

## **Complementaire Zorg: een poging tot verheldering van de discussie**

### **1. Inleiding**

Het is een bekend gegeven dat de toepassing van complementaire zorg door verpleegkundigen en verzorgenden voor veel discussie zorgt. Verschillende verpleegkundigen en verzorgenden vinden dat complementaire zorg hen in staat stelt om hun deskundigheid als zorgverlener uit te breiden en om de zorgvrager iets extra's te bieden in aanvulling op de 'reguliere' zorg. Zij vinden complementaire zorg een waardevolle aanvulling van hun beroepsmatig handelen. Anderen vragen zich af of complementaire zorg niet eigenlijk gewone zorg is. Weer anderen moeten niets van complementaire zorg hebben. Zij zijn van mening dat complementaire zorg niet wetenschappelijk verantwoord is en daarom niet thuishoort binnen de professionele zorg. De tegenstelling en verdeeldheid is groot. Toch zal de vraag van zorgvragers naar complementaire zorg (voorlopig) niet verdwijnen en zullen er ook zorgverleners blijven, die graag complementaire zorg aan zorgvragers willen verlenen.

Vanuit haar betrokkenheid op goede zorg, heeft de Commissie Ethiek zich gebogen over het onderwerp complementaire zorg om te kijken of zij vanuit ethisch perspectief een constructieve bijdrage aan de discussie zou kunnen leveren. Vragen die zich voordoen zijn: levert complementaire zorg een waardevolle bijdrage aan de zorg? Welke is dat dan? Of spoort de toepassing van complementaire zorg niet met maatschappelijke normen over goede zorg? Zijn er restrictieve voorwaarden nodig? Welke zijn dat dan? Om daarover iets te kunnen zeggen moet eerst duidelijk zijn waarover we het hebben als we over complementaire zorg spreken. Hoe is de afbakening tussen complementaire zorg en reguliere zorg?

De Commissie vindt het ook van belang om na te gaan waarom zorgvragers (en zorgverleners) zich tot complementaire zorg aangetrokken voelen. Weten waarom zorgvragers voor complementaire zorg kiezen kan inzicht geven in de (zorg)behoeften van zorgvragers. Weten waarom zorgverleners voor complementaire zorg kiezen kan inzicht geven in tekorten van reguliere zorgverlening.

Vervolgens gaat de Commissie in op de taak van verpleegkundigen en verzorgenden vanuit ethisch perspectief en de mogelijke aansluiting tussen deze taak en de behoefte van zorgvragers aan complementaire zorg.

Aangezien complementaire zorg omstreden is, besteedt de Commissie ook aandacht aan de kritiek dat (vormen van) complementaire zorg niet evidence based zijn, dat hun werkzaamheid niet is aangetoond en/of dat de achterliggende theorieën zacht gezegd voor ondeugdelijk worden gehouden. Dan gaat het bijvoorbeeld om achterliggende ideeën van Therapeutic Touch over energievelen die het lichaam zouden omringen.

Na deze verkenning van verschillende aspecten van complementaire zorg, geeft de Commissie uitgangspunten voor de omgang met complementaire zorg.

## 2. Wat is complementaire zorg?

Als je na wilt gaan of complementaire zorg een waardevolle bijdrage aan de zorg voor zorgvragers levert, en welke dat dan is, is het van belang om te weten over wat voor zorg het gaat. Dan blijkt meteen dat nadenken over of een discussie over complementaire zorg lastig is. Twee aspecten spelen daarbij een rol:

- de definitie van complementaire zorg
- de verschillende vormen van zorg die onder complementaire zorg vallen.

### 2.1 De definitie van complementaire zorg

Complementaire 'zorg' is een term die eigenlijk alleen in Nederland gebruikt wordt ter onderscheiding van deze vorm van *zorg* van alternatieve of complementaire *geneeswijzen*. In het spraakgebruik wordt klaarblijkelijk tot uitdrukking gebracht dat het bij complementaire zorg om zorg gaat en niet om *geneeswijzen*. Dat zegt wat over bedoelde reikwijdte en inzet van deze zorg. De commissie sluit uitdrukkelijk aan op dit spraakgebruik om daarmee te onderstrepen dat het in deze nota om complementaire verpleging en verzorging gaat en niet over complementaire of alternatieve geneeskunde. De term 'complementair' duidt aan dat het gaat om zorg die in aanvulling op de standaardzorg of reguliere zorg gegeven kan worden. Ook dat element neemt de commissie serieus.

