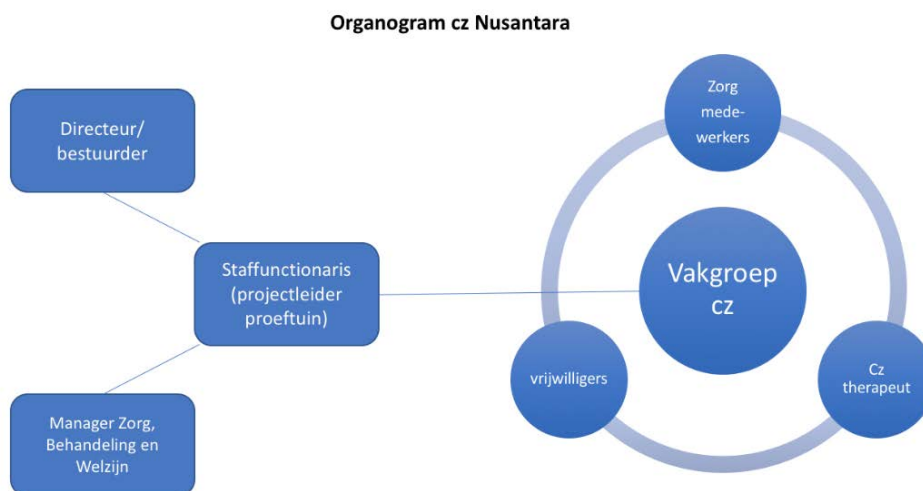
Interne organisatie van complementaire zorg (schema 2)

Nusantara kent 12 vakgroepen en sinds de start van de proeftuin is er ook een aparte vakgroep voor complementaire zorg. Elke locatie heeft een afgevaardigde in elke vakgroep. Een stafmedewerker fungeert als projectleider, die eindverantwoordelijk is voor cz en de proeftuin. De vakgroepvoorzitter is verantwoordelijk voor de verdere ontwikkeling van cz, waaronder de registratie ten behoeve van de proeftuin. Het duurde echter geruime tijd voordat deze functie goed ingevuld kon worden. De eerste voorzitter van de vakgroep cz (met 8 uur voor het geven van cz) werd langdurig ziek en haar opvolgster heeft de functie (van 24 uur) teruggegeven, omdat ze het een te zware belasting vindt.

Complementaire zorg wordt in Patria gegeven door enkele in cz geschoolde zorgverleners, door een cz therapeut en door enkele vrijwilligers. Onduidelijk is nog hoe zij onderling afstemmen en uitwisselen en wie aan wie verantwoording schuldig is.

Nusantara wil beter vertellen waar ze goed in zijn. De oosterse wereld doet dit al eeuwen, de westerse wereld ontdekt het nu pas. Medewerkers mogen er best trots op zijn. Continuïteit is wel een uitdaging. De eigen learning history van Nusantara laat zien dat, ook al faciliteer je met uren, cz niet afhankelijk moet zijn van individuele personen. Het werkt ook niet om er een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van te maken. Er is dus meer sturing nodig vanuit de staf, op praktisch-organisatorisch vlak, maar vooral bij het bewust maken van het belang van inzicht in de toegevoegde waarde van cz. 'Het zit in onze genen, maar we moeten ons er meer bewust van worden, dan herkennen we wat het oplevert en kunnen we het gericht inzetten.'

Schema 2



Succesfactoren

- Er is veel draagvlak in alle geledingen van de organisatie: bestuur, behandelaars, medewerkers, bewoners.
- De resultaten van cz in de praktijk zijn goed.
- Vanaf het begin zijn er uren beschikbaar gesteld en is er een aparte vakgroep voor complementaire zorg ingesteld waardoor het een formele status heeft.

Toekomst

- Belangrijkste vraag tegen het einde van de proeftuin: wat heeft de vakgroep nodig om cz beter te stroomlijnen en structureel te laten rapporteren op cz? Daarvoor wordt cz tijdens elke overdracht besproken, en in het wekelijkse teamoverleg, geagendeerd door de teamleiders. Nadruk ligt op de vraag waarom cz gegeven werd en wat de bewoner ervan vond. Medewerkers moeten van onbewust bekwaam, bewust bekwaam worden.
- De medewerkers die cz geven zullen meer als cz ambassadeurs ingezet worden.
- De staffunctionaris maakt een tijdplan voor cz binnen Nusantara.
- Complementaire zorg wordt ondergebracht in het intramuraal persoonsvolgend budget en krijgt hiermee een goede verankering.
- In alle uitingen over Nusantara wordt cz genoemd en ook het zorgkantoor is belangstellend.
- Er zijn in Nederland 5 onafhankelijke stichtingen voor zorg aan mensen met een Indische achtergrond. Deze komen regelmatig bij elkaar en binnenkort ook rond het thema cz (op initiatief van Raffy).

Volgens de betrokkenen levert complementaire zorg het volgende op:

Voor de organisatie:

- trotse medewerkers die meer in hun kracht staan
- groter verantwoordelijkheidsgevoel bij medewerkers
- concrete invulling van visie en beleid: tijd met kwaliteit, zingeving
- mogelijk minder verzuim en minder medicatie

Voor de medewerkers:

- meer lol in je werk
- je wordt zelf rustiger
- cz is iets van jezelf geven en iets terugkrijgen: wederkerigheid
- ander contact, meer verbinding (niet alleen functioneel)
- ruimte voor de bewoner om te praten, cz biedt hiervoor gestructureerde momenten
- je leert anders kijken naar een bewoner (gericht observeren): wat past bij deze mens?
- betere bewustwording van cultuurspecifieke zorg

Schakelring

Schakelring is een ouderenzorgorganisatie in Midden-Brabant met 9 woonzorgcentra, thuiszorg, revalidatiezorg en dagopvang/dagbehandeling. Aan de proeftuin hebben twee locaties deelgenomen: Eekhof te Kaatsheuvel, een locatie waar 56 bewoners met dementie verblijven, en Eikendonk te Waalwijk. Hier wonen zowel mensen met dementie als mensen met lichamelijke beperkingen. Aan de proeftuin deden twee woongroepen voor mensen met dementie mee (totaal 16 bewoners) en de somatische afdeling (16 bewoners).

Ontwikkeling en inbedding van complementaire zorg (schema 1)

Voor Eikendonk was de start van de proeftuin aanleiding om complementaire zorg in te voeren. Eekhof biedt al sinds 2010 complementaire zorg en sluit op eigen verzoek – iets later – aan bij de proeftuin. Eekhof en Eikendonk bieden aan complementaire zorg: Tactiel Stimulering (Eekhof), aromazorg (Eikendonk), handmassage (Eikendonk) en motor imagery bij revalidanten ter bespoediging van hun herstel na een heup- of knieoperatie (niet in deze proeftuin meegenomen, maar in een gelijktijdig lopend onderzoek).

Eikendonk

Bij de start van de proeftuin zijn 2 teams geschoold in aromazorg en handmassage; 16 medewerkers van afdeling Lavendelhof (somatic) en 16 van de woongroepen Klaproos en Lelie (psychogeriatric). Aromazorg wordt soms in combinatie met handmassage ingezet, maar soms ook als eigenstandige interventie, bijvoorbeeld door een specifieke geur te laten vernevelen via een geurdispenser in de gezamenlijke woonkamer van een woongroep of door een specifieke etherische olie bij het bed van een bewoner neer te zetten ter bevordering van zijn slaap. Er is een werkinstructie voor handmassage op de afdeling somatic. Vanaf 2017 is cz opgenomen in het jaarplan.

Aan het einde van de proeftuin gaat een collega een scholing aromazorg bij opleidingsinstituut Kicozo volgen en op de afdeling somatic gaan 3 medewerkers (de 'harde cz-kern') meerdere collega's scholen in de inzet van handmassage en aromazorg als onderdeel van het verbeterplan complementaire zorg.

Eekhof

Eenvoudige massages waren al onderdeel van de activiteitenbegeleiding, maar toepassing was vaak erg afhankelijk van persoonlijke inzet. In 2010 heeft een van de welzijnsmedewerkers een plan geschreven 'Aanraken mag', en is op zoek gegaan naar uitbreiding van mogelijkheden. Ze koos voor Tactiel Stimulering – een specifieke massagevorm – volgde zelf de opleiding (betaald door de werkgever) en is in 2011 gestart met het aanbieden ervan.

Tactiel Stimulering is bedoeld voor bewoners die beperkt kunnen meedoen aan andere activiteiten of behoefte hebben aan extra ontspanning. In het laatste geval kan de vraag ook komen vanuit de zorg of de arts. Het doel is verminderen van onrust, soms extra ontspanning of bijvoorbeeld verminderen van tremoren bij Parkinson.

Willen bewoners vaker Tactiel Stimulering dan binnen de geormerkte uren ingepland kan worden of als er bewoners zijn die er eigenlijk niet voor aanmerking komen maar het toch willen, dan kan het extra worden ingekocht door familie.

Gemiddeld krijgen per week 7 bewoners Tactiel Stimulering. Het wordt als interventie beschreven in het zorgplan onder de 'help mij bij...' vraag, die vanuit het perspectief van de bewoner gesteld wordt. Er wordt ook op gerapporteerd, in de eigen woorden van de behandelaar. Na de behandeling wordt de zorg altijd gevraagd om de bewoner te observeren en eventuele effecten te rapporteren. Dit wordt niet altijd gedaan.

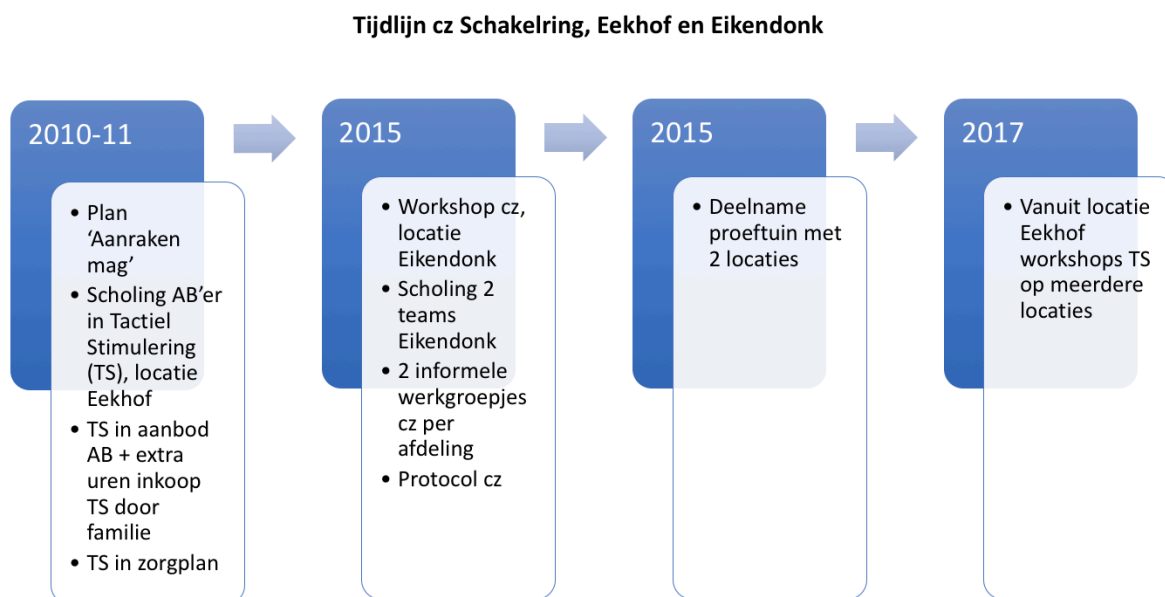
Behandeling vindt plaats in overleg met de familie en de zorg. De behandelaar neemt zelf contact op met partner/familie of via de EVV'er. De lijnen zijn kort. Eekhof is een kleinschalig, lokaal geworteld verpleeghuis, dus de meeste bewoners, zorgverleners en familie kennen elkaar.

Tijdstip van behandeling vindt plaats in overleg met de zorg. De behandelaar behandelt op de kamer van de bewoner en hangt, om niet gestoord te worden, een kaart op de deur met de tekst 'Hier wordt Tactiel Stimulering gegeven'.

Tactiel Stimulering wordt op maat gegeven, hoewel het in principe een vaste structuur kent. De behandelaar tast per bewoner af wat de mogelijkheden zijn. Sommige mensen zijn minder toegankelijk, sommigen hebben moeite met aanraking.