In het buitenland spreekt men niet van 'complementary care' maar bijvoorbeeld van 'complementary therapies' of van complementary and alternative medicine (CAM).<sup>1</sup> De verschillende vormen van complementaire zorg vallen daar binnen de complementary therapies of CAM. Volgens het National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), een van de instituten van de National Institutes of Health (VS), vallen onder CAM alle medische en gezondheidszorgsystemen, praktijken en producten die op dit moment niet tot de reguliere geneeskunde behoren. Reguliere geneeskunde is daarbij de geneeskunde zoals die beoefend wordt door afgestudeerden van de faculteit geneeskunde en door aanverwante beroepsbeoefenaren, waaronder geregistreerde verpleegkundigen.<sup>2</sup> De RVZ hanteert een vergelijkbare definitie van alternatieve geneeswijzen/behandelwijzen. Hij verstaat onder alternatieve geneeswijzen/behandelwijzen 'geneeswijzen/behandelwijzen die niet aan een door de overheid erkende opleidingsinstelling worden onderwezen, waarin geen door de overheid erkend diploma kan worden behaald, die niet algemeen door de desbetreffende beroepsgroep worden

---

<sup>1</sup> Royal College of Nursing (2003) *Complementary therapies in nursing, midwifery and health visiting practice*. London: RCN.  
National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) *What is CAM?*  
[www.nccam.nih.gov](http://www.nccam.nih.gov)

<sup>2</sup> NCCAM, zie noot 1.

aanvaard en geen deel uitmaken van de desbetreffende professionele standaard'.<sup>3</sup> De KNMG omschrijft in haar *Gedragsregel De arts en niet-reguliere behandelwijzen* reguliere behandelwijzen als 'methoden van diagnostiek, preventie en behandeling die gebaseerd zijn op de kennis, vaardigheden en ervaring die nodig zijn om de artsentitel te behalen en te behouden, die algemeen door de beroepsgroep worden aanvaard en deel uitmaken van de professionele standaard'.<sup>4</sup> Kenmerkend voor deze definities is dat zij alleen een formele afbakening geven tussen complementair/alternatief en regulier (niet gedoceerd aan erkende opleidingen en niet algemeen geaccepteerd door de beroepsgroep), waarbij de reguliere zorg de maatstaf is. Dat resulteert in een negatieve benadering: er wordt *niet* gezegd wat complementaire behandelwijzen *wel* zijn. Deze definities zijn vooral gericht op alternatieve geneeswijzen. Daarover gaat het in deze notitie dus niet.

Indien op vergelijkbare wijze een onderscheid tussen reguliere interventies en complementaire interventies van verpleegkundigen en verzorgenden gemaakt zou worden, zou je – de RVZ volgend – uitkomen bij een omschrijving als 'complementaire interventies op het gebied van verpleging en verzorging zijn interventies die *niet* aan een door de overheid erkende opleidingsinstelling worden onderwezen, waarin *geen* door de overheid erkend diploma kan worden behaald, die *niet* algemeen door de desbetreffende beroepsgroep worden aanvaard en *geen* deel uitmaken van de desbetreffende professionele standaard'.

Een dergelijke definitie zegt niets over de aard van de complementaire zorg, maar geeft alleen aan dat het gaat om zorg die niet tot de reguliere zorg behoort. Daarom leidt zo'n omschrijving niet tot een adequate afbakening van complementair en regulier. Evenmin zegt zij iets over een mogelijk positieve betekenis van complementaire zorg voor zorgvragers. Daarbij komt dat sommige complementaire interventies wel degelijk aan een door de overheid erkende opleidingsinstelling worden onderwezen (bijvoorbeeld als onderwijsmodule), ook al zijn ze niet algemeen door de beroepsgroep aanvaard en maken ze geen deel uit van de professionele standaard.

Daarnaast zijn er interventies, die door 'complementaire zorgverleners' tot de complementaire zorg gerekend worden, terwijl 'reguliere zorgverleners' diezelfde interventies tot de reguliere zorg rekenen, zoals voedingsadviezen, ontspannings- en ademhalingsoefeningen, warmte en koude toepassingen en muziek.<sup>5</sup> Hier ligt een van de discussiepunten tussen voor- en tegenstanders van complementaire zorg: Is deze interventie wel complementair? Hoort hij niet gewoon bij de reguliere zorg? Hoe maak je dat eigenlijk uit?

Een formele afbakening tussen complementaire en reguliere zorg blijkt dus geen vastliggende grens. Sommige interventies gaan in de loop van de tijd de grens over van complementair naar

---

<sup>3</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005) *Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid*. Zoetermeer: RVZ..

<sup>4</sup> KNMG (2008) *Gedragsregel De arts en niet-reguliere behandelwijzen*. Utrecht: KNMG.

<sup>5</sup> Pasch, T. van der (2007) Professioneel verplegen en complementaire zorg, *TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 117, 11/12, 10-13.

regulier. Daarbij is het de vraag of in die overgang er ook niet iets in de interventie verandert, omdat aan de complementaire zorg bepaalde denkbeelden ten grondslag liggen, die niet door de reguliere zorg gedeeld worden. Hierop komen wij nog terug (zie paragraaf 3.3 en 4.).