In het activiteiten aanbod binnen Eekhof zijn ook snoezelen, massage, Bewegen In Muziek (BIM) en bewegen in het algemeen geïntegreerd. Deze eenvoudige complementaire zorgvormen binnen het snoezelaanbod worden door alle welzijnsmedewerkers gegeven, maar niet structureel. Inmiddels is ook Fancy Care Clowning aan het aanbod toegevoegd.

Schema 1



Interne organisatie van complementaire zorg (schema 2)

Eikendonk

Aan het begin van de proeftuin is het de bedoeling dat per deelnemende afdeling een werkgroep cz wordt samengesteld en dat de teammanagers van de twee afdelingen verantwoordelijk zijn voor cz in het kader van de proeftuin. Schakelring werkt met samenverantwoordelijke teams, een vorm van zelforganisatie waarbij medewerkers veel eigen verantwoordelijkheden krijgen. Zij krijgen de ruimte om hun werk in te richten op de wijze die

zij het beste vinden en zij zorgen er zelf voor dat resultaten bereikt worden. Uiteindelijk is dus elk team samen verantwoordelijk voor structurele en kwalitatief goede toepassing van cz. Er is geen structureel overleg tussen beide teammanagers over de proeftuin, maar zij maken beiden deel uit van het MT, waar cz ook besproken wordt.

Aan het begin van de proeftuin is de wens geuit dat cz meteen in het zorgleefplan wordt opgenomen, waarin doelen per bewoner geformuleerd worden. Er is eens per maand unitoverleg, twee keer per jaar groot MDO, 2x per jaar zorggesprekken binnen de samenverantwoordelijke teams. Cz zou op een 'natuurlijke' manier ingepast kunnen worden op basis van de observaties en gesprekken, het team beslist daarover.

Door wisselingen in personeel, ziekte van leidinggevenden, verhuizing naar de nieuwbouw en verandering in de organisatie van de deelnemende afdelingen, is cz uiteindelijk wel op de afdeling somatiek maar nauwelijks op de afdeling psychogeriatric tot ontwikkeling gekomen. In het begin van de proeftuin werd handmassage/aromazorg daar wel toegepast, maar 'al snel verwaterde dat.' Tijd wordt altijd als probleem ervaren. Alleen enthousiasme en scholing blijken niet voldoende. De toenmalige leidinggevende: 'Daar heb ik me op verkeken. Nu zou ik er extra tijd voor vrij maken – 5 tot 10 minuten per bewoner maar – en duidelijk maken dat ze er echt tijd aan mogen besteden. Dat vinden ze heel moeilijk, ze hebben het gevoel druk te zijn – en dat is ook zo – maar je kunt ook spelen met de tijd.'

De afdeling somatiek had om bovengenoemde redenen moeite met het opstarten van de proeftuin, maar na de terugkeer van de leidinggevende van de afdeling heeft zij de toepassing en registratie van complementaire zorg extra aandacht gegeven.

De eigen learning history van Eikendonk laat zien dat het niet werkt om de verantwoordelijkheid voor de invoering van cz alleen bij het team neer te leggen: 'Het samen verantwoordelijk zijn voor de zorg gaat best goed, maar voor iets nieuws werkt het niet. Misschien past cz ook niet bij iedereen, sommigen hebben een wat traditionelere visie op zorg.' Binnen de afdeling somatiek kan tegen het einde van de proeftuin een medewerker die enthousiast is voor cz een keer per 2 weken 4 uur uit haar contract van 28 uur aan de organisatie van cz besteden.

Eekhof

Het team welzijn bij Eekhof bestaat uit 4 collega's met elk een eigen expertise- en aandachtsgebied. Voor een van hen is dat Tactiel Stimulering, waarvoor zij 6 uur beschikbaar heeft binnen haar contract van 24 uur. Tactiel Stimulering wordt sinds 2010 structureel aangeboden voor bewoners die niet meer aan andere activiteiten kunnen deelnemen. Daarnaast kan familie Tactiel Stimulering inkopen. Kosten zijn €25 - €30 per sessie (duur is ongeveer 30 minuten, afhankelijk van de persoon en de vraag). Er is een collega van deze medewerker buiten Schakelring die kan invallen bij ziekte of vakantie. Afhankelijk van de mogelijkheden van de familie geeft de betreffende welzijnsmedewerker gemiddeld eens per week een behandeling. De bijdrage door familie wordt altijd aan Eekhof betaald. Het is niet de bedoeling dat binnen Eekhof meer medewerkers geschoold worden in deze interventie.

De manager van Eekhof heeft ingestemd met deelname aan de proeftuin en heeft hiertoe tijd beschikbaar gesteld aan de welzijnsmedewerker voor overleg, administratie, etc.

Binnen het zelfsturend team welzijn is regelmatig overleg over de verschillende activiteiten en aandachtsgebieden. Formeel valt het team welzijn onder de manager Zorg en Welzijn, daarnaast heeft de behandelaar ook direct contact met de locatiemanager, o.a. over afstemming van de uren en plannen voor de toekomst, zoals het geven van workshops Tactiel Stimulering op andere locaties van Schakelring.

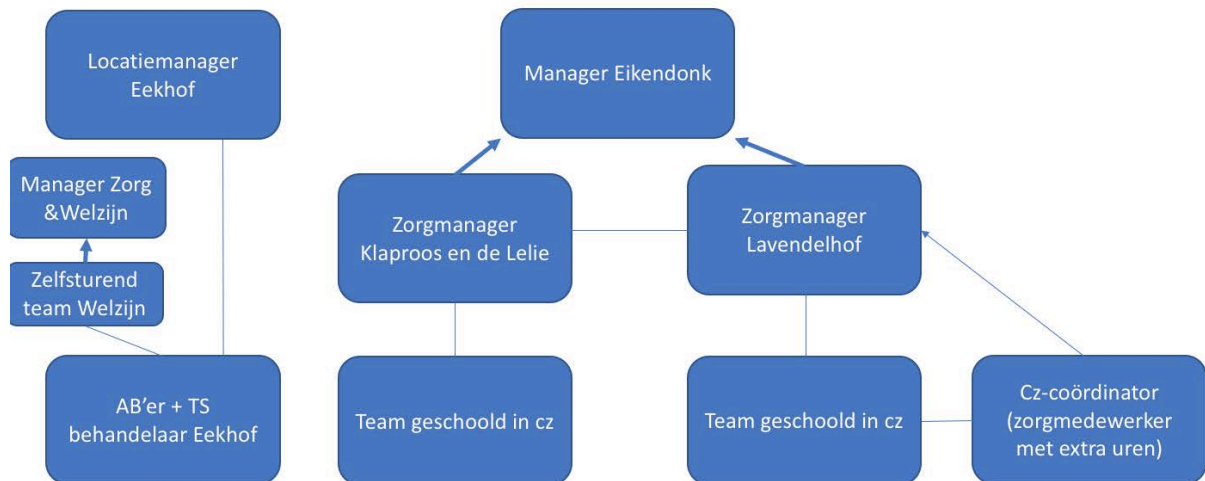
In de afgelopen jaren heeft de betreffende welzijnsmedewerker ervaren dat de ontwikkeling van cz in cycli gaat; er zijn ook periodes geweest dat het op een laag pitje stond.