#### *Een inhoudelijke bepaling van complementaire zorg*

Juist vanuit de verpleegkunde is er een inhoudelijke definitie van complementaire zorg geformuleerd door A. Noorden met als doel aan te geven waarin complementaire zorg zich onderscheidt van de reguliere zorg.

Deze definitie van complementaire zorg is als volgt:

‘Complementaire zorginterventies zijn die verpleegkundige interventies binnen het verpleegkundig proces en de verpleegkundige praktijk, die toegepast worden op basis van natuurlijke therapieën om het zelfhelende vermogen van de zorgvrager te ondersteunen, te stimuleren of te activeren en waarbij de zorg betrekking heeft op de mentale, emotionele, lichamelijke, spirituele en sociale behoeften van de zorgvrager, zodat hij een staat van welbevinden kan (her)winnen.’<sup>6,7</sup>

Deze definitie gaat duidelijk verder dan een zuiver negatieve benadering. In de eerste plaats door te wijzen op het gebruik van natuurlijke therapieën. Uit een toelichting bij deze definitie in *Inleiding Complementaire Zorg* blijkt dat ‘natuurlijke therapieën’ onder meer ‘het gebruik van stoffen uit de natuur’ betekent. Het gaat daarbij om producten die nog steeds hun natuurlijke samenstelling hebben, zoals kruiden, etherische olie, leem, honing of water. Er wordt geen gebruik gemaakt van chemisch gefabriceerde producten. De veronderstelling daarbij is dat deze natuurlijke producten mild zijn en weinig bijwerkingen hebben.<sup>8</sup>

Een inhoudelijke bepaling van complementaire zorg lijkt verder gegeven met de kwalificatie dat het gaat om de ondersteuning van zelfhelende vermogens. Verder onderstreept de definitie dat mensen zorgbehoeften kunnen hebben op een groot aantal gebieden. Ze appelleert aan een holistische benadering van wie mensen zijn. De normatieve veronderstelling is klaarblijkelijk dat complementaire zorg op al deze gebieden dient aan te sluiten om te zorgen dat het welbevinden van mensen in tijden van ziekte behouden blijft.

Overigens laat de definitie in het midden dat complementaire zorg alleen bij ziekte zou passen. Complementaire zorg past klaarblijkelijk bij al die situaties die in een verpleegkundige of

---

<sup>6</sup> Definitie van A. Noorden in Hupkens, S. (2006) Wat is complementaire zorg? In: Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S., Visser, A. (2006) *Inleiding Complementaire Zorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, p. 32.

<sup>7</sup> Hoewel deze definitie spreekt van verpleegkundige interventies is hij ook bruikbaar voor verzorgenden, die zich complementaire zorginterventies hebben eigen gemaakt.

<sup>8</sup> Hupkens, S. (zie noot 6), p. 31-48.

verzorgende praktijk aan de orde zouden kunnen zijn. Daarbij lijkt er wel sprake van tekorten of omissies met betrekking tot een staat van welbevinden waarin zorgvragers zich bevinden.

Maar ook al geeft deze definitie inhoudelijk richting aan een beter begrip van complementaire zorg is het de vraag of het onderscheid tussen complementair en regulier er duidelijker door wordt gemaakt.

Vanuit de 'reguliere zorg' zou immers naar voren kunnen worden gebracht dat ook reguliere zorg gebruikt maakt van natuurlijke producten en dat het niet gezegd is dat stoffen uit de natuur altijd beter zijn dan de in het laboratorium nagemaakte variant; dat alle zorg tot doel heeft het zelfhelend vermogen van de zorgvrager te ondersteunen (wat doe je anders met een inenting?); dat aandacht voor de mentale, emotionele, lichamelijke, spirituele en sociale behoeften van de zorgvrager tot de taak van iedere verpleegkundige en verzorgende behoort evenals de aandacht voor het welbevinden van de zorgvrager; dat een holistische van zorgvragers altijd al als een vanzelfsprekendheid voor de verpleging en verzorging gold. De definitie van Noorden blijkt met andere woorden niet voldoende houvast te bieden voor een onderscheid tussen complementaire zorg en 'reguliere' zorg. Wat met name uit de definitie niet duidelijk wordt is dat vanuit de complementaire zorg en vanuit de reguliere zorg vanuit een verschillend perspectief naar zorg, naar mensen en naar hun zorgbehoeften gekeken wordt. Ook al gebruiken complementaire zorgverleners en reguliere zorgverleners dezelfde woorden, hoeven deze woorden daarom nog niet dezelfde betekenis te hebben of in dezelfde context te staan. Een indicatie daarvoor kan bijvoorbeeld zijn dat het in de omschrijving van Noorden om *welbevinden* gaat. Dat impliceert dat het vooral lijkt te gaan om de subjectieve beleving van de zorgvrager. De definitie is dus niet gericht op gezondheid en gezondheidswinst of welzijn als objectief te meten categorieën.<sup>9</sup> Verderop komen we hier nog op terug (zie paragraaf 3.3, 4 en 6.1).

## 2.2 ***De verschillende vormen van zorg die onder complementaire zorg vallen***

Complementaire zorg is niet één vorm van zorg, maar een verzamelnaam voor heel verschillende vormen van zorg. Op een lijst van complementaire zorg staan bijvoorbeeld de volgende interventies: toepassen van kruiden, etherische oliën, baden, warmte en koude, voedingsadviezen, massage, therapeutisch touch, reiki, muziek, vormen en kleuren, bachremedies, voetzoolreflexmassage en begeleiden bij ontspanningsoefeningen en visualisaties.<sup>10</sup> Deze interventies zijn verschillend van aard.

---

<sup>9</sup> In het kader van complementaire zorg is het spreken over complementaire interventies, zoals gebeurt in de definitie van Noorden en daarbij aansluitend in deze tekst over complementaire zorg, eigenlijk vreemd. De term 'interventie' past binnen de taal van het (medische) behandelingsdiscours: ingrijpen in de situatie.

<sup>10</sup> Hupkens, S. (zie noot 6) p. 41.

De verschillende aard van de complementaire interventies maakt dat er niet gemakkelijk in algemene zin over complementaire zorg gediscussieerd kan worden. Een argument voor of tegen een bepaalde complementaire interventie is niet noodzakelijk ook een argument voor of tegen een andere complementaire interventie. Een discussie zal daarom moeten gaan over een bepaalde interventie (of groep van vergelijkbare interventies). En iedere complementaire interventie (of groep van vergelijkbare interventies) zal op zichzelf beoordeeld moeten worden.<sup>11</sup>

### 2.3 **Conclusie**

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat er weliswaar over complementaire én reguliere zorg gesproken wordt, maar dat er op dit moment geen definitie van complementaire zorg is die complementaire zorg duidelijk onderscheidt van reguliere zorg. Ook niet wanneer de definitie een positieve beschrijving van de inhoud geeft. Het perspectief van waaruit geoordeeld wordt, is bepalend voor de manier waarop de definities worden begrepen. Verder maakt de verschillende aard van de interventies die onder complementaire zorg vallen, dat een beoordeling per interventie moet gebeuren en er niet gemakkelijk een algemeen oordeel over dé complementaire zorg gegeven kan worden.

Ondanks deze constatering dat een oordeel over dé complementaire zorg niet goed mogelijk is, zal in het vervolg in de tekst wel gesproken worden over complementaire zorg als term voor de verzameling van complementaire interventies omdat sommige beweringen of constatering op alle complementaire interventies van toepassing zijn.

## 3. **De vraag naar complementaire zorg van de zorgvrager**

In deze paragraaf kijken we op verschillende manieren naar de vraag van de zorgvrager naar complementaire zorg. In de eerste plaats gaat het om het percentage zorgvragers dat gebruik maakt van complementaire zorg. In de tweede plaats is het voor het inzicht in de rol van complementaire zorg volgens de Commissie van belang om te weten waarom zorgvragers voor complementaire zorg kiezen.

Een kanttekening is hierbij op zijn plaats. De hieronder genoemde gegevens hebben geen betrekking op het percentage zorgvragers dat in een instelling of vanuit de thuiszorg van een verpleegkundige of verzorgende een vorm van complementaire zorg vraagt of krijgt. De gegevens betreffen het percentage zorgvragers dat alternatieve genezers of behandelaars bezoekt en de redenen die zorgvragers daarvoor hebben. Deze gegevens kunnen wel een indicatie zijn voor een mogelijke belangstelling van zorgvragers voor vormen van complementaire zorg.

### 3.1 **Hoeveel zorgvragers maken gebruik van alternatieve hulpverleners?**

---

<sup>11</sup> Zie ook: Grypdonck, M. (2006) Voorwoord. In: Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S., Visser, A. (2006) *Inleiding Complementaire Zorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Een deel van de zorgvragers bezoekt alternatieve hulpverleners. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) houdt bij hoeveel Nederlanders een alternatieve genezer bezoeken. Volgens het CBS bezocht in 2007 7% van de Nederlanders een alternatieve genezer, zoals een homeopaat, acupuncturist, natuurgeneeskundige, magnetiseur of paranormaal genezer. Dit percentage stijgt naar 11% van de Nederlanders indien de eigen huisarts, die alternatieve geneeswijzen toepast, meegerekend wordt.<sup>12</sup> De RVZ geeft in haar rapport aan dat het percentage voor chronisch zieken hoger ligt: 13 % van de chronisch zieken raadpleegt een alternatieve hulpverlener.<sup>13</sup> Voor patiënten met kanker ligt het percentage nog hoger. Uit een Europees onderzoek, waaraan Nederland overigens niet heeft deelgenomen, blijkt dat gemiddeld ongeveer een op de drie patiënten met kanker gebruik maakt van CAM (complementaire en alternatieve behandelingen).<sup>14</sup> Ook uit andere studies blijkt dat patiënten met kanker veelvuldig gebruik maken van complementaire en alternatieve behandelingen.<sup>15</sup> Onder deze complementaire en alternatieve behandelingen vallen naast alternatieve geneeswijzen ook vormen van zorg, die in paragraaf 2.2 genoemd zijn als vormen van complementaire zorg.