Vasthoudendheid en een lange adem zijn nodig om het uiteindelijk goed te verankeren.

Aan het einde van de proeftuin is bij Schakelring het besluit genomen om 12 medewerkers op te leiden in Tactiel Stimulering, met name op de locaties in Waalwijk.

Schema 2

Organogram cz Schakelring, Eekhof en Eikendonk



Succesfactoren

Eikendonk

- Starten met een workshop voor twee teams om belangstelling en motivatie bij medewerkers te wekken: 'We zijn heel goed geweest in het meenemen van de medewerkers in het begin. We hebben met de workshop veel enthousiasme gecreëerd, ook bij sceptici.'
- De keuze voor massage/aromazorg was een goede en onderbouwde keuze.
- De snelheid in meteen scholen en de scholing zelf waren eveneens een succes. 'Misschien was dat iets te snel, we hebben niet goed bedacht hoe we het erna gaan organiseren.' De vertaling naar de praktijk is weerbarstiger en vraagt bij nader inzien om een meer formele organisatie.

Eekhof

- 'Wij zijn een klein huis, hebben korte lijnen en fijne contacten.'
- Voordat Tactiel Stimulering werd ingezet, was er bij de zorg al draagvlak voor massage. De welzijnsmedewerker gaf al voetmassages in de huiskamer, waardoor de zorg het effect direct kon zien. Bewoners vonden het prettig, ze werden er blijer, rustiger of minder huilerig van. Voorbeeld: Een bewoner die vaak mopperde, schopte altijd meteen z'n pantoffels uit en ging er klaar voor zitten als de welzijnsmedewerker binnen kwam met de massage-olie. En het gaf een rustige sfeer.

Toekomst

- Eikendonk zou graag meer cz inzetten: 'We krijgen meer complexe bewoners, die een meer persoonsgerichte benadering nodig hebben. Daarvoor moet je een ruimer gevuld mandje hebben.' Uitbreiding van het cz pakket is gewenst, maar wel stap voor stap.
- Zo werken vraagt een omslag in denken en daar is begeleiding bij nodig. Om medewerkers te leren vragen te stellen (Iemand is onrustig: wat kan er aan de hand zijn? Wat zouden we kunnen doen?) in plaats van meteen met de standaardoplossing te komen (meestal medicatie).
- Het is belangrijk dat de behandelaren ook meegaan in het inzetten van cz. Het zorgteam leunt erg op hun oordeel en daarin is cz nog weinig aan de orde. Ze moeten zich gesteund weten. Er zijn nog geen concrete acties om de behandelaren er meer bij te betrekken.
- Het zou mooi zijn als er een combinatie kan komen van een medewerker die als cz behandelaar ingezet kan worden zoals bij Eekhof, en cz binnen de basiszorg. 'We kunnen veel meer uit cz halen.'
- Binnen Eekhof is Tactiel Stimulering goed georganiseerd en geïntegreerd en vraagt nu geen aanpassingen.
- De wens is om Tactiel Stimulering uit te breiden naar andere locaties van Schakelring. Het zou mooi zijn als er van elke locatie 1 persoon de opleiding kan doen. Zo kan er op termijn – over 5 jaar – een Tactiel Stimuleringsteam ontstaan, dat elkaar steunt bij de borging. Het model van Eekhof kan een voorbeeld zijn (vanuit welzijn meer ruimte dan vanuit de zorg). 'Een klein sneeuwballetje is moeilijk in beweging te krijgen, een grote bal rolt veel gemakkelijker. Maar die moet wel een beetje gestuurd worden.'
- Een andere uitbreiding betreft familie, met bijvoorbeeld een workshop over massage en Tactiel Stimulering, zodat familie ook een andere manier van benaderen kan geven aan hun naaste: een handmassage geven kan fijn zijn als er geen gesprekken meer mogelijk zijn. De plannen zijn er wel, maar daar moet ook tijd tegenover staan.

Volgens de betrokkenen levert complementaire zorg het volgende op:

Voor de organisatie:

- medewerkers- en cliënttevredenheid
- contacten met andere organisaties die ook met de ontwikkeling van cz bezig zijn
- je zet je organisatie neer als innovatieve organisatie die welbevinden echt belangrijk vindt
- het zou opgenomen moeten worden in het PREZO kwaliteitssysteem.

Voor de medewerkers:

- meer tevredenheid
- minder onmachtgevoelens
- meer rust in de teams

Baseline-vragenlijst voor cliënten

Toelichting

De zorginstelling waarin u verblijft, biedt complementaire zorg aan. Dit betreft alle aanvullende zorg naast de reguliere zorg die u ontvangt. Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan massage, het gebruik van etherische oliën, enzovoorts. Ook u ontvangt complementaire zorg en daarom willen we u graag een korte vragenlijst voorleggen. Het doel van deze vragenlijst is om de effecten van complementaire zorg in kaart te brengen. Met de resultaten kunnen we de zorg en welzijn voor u (verder) verbeteren.

Het eerst deel van de vragenlijst vult u in voordat u complementaire zorg ontvangt, het tweede deel daarna.

Uw gegevens worden anoniem verwerkt.