De verwachting (voor Nederland) is dat het percentage zorgvragers dat een alternatieve hulpverlener bezoekt in de toekomst zal toenemen, omdat het aantal chronisch zieken zal toenemen. De toename zal voor een deel ook komen doordat er in Nederland mensen met verschillende culturele achtergrond wonen, die soms naast de reguliere geneeskunde ook nog hun eigen traditionele vormen van geneeskunde en zorg kennen.<sup>16</sup> Daarnaast lijkt de aanname gerechtvaardigd dat het percentage zorgvragers, dat (wel eens) vrij verkrijgbare 'alternatieve' middelen in de dagelijkse 'zelfzorg' gebruikt, hoger ligt. Dat impliceert mogelijk ook voor verpleging en verzorging een stijging van behoeften aan complementaire zorg.

### **3.2 Redenen om voor alternatieve behandelingen, waaronder vormen van complementaire zorg, te kiezen**

Reden voor een bezoek aan alternatieve hulpverleners is niet zozeer een grote onvrede met de reguliere zorg. De reguliere zorg beantwoordt aan de verwachtingen die zorgvragers van deze zorg hebben. De reguliere zorg biedt echter niet (alles) waaraan deze zorgvragers in het kader van omgaan met hun ziekte behoefte hebben.<sup>17</sup>

<sup>12</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek (2008) *Meer Nederlanders naar alternatieve genezer*. CBS: [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl)

<sup>13</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (zie noot 3).

<sup>14</sup> Molassiotis, A., Fernandez-Ortega, P., Pud, D., Ozden, G., Scott, J.A., Panteli, V., Margulies, A., Browall, M., Magri, M., Selvekerova, S., Madsen, E., Molovics, L., Bruyns, I., Gudmundsdottir, G., Hummerston, S., Ahmad, A.M.-A., Platin, N., Kearney, N. & Patiraki, E. (2005) Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey, *Annals of Oncology*, 16, 4, 655-663.

<sup>15</sup> Tascilar, M., Jong, F.A. de, Verweij, J., Mathijssen, R.H.J. (2006) Complementary and Alternative Medicine During Cancer Treatment: Beyond Innocence, *The Oncologist*, 11, 7, 732-741 (Tabel 2).

<sup>16</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (zie noot 3).

<sup>17</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (zie noot 3)

Tascilar et al. (zie noot 14)

Zorgvragers gaan naar alternatieve hulpverleners omdat ze de reguliere geneeskunde te technisch en te afstandelijk vinden. De aandacht gaat vooral naar de bestrijding van de ziekte en minder naar de zorgvrager als geheel. Verder willen zorgvragers ook graag zelf iets doen. Zij willen het gevoel krijgen dat ze *zelf participeren* in het bestrijden van en in het omgaan met hun ziekte. Zij willen de *controle* over hun leven terug. Sommige zorgvragers willen *niets onbeproefd laten* als ze ongeneeslijk ziek blijken en gaan verder zoeken naar mogelijkheden om controle te hervinden. Andere zorgvragers zijn door mensen uit hun omgeving met positieve ervaringen gestimuleerd om een alternatieve hulpverlener te raadplegen. En weer anderen kiezen voor een alternatieve benadering omdat die beter aansluit bij hun eigen normen en waarden (namelijk meer *holistisch en spiritueel*).<sup>18</sup> Verder zijn belangrijke redenen van zorgvragers met kanker om voor alternatieve behandelingen te kiezen ook nog dat zij op deze wijze de neveneffecten van behandelingen tegen kanker zouden kunnen verminderen, dat zij op deze manier hun lichaam helpen de strijd aan te gaan met de kanker, dat ze met de complementaire en alternatieve behandelingen kanker kunnen voorkomen, dat zij hun kwaliteit van leven (hun lichamelijk en emotioneel welzijn) kunnen verbeteren en hun angst de baas kunnen worden.<sup>19</sup>

Overigens blijven vormen van complementaire zorg steeds minder beperkt tot aanvullende zorg in de palliatieve sfeer of in de zorg voor patiënten met kanker. Ook op andere gebieden worden initiatieven ondernomen, zoals bijvoorbeeld in de jeugdgezondheidszorg of de zorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking.

### 3.3 **De aantrekkingskracht van complementaire zorg**

De redenen die zorgvragers geven voor het gebruik van alternatieve behandelingen, waaronder vormen van complementaire zorg, sluiten aan bij de kenmerken die mogelijk de aantrekkingskracht van alternatieve geneeskunde bepalen. Hoewel alternatieve geneeskunde een verzamelnaam is voor heel verschillende interventies, hebben die interventies – en daarmee ook de complementaire *zorg* als onderdeel van de complementaire en alternatieve geneeswijzen – wel een paar gemeenschappelijke kenmerken.

In alternatieve geneeskunde speelt 'natuur' een belangrijke rol. Dat geldt ook voor de complementaire zorg. Denk bijvoorbeeld aan de definitie van Noorden, waarin staat dat er gebruik gemaakt wordt van 'natuurlijke therapieën'. 'Natuur' of 'natuurlijk' heeft in de complementaire of alternatieve benaderingen een positieve betekenis en heeft een associatie met 'onschuldig' en 'niet

---

<sup>18</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (zie noot 3), p. 20.  
Mulder, E., Grypdonck, M., Meijel, B. van (2007) Complementaire zorg: aanvulling op de reguliere therapie, *TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 117, 11/12, 14-19.

<sup>19</sup> Zanini, A., Quattrin, R., Goi, D., Frassinelli, B., Panariti, M., Carpanelli, I., Brusafarro, S. (2008) Italian oncology nurses' knowledge of complementary and alternative therapies: national survey, *Journal of Advanced Nursing*, 62, 4, 451-456.  
Molassiotis et al. (zie noot 13)  
Tascilar et al. (zie noot 14)

schadelijk'. Deze begrippen staan tegenover begrippen als 'kunstmatig', 'giftig', 'synthetisch', die met de reguliere (medische) zorg geassocieerd worden. Een keuze voor 'natuurlijke' behandelingen kan de zorgvrager het gevoel geven dat hij als persoon ook op een meer 'natuurlijke' manier bezig is; dat hij meer in overeenstemming met 'natuurlijke processen' handelt, waar hij ook als mens deel van uitmaakt.

Sommige vormen van alternatieve geneeskunde benadrukken deze ideeën op bijzondere wijze door uit te gaan van het bestaan van bepaalde kosmische krachten of energiestromen. De mens heeft deel aan die energiestromen en staat daardoor in verbinding met een groter geheel. Hij is een energiesysteem dat niet op zichzelf staat, maar in contact staat met zijn omgeving en anderen. Door dit contact met anderen kan een bewuste uitwisseling van energie plaatsvinden. Indien deze vitale energie uit balans is geraakt, kan hij door de complementaire interventie weer in balans gebracht worden.<sup>20</sup>

Bij alternatieve geneeskunde is de ervaring en kennis van de zorgvrager over zijn ziekte ook van belang voor de kennisvermeerdering binnen de complementaire zorg. De subjectieve beleving van de zorgvrager doet er zeer toe voor de vormgeving van de zorg en wordt niet terzijde geschoven. De zorg krijgt daardoor een aspect dat zijn uniciteit benadrukt. Daarmee krijgt de zorgvrager erkenning voor het specifieke karakter van zijn ervaring.

Tenslotte kent de alternatieve geneeskunde een spirituele dimensie. Die is van groot belang voor de vormgeving van diverse vormen van complementaire zorg. Complementaire en alternatieve interventies bieden zorgvragers de mogelijkheid om zin te ervaren en zich verbonden te voelen met het universum door hun deelname aan de 'natuur', aan de vitale krachten, die daarin werkzaam zijn.

Deze vier kenmerken van alternatieve geneeskunde – én van complementaire zorg – geven de zorgvrager een eigen rol bij beslissingen rond hun aandoening, bieden hem de mogelijkheid om zijn identiteit te handhaven of te herstellen, kunnen zorgen voor een gevoel van verbondenheid met de wereld en lijken vaak meer aan te sluiten bij de manier waarop mensen zichzelf en de wereld zien dan in de reguliere geneeskunde het geval is. Veel mensen ervaren geen duidelijk scheiding tussen lichaam en geest en de complementaire benaderingen sluiten daarbij aan. De aantrekkingskracht van alternatieve geneeskunde ligt volgens Kaptchuk en Eisenberg (1998) misschien eerder in deze gedeelde overtuigingen en culturele vooronderstellingen dan in de veronderstelde medisch-biologische werkzaamheid.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Vergelijk het energetisch principe. Hupkens, S. (zie noot 6) p. 42.  
Busch, M. (2006) Therapeutic touch. In: Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S., Visser, A. (2006) *Inleiding Complementaire Zorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, p. 401-420.

<sup>21</sup> Kaptchuk, T.J., Eisenberg, D.M. (1998) The Persuasive Appeal of Alternative Medicine, *Annals of Internal Medicine*, 129, 12, 1061-1065.  
Dit artikel gaat over alternatieve geneeskunde, maar kan naar het idee van de Commissie ook gelden voor complementaire zorg.