Baseline vragenlijst (eenmalig in te vullen bij start meetperiode)

Respondentnummer*

--	--	--	--

* Het respondentnummer hoeft alleen in het digitale systeem ingevuld te worden

1. Wie vult deze vragenlijst in?

- Cliënt
- Zorgverlener, namelijk (uw naam):
- Mantelzorger/familielid
- Anders, namelijk

Gegevens van de cliënt

2. Wat is geboortedatum? (Bijvoorbeeld 31-05-1932)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dag			maand			jaar			

3. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

4. Wat is uw hoogst afgeronde opleiding?

- Tot en met basisonderwijs
- Lager beroepsonderwijs
- Middelbaar beroepsonderwijs
- Hoger beroepsonderwijs

- Wetenschappelijk onderwijs
 - Anders namelijk
5. *Hoe zou u over het algemeen uw lichamelijke gezondheid noemen?*
- Uitstekend
 - Zeer goed
 - Goed
 - Matig
 - Slecht
6. *Hoe zou u over het algemeen uw geestelijke/psychische gezondheid noemen?*
- Uitstekend
 - Zeer goed
 - Goed
 - Matig
 - Slecht
7. *Heeft u in de afgelopen maand vaker complementaire zorg ontvangen?*
- Nee <ga door naar voormetingsvragenlijst>
 - Ja
8. *Welke vorm van complementaire zorg heeft u afgelopen maand ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk)*
- Massage
 - Pidjit
 - Aquazorg
 - Aromazorg
 - Therapeutic Touch
 - Tactiel Stimuleren
 - Ontspanningsoefeningen
 - Anders, namelijk

Voormeting

in te vullen voordat de cliënt complementaire zorg krijgt

Respondentnummer*

--	--	--	--

* Het respondentnummer hoeft alleen in het digitale systeem ingevuld te worden

1. Wie vult deze vragenlijst in?

- Cliënt
- Zorgverlener, namelijk (uw naam):
- Mantelzorger/familielid
- Anders, namelijk ...

2. Op welke datum wordt deze vragenlijst ingevuld? (bijvoorbeeld 31-05-2016)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dag			maand			jaar			

Gegevens van de cliënt

3. Wat is uw geboortedatum? (bijvoorbeeld 31-05-1932)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dag			maand			jaar			

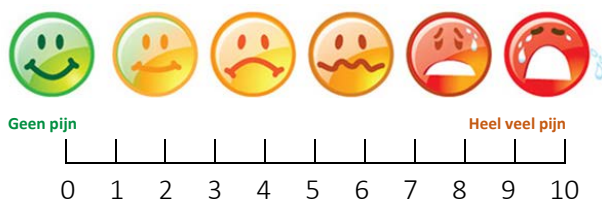
4. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw

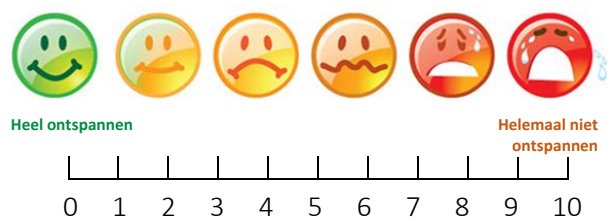
5. Welk rapportcijfer geeft u uw leven op dit moment? (1 t/m 10)

Rapportcijfer:

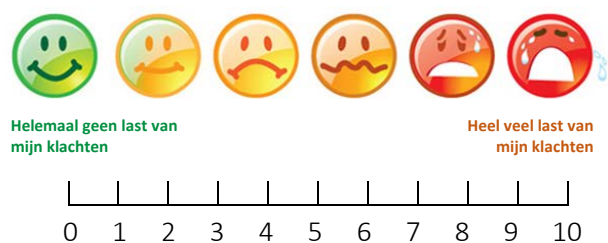
6. Kunt u aangeven hoeveel pijn u op dit moment heeft door een kruisje te zetten op of tussen één van de gezichtjes?



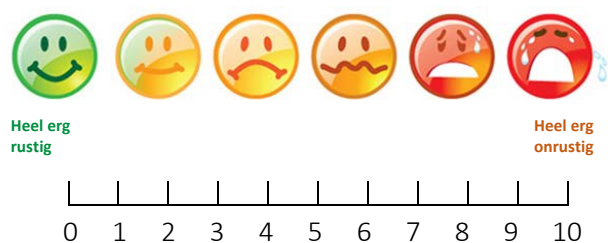
7. Kunt u aangeven hoe ontspannen u zich op dit moment voelt door een kruisje te zetten op of tussen één van de gezichtjes?



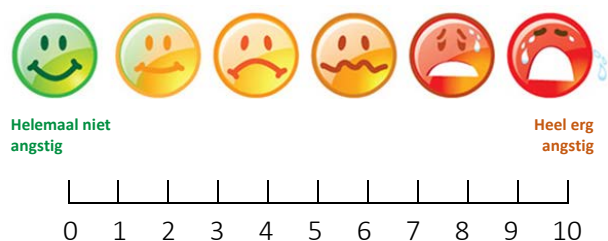
8. Kunt u aangeven hoeveel last u op dit moment van uw klachten heeft door een kruisje te zetten op of tussen één van de gezichtjes?



9. Kunt u aangeven hoe rustig u zich op dit moment voelt door een kruisje te zetten op of tussen één van de gezichtjes?



10. Kunt u aangeven hoe angstig u zich op dit moment voelt door een kruisje te zetten op of tussen één van de gezichtjes?