### 3.4 **Conclusie**

De gegevens over het gebruik van alternatieve behandelingen, waaronder vormen van complementaire zorg, laten zien dat verpleegkundigen en verzorgenden nu en in de toekomst mogelijk in toenemende mate te maken zullen krijgen met vragen van zorgvragers naar alternatieve of complementaire vormen van zorg. Zij zullen daar op goede wijze mee om moeten kunnen gaan.

Uit de redenen voor een keuze voor complementaire zorg blijkt dat zorgvragers niet zozeer kiezen voor complementaire zorg met het oog op genezing. Zij kiezen voor complementaire zorg omdat deze zorg hen iets biedt dat ze bij de reguliere zorg niet of te weinig vinden. Complementaire zorg komt tegemoet aan bepaalde zorgbehoeften van (een deel van de) zorgvragers. Complementaire zorg stelt hen in staat om zelf (mede) de regie te voeren over het eigen leven, met de ziekte om te gaan en betekenis te geven aan hun leven (met ziekte). De zorgvrager krijgt als persoon een duidelijk actieve rol toegekend.

Deze redenen sluiten aan bij een analyse van de aantrekkingskracht van complementaire benaderingen, die mogelijk vooral ligt bij de gedeelde overtuigingen die mensen handvatten bieden om met gezondheidsvragen en met hun ziekte om te gaan en om, los van of ondanks de ziekte of aandoening, zin te geven aan hun bestaan. Als de aantrekkingskracht van complementaire zorg inderdaad ligt in die gedeelde overtuigingen, kan het zijn dat een bewezen medisch-biologische (in)effectiviteit niet de belangrijkste bepalende factor is voor het gebruik van complementaire zorg. Voor een ethische waardering is dat een belangrijk gegeven.

### 4. **Intermezzo: verschillende betekenis van gebruikte termen**

De reguliere zorg en de complementaire zorg gebruiken weliswaar soms dezelfde termen, maar de betekenis(wereld) van de termen blijkt bij nader inzien niet overeen te komen.

In de paragraaf over de aantrekkingskracht van complementaire zorg (3.3) is 'natuur' genoemd als een van centrale kenmerken van complementaire en alternatieve behandelingen. Uit de omschrijving blijkt ook dat de term 'natuur' of 'natuurlijk' hier een andere lading heeft dan wanneer vanuit de reguliere zorg gesproken wordt over 'natuurlijk'. Vanuit de complementaire benadering gaat het om een positief beeld van de 'natuur'/'natuurlijk': natuurlijk is goed, niet schadelijk en het volgen van een natuurlijke therapie of het gebruik van natuurlijke producten zorgt dat de mens meer in harmonie komt met de natuur.

Vanuit de reguliere zorg is 'natuur'/'natuurlijk' niet per se positief, omdat sommige 'natuurlijke' producten bijvoorbeeld uitermate schadelijk kunnen zijn voor de gezondheid (denk aan vergif van planten). De term 'natuurlijk' staat in de reguliere zorg eerder voor 'afkomstig uit of gebaseerd op informatie uit de natuur'.

Een ander voorbeeld is de term 'werkzaamheid' of 'effectiviteit'. In de complementaire zorg betekent 'werkzaamheid' dat de zorgvrager zich prettiger voelt. Het gaat vooral om het subjectieve welbevinden van de zorgvrager. In die zin duidt werkzaam er op dat complementaire zorg iemand persoonlijk helpt. Vanuit het perspectief van de reguliere zorg staat 'werkzaamheid' of 'effectiviteit' voor (bewezen) medisch-biologische werkzaamheid, voor 'objectief' meetbare gezondheidseffecten.

Het gebruik van dezelfde termen, maar met een verschillende betekenis, maakt een discussie tussen voor- en tegenstanders van complementaire zorg er niet makkelijker op.

### 5. Zorgethiek als ethiek voor de zorg

Bij een nadruk op zorg past een ethiek die zorg centraal zet. Binnen de zorg heeft in de afgelopen jaren een verschuiving plaatsgevonden van medische ethiek naar ethiek van de dagelijkse zorgverlening. Zorgethiek is daarvan een voorbeeld. Binnen de zorgethiek wordt zorg beschouwd als een uitkomst van een dialogisch proces tussen verschillende betrokkenen.<sup>22</sup>

Vanuit het perspectief van zorgethiek gaat het bij ethiek om de manier waarop wij mensen voor elkaar zorgen. Zorg is een essentiële dimensie van het menselijk bestaan: om echt als mens tot ons recht te komen zijn wij van anderen afhankelijk. De centrale vraag bij zorgethiek luidt: welke zorg hebben mensen nodig om hun wereld in stand te houden of te herstellen, zodat zij er zo goed mogelijk in kunnen leven?<sup>23</sup>

Zorgethiek onderscheidt vier fasen in de zorg met ieder een bijpassende deugd:

1. 'Zorg hebben om' met als deugd: aandachtige betrokkenheid.