Nameting

in te vullen nadat de cliënt complementaire zorg heeft gekregen

Respondentnummer*

--	--	--	--

* Het respondentnummer hoeft alleen in het digitale systeem ingevuld te worden

1. Wie vult deze vragenlijst in?

- Cliënt
- Zorgverlener, namelijk (uw naam):
- Mantelzorger/familielid
- Anders, namelijk

2. Op welke datum wordt deze vragenlijst ingevuld? (bijvoorbeeld 31-05-2016)

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dag		maand		jaar			

Gegevens van de cliënt

3. Wat is uw geboortedatum? (bijvoorbeeld 31-05-1932)

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dag		maand		jaar			

4. Wat is uw geslacht?

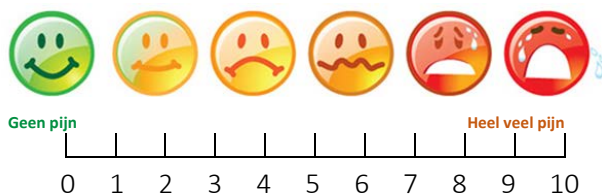
- Man
- Vrouw

5. Welk rapportcijfer geeft u uw leven op dit moment? (1 t/m 10)

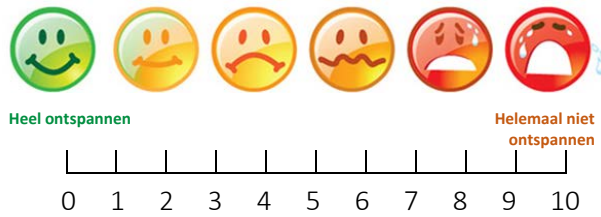
Rapportcijfer:

--

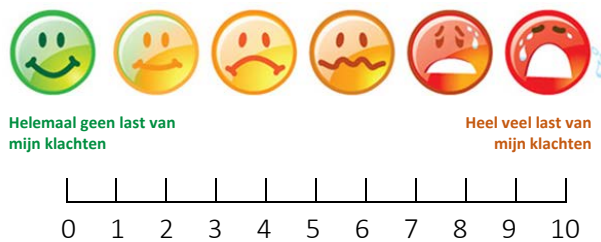
6. Kunt u aangeven hoeveel pijn u op dit moment heeft door een kruisje te zetten op of tussen één van de gezichtjes?



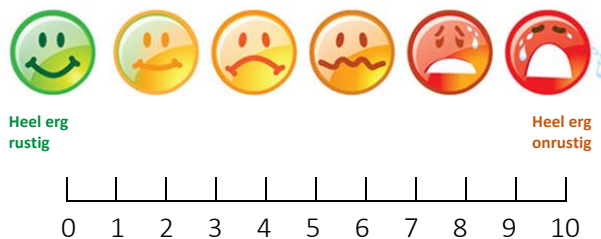
7. Kunt u aangeven hoe ontspannen u zich op dit moment voelt door een kruisje te zetten op of tussen één van de gezichtjes?



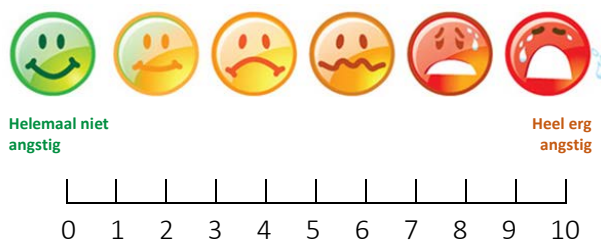
8. Kunt u aangeven hoeveel last u op dit moment van uw klachten heeft door een kruisje te zetten op of tussen één van de gezichtjes?



9. Kunt u aangeven hoe rustig u zich op dit moment voelt door een kruisje te zetten op of tussen één van de gezichtjes?



10. Kunt u aangeven hoe angstig u zich op dit moment voelt door een kruisje te zetten op of tussen één van de gezichtjes?



11. Welke therapie heeft u zojuist gekregen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Massage
- Pidjit
- Aquazorg
- Aromazorg
- Therapeutic Touch
- Tactiel Stimuleren
- Ontspanningsoefeningen
- Anders, namelijk

12. Hoe lang is dit geleden?

- Minder dan een uur geleden
- Tussen 1 en 4 uur geleden
- Tussen 4 en 12 uur geleden
- Langer dan 12 uur geleden

13. Waarom krijgt u deze therapie(en)? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Om meer ontspannen te worden
- Om minder angstig te worden
- Om beter te slapen
- Om mijn klachten te verlichten
- Om minder pijn te hebben
- Om mijn kwaliteit van leven te vergroten
- Anders, namelijk:

14. Is er onlangs nog iets gebeurd dat invloed heeft op hoe u zich nu voelt?

- Nee
- Ja, namelijk
 - Ik ben zieker geworden
 - Ik ben naar een andere afdeling of kamer verhuisd
 - Er zijn medebewoners overleden/of familielid
 - Er zijn nieuwe medebewoners bij gekomen
 - Anders,
namelijk:.....

15. Heeft u nog opmerkingen? Dan kunt u deze hieronder invullen.

Dit is het einde van de vragenlijst. Wij bedanken u hartelijk voor het invullen ervan!

Observatielijst voor cliënten

Toelichting

We vragen u om de komende twee weken het welbevinden en functioneren te observeren van één specifieke cliënt die complementaire zorg krijgt aangeboden in uw instelling. Alle observaties - zowel positief, neutraal als negatief - kunt u op dit formulier noteren. We nodigen u uit om alles te beschrijven wat u is opgevallen en wat u noemenswaardig vindt.

Met deze gegevens beogen we een beter beeld te krijgen van de eventuele effecten van complementaire zorg op de bewoners. Het vormt een aanvulling op de andere vragenlijsten die we bij de cliënten in een periode van vier weken afnemen.

De gegevens worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt.

Deze observatielijst is ingevuld door:

.....

Observatie periode:

Van tot

Gegevens van de cliënt:

Respondentnummer

--	--	--	--	--

Geboortedatum cliënt (dag-maand-jaar, bijvoorbeeld 23-12-1936)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Welke vorm van complementaire zorg heeft de cliënt in de observatieperiode ontvangen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Massage
- Pidjit
- Aquazorg
- Aromazorg
- Therapeutic Touch
- Tactiel Stimuleren
- Ontspanningsoefeningen
- Anders, namelijk:.....

Stemming en humeur: Hoe zit de cliënt in zijn/haar vel: vrolijk, droevig, angstig, meegaand, etc? Ziet u verschil wanneer complementaire zorg is geboden?

Gedrag: Hoe gedraagt de cliënt zich en hoe is de interactie met medebewoners? Ziet u verschil wanneer complementaire zorg is geboden?

Communicatie door de cliënt: Is de cliënt stil/spraakzaam/verward, etc? Vertelt hij/zij over de complementaire zorg? Ziet u verschil wanneer complementaire zorg is geboden?

Slaap: *Hoe gaat het inslapen, doorslapen en wakker worden? Ziet u verschil wanneer complementaire zorg is geboden?*

Z

OZ

Lichamelijke ongemakken: *Heeft de cliënt last van pijn, obstipatie, of overige klachten? Ziet u verschil wanneer complementaire zorg is geboden?*

Mantelzorgers: *Hebben de mantelzorgers bijzonderheden opgemerkt rondom het welzijn en functioneren van de cliënt? Wat is hun houding ten aanzien van de geboden complementaire zorg?*

Overige opmerkingen: *Zijn er andere zaken die u zijn opgevallen? Of bijzonderheden met betrekking tot de geboden complementaire zorg?*

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Effecten van interventies cz

Tabel I. Verschil in score op kwaliteit van leven vooraf en na afloop van de complementaire behandeling*

	N	Vooraf		Na afloop		Verschil		Z	p-waarde
		Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD		
Raffy	13	4,77	1,79	6,08	2,02	+ 1,31	1,11	2,88	0,004
Nusantara	50	5,76	0,82	7,14	0,88	+ 1,38	1,09	5,64	< 0,001
Eekhof	49	5,94	7,73	7,73	1,37	+ 1,80	1,59	5,39	< 0,001
Eikendonk PG	12	6,42	1,00	6,58	1,00	+ 0,17	0,39	1,41	0,16
Eikendonk somatiek	17	6,00	1,50	6,76	1,25	+ 0,77	0,90	2,67	0,008
Roosdonck	43	6,42	2,16	7,21	2,16	+ 0,79	1,30	3,78	< 0,001
De Kloosterhoeve	19	7,11	1,20	7,58	1,12	+ 0,47	0,61	2,71	0,007
Totaal	203	6,06	1,16	7,21	1,53	+ 1,14	1,30	9,87	< 0,001

*schaal 1 (laag) t/m 10 (hoog)

Tabel II. Verschil in score op pijn vooraf en na afloop van de complementaire behandeling*

	N	Vooraf		Na afloop		Verschil		Z	p-waarde
		Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD		
Raffy	83	3,31	2,60	2,13	2,46	- 1,18	1,28	6,09	< 0,001
Nusantara	51	4,04	2,50	2,49	2,17	- 1,55	1,42	5,19	< 0,001
Eekhof	49	1,57	2,64	0,55	1,37	- 1,02	2,12	3,19	0,001
Eikendonk PG	17	3,82	2,21	3,59	2,15	- 0,24	0,44	2,00	0,046
Eikendonk somatiek	17	6,41	3,26	3,65	2,21	- 2,76	2,80	2,83	0,005
Roosdonck	44	2,48	2,52	1,57	1,96	- 0,91	1,58	3,41	0,001
De Kloosterhoeve	19	1,79	2,99	1,37	2,29	- 0,42	1,02	1,84	0,066
Totaal	280	3,13	2,87	1,96	2,28	- 1,16	1,30	9,86	< 0,001

* schaal 0 (geen pijn) tot 10 (heel veel pijn)

Tabel III. Verschil in score op ontspanning vooraf en na afloop van de complementaire behandeling*

	N	Vooraf		Na afloop		Verschil		Z	p-waarde
		Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD		
Raffy	83	6,45	2,30	7,86	1,94	+ 1,41	1,28	6,68	< 0,001
Nusantara	51	4,47	2,10	7,88	2,35	+ 3,41	2,63	5,78	< 0,001
Eekhof	49	4,61	3,32	9,10	1,56	+ 4,49	3,13	5,79	< 0,001
Eikendonk PG	17	5,29	2,49	6,12	2,50	+ 0,82	0,73	3,07	0,002
Eikendonk somatiek	17	2,41	1,70	6,00	2,03	+ 3,59	2,03	3,54	< 0,001
Roosdonck	43	6,44	2,86	8,47	1,84	+ 2,02	2,48	4,26	< 0,001
De Kloosterhoeve	19	6,74	2,68	8,89	1,59	+ 2,16	2,17	3,01	0,003
Totaal	279	5,47	2,81	8,03	2,14	+ 2,56	2,53	12,58	< 0,001

* Schaal 0 (helemaal niet ontspannen) tot 10 (heel ontspannen)

Tabel IV. Verschil in score op klachten vooraf en na afloop van de complementaire behandeling

	N	Vooraf		Na afloop		Verschil		Z	p-waarde
		Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD		
Raffy	83	4,33	2,44	2,49	2,31	-1,84	1,62	7,08	< 0,001
Nusantara	51	5,35	1,83	2,29	2,14	-3,06	2,29	5,82	< 0,001
Eekhof	49	5,12	3,11	0,96	1,59	-4,16	2,94	5,79	< 0,001
Eikendonk PG	17	4,76	2,31	4,41	2,50	-0,35	0,60	2,12	0,034
Eikendonk somatiek	16	7,31	2,50	4,06	2,49	-3,25	2,54	3,31	< 0,001
Roosdonck	43	4,35	2,86	2,14	2,86	-2,21	2,43	4,64	0,101
De Kloosterhoeve	19	3,26	2,47	2,58	1,77	-0,68	1,76	1,64	0,001
Totaal	278	4,79	2,65	2,35	2,29	-2,44	2,43	12,46	< 0,001

* schaal 0 (geen klachten) tot 10 (heel veel klachten)

Tabel V. Verschil in score op onrust vooraf en na afloop van de complementaire behandeling

	N	Vooraf		Na afloop		Verschil		Z	p-waarde
		Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD		
Raffy	83	2,95	2,05	1,72	1,78	-1,23	1,18	6,63	< 0,001
Nusantara	51	4,63	2,42	1,84	2,18	-2,78	2,44	5,72	< 0,001
Eekhof	49	5,29	3,27	0,76	1,35	-4,53	3,04	5,86	< 0,001
Eikendonk PG	17	5,18	2,46	4,00	2,52	-1,18	0,95	3,13	0,002
Eikendonk somatiek	17	6,82	2,43	3,71	1,86	-3,12	2,62	3,18	0,001
Roosdonck	45	3,09	2,68	1,58	1,78	-1,51	1,96	4,14	< 0,001
De Kloosterhoeve	19	3,26	2,43	1,05	1,39	-2,21	1,72	3,46	0,001
Totaal	281	4,07	2,79	1,77	2,01	-2,31	2,40	12,45	< 0,001

* schaal 0 (geen onrust) tot 10 (heel veel onrust)

Tabel VI. Verschil in score op angst vooraf en na afloop van de complementaire behandeling

	N	Vooraf		Na afloop		Verschil		Z	p-waarde
		Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD	Gemiddeld	SD		
Raffy	83	0,83	1,77	0,55	1,27	-0,28	0,83	2,95	0,003
Nusantara	51	3,39	3,49	1,53	2,39	-1,86	2,92	4,02	< 0,001
Eekhof	49	2,98	3,51	0,53	1,04	-2,45	3,24	4,21	< 0,001
Eikendonk PG	17	3,53	2,53	3,06	2,49	-0,47	0,80	2,33	0,020
Eikendonk somatiek	8	6,00	1,77	2,75	1,98	-3,25	1,39	2,54	< 0,001
Roosdonck	45	2,64	2,93	1,16	2,18	-1,48	2,33	3,73	< 0,001
De Kloosterhoeve	19	0,32	0,58	0,21	0,42	-0,11	0,57	0,82	0,003
Totaal	272	2,28	3,00	1,03	1,88	-1,25	2,35	8,27	< 0,001

* schaal 0 (geen angst) tot 10 (heel veel angst)

Handreiking implementatie cz

Handreiking: wat heb je nodig om complementaire zorg te organiseren?

De vijf organisaties uit de proeftuin hebben elk op hun eigen manier vormgegeven aan de ontwikkeling van complementaire zorg. Daarvoor hebben zij ook eigen materiaal ontwikkeld, waarvan hier enkele voorbeelden genoemd worden. De organisaties zijn graag bereid deze te delen. Voor vragen en uitwisseling kan daarom contact opgenomen worden met de betreffende organisatie en/of cz coördinator.

1 Informatie over complementaire zorg

Omdat de meeste mensen nog betrekkelijk onbekend zijn met complementaire zorg is het van belang om hen informatie te geven over het doel ervan en de interventies die in de zorginstelling aangeboden worden.

1. Informatie voor cliënten en familie
 - a. In de kennismakingsfolder of -map van de instelling (zie bijvoorbeeld Hospice Roosdonck en Nusantara)
 - b. Als aparte folder (zie bijvoorbeeld Schakelring Eikendonk en Raffy)
2. Informatie voor collega's
 - a. In teamoverleg in relatie tot specifieke bewoners/cliënten die cz krijgen (zie bijvoorbeeld De Kloosterhove)
 - b. In aparte bijeenkomsten voor deskundigheidsbevordering, gegeven door de eigen cz medewerkers of door een externe deskundige (zie bijvoorbeeld Hospice Roosdonck)
 - c. Met een aparte folder voor medewerkers om zelf gebruik te maken van cz (zie bijvoorbeeld Raffy)

2. Indiceren van complementaire zorg

De proeftuin heeft laten zien dat complementaire zorg verankering in de bestaande processen en procedures nodig heeft. Dat begint met het indiceren ervan. Dat werd in de organisaties onder meer als volgt gedaan:

1. Met een anamneseformulier per cz interventie. Voorbeeld Raffy voor massage met de volgende vragen: Vindt u het prettig om aangeraakt te worden? Kunt u vertellen waarom wel of juist niet? Zou u graag gemasseerd willen worden? Heeft u al eens een massage ontvangen? Zo ja, wat voor massage is dit geweest? Welk effect had de massage op u? Zijn er plaatsen waarop aanraking voor u onprettig of ongewenst is (bijv. bij pijn, een gevoelige huid, onderliggende medische problemen zoals osteoporose, eerdere negatieve ervaringen, onbekendheid of taboe rond de specifieke locatie of een cultureel gebruik of verbod)? Raffy heeft voor alle cz interventies een apart anamneseformulier ontwikkeld.
2. Door cz in het zorgdossier op te nemen als kortdurend doel. Voorbeeld Schakelring Eekhof: onder tabblad participatie in Nedap, Help mij bij *de mogelijkheid om te*

ontspannen, streefdatum xx-xx-xx, Actie... Ik krijg iedere week Tactiel Stimulering aangeboden, 2x per maand in zzp en 2x per maand in te kopen door familie

3. Door cz te indiceren via het MDO. Voorbeeld Raffy: een formulier, bestemd voor de EVV'er, om de bijdrage van Tangan Mas voor een specifieke bewoner in het MDO te bespreken.

3. Uitvoeren van complementaire zorg

Uit de proeftuin blijkt dat de organisaties op verschillende manieren vormgeven aan de toepassing van complementaire zorg: als onderdeel van de basiszorg door zorgverleners, aanvullend aan de zorg door welzijnsmedewerkers, aanvullend aan de zorg door vrijwilligers en als onderdeel van het zorgaanbod door een daarvoor vrijgestelde complementair behandelaar.

De kwaliteit van de toepassing wordt onder meer gewaarborgd door:

1. Protocollen van de diverse cz interventies (bijvoorbeeld Hospice Roosdonck met een protocollenboek)
2. Productomschrijving cz (bijvoorbeeld de Kloosterhoeve)
3. Scholingsplan (bijvoorbeeld Raffy en Hospice Roosdonck-Groenhuysen)

Scholingsinstituten waar de organisaties uit de proeftuin gebruik van maken:

- V&VN, afdeling complementaire zorg: basiscursus complementaire zorg (met name gebruik van etherische oliën en massage) – <https://complementair.venvn.nl/>
- Kicozo: voornamelijk aromazorg, massage, aquazorg en ontspanningstechnieken – <http://www.kicozo.nl/>
- Van Praag Instituut: voornamelijk therapeutisch touch, visualisatieoefeningen en centeren – <https://www.vanpraaginstituut.nl>
- School of Touch: Tactiel Stimulering – <https://schooloftouch.nl/>

Contactgegevens complementaire zorg coördinatoren

- Raffy: Complementaire Zorg Team Tangan Mas, vraag naar de deskundigen cz – Tangan.Mas@raffyzorg.nl
- De Kloosterhoeve: Dayenne Blokland – D.blokland@drsn.nl
- Roosdonck: Palliatief Advies Team Roosdonck – vraag naar de deskundigen cz: Roosdonck@groenhuysen.nl
- Nusantara: Kjeld Nouwen – kjeld.nouwen@nusantara.nl
- Schakelring Eikendonk: Nicole Klaassen – nicole.klaassen@schakelring.nl
- Schakelring Eekhof: Irma Kemmeren – irma.kemmeren@schakelring.nl