Om aan de zorgbehoeften van een zorgvrager tegemoet te kunnen komen, is het nodig om zicht te hebben op die zorgbehoeften. Dat lukt alleen maar als zorg aandachtige zorg is waarbij de verpleegkundige of verzorgende zich niet alleen richt op de behandeling van een bepaalde aandoening, maar bijvoorbeeld ook op het ondersteunen van de zorgvrager bij het omgaan met zijn ziekte of op de vraag hoe de relatie tussen de zorgvrager en zijn omgeving verbeterd kan worden. De vraag is steeds: waar heeft deze zorgvrager echt behoefte aan (om zijn leven te kunnen leven)?

2. 'Zorg dragen voor' met als deugd: verantwoordelijkheid.

Wil er sprake zijn van goede zorg, geldt dat de verpleegkundige of verzorgende de bereidheid moet tonen om persoonlijk verantwoordelijkheid te dragen voor het (laten)vervullen van de waargenomen behoeften van de zorgvrager.

3. 'Het concrete zorg verlenen' met als deugd: competentie.

---

<sup>22</sup> Dartel, J.N.G.M. van, Witte, J.I. de (2007) Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. In: *Handboek Ethiek en recht in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, aanvulling 37, 1-28.

<sup>23</sup> Smits, M-J. (2004) *Zorgen voor een draaglijk bestaan. Morele ervaringen van verpleegkundigen*. Amsterdam: Aksant, p. 32-33.

De verpleegkundige/verzorgende die de verantwoordelijkheid op zich neemt om aan de zorgbehoeften van de zorgvrager tegemoet te komen, zal over de nodige competenties dienen te beschikken om deze zorg te geven, of zal, als zij niet over deze competenties beschikt, zorg dragen voor de uitvoering van deze zorg door competente zorgverleners.

4. 'Zorg ontvangen' met als deugd: open staan voor respons van de zorgvrager.

De zorg wordt zo gegeven dat degene, die haar geeft, erop kan vertrouwen dat deze zorg ook echt aankomt bij de zorgvrager. De zorg wordt, met andere woorden, responsief vormgegeven. Dat betekent dat de verpleegkundige of verzorgende steeds nagaat of de gegeven zorg ook door de zorgvrager begrepen wordt als een bij hem/haar passend antwoord op zijn/haar zorgbehoeften.

In dit element wordt de zorg pas echt dialogisch: wil zorg goede zorg zijn, dan gaat het niet om de uitkomst van eenzijdige activiteiten, maar om een gezamenlijk, actief proces tussen en van zorgverlener en zorgvrager.<sup>24</sup>

Uitgaande van het kader van de zorgethiek als kader met de beste aanknopingspunten om de morele ervaringen van verpleegkundigen in de dagelijkse zorg te identificeren, is het streven van verpleegkundigen om goede zorg te verlenen te duiden als 'een streven om de situatie van patiënten zo draaglijk mogelijk te maken.'<sup>25</sup> De dagelijkse zorg van verpleegkundigen is moreel geladen omdat verpleegkundigen ideeën van goede zorg hanteren én omdat verpleegkundigen bij hun zorgverlening ernaar streven het bestaan van hun zorgvragers zo draaglijk mogelijk te maken. De zorgverlening kan er expliciet op gericht zijn het bestaan voor zorgvragers draaglijk te maken door bijvoorbeeld een koud washandje op het voorhoofd van de zorgvrager te leggen, de kussens nog eens extra op te schudden, door de zorgvrager informatie te verschaffen, door de zorgvrager te helpen controle te houden over zijn lichaam. De zorgverlening is ook moreel indien verpleegkundigen bij verpleegtechnische handelingen rekening houden met de draaglijkheid van het bestaan van de zorgvrager en met de subjectieve beleving van de verpleegtechnische handelingen door de zorgvrager.<sup>26</sup> Die bepaalt voor een belangrijk deel de ervaren kwaliteit. Het streven om de situatie van zorgvragers zo draaglijk mogelijk te maken omvat vanuit zorgethisch perspectief dus niet alleen het lichamelijke welzijn van de zorgvragers. Het gaat niet alleen om lichamelijke verzorging. Het gaat ook om andere dimensies, zoals kwaliteit van leven en daarmee het welzijn van de zorgvragers. Welzijn omvat ook andere aspecten, zoals emotioneel en geestelijke welzijn, levensbeschouwelijke welzijn, relationeel welzijn of het vermogen grip te

---

<sup>24</sup> Tronto, J.C. (1993) *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York/London: Routledge.

<sup>25</sup> Smits, M.-J. (zie noot 21) p. 95.

<sup>26</sup> Smits, M.-J. (zie noot 21) p. 174-177.

houden op het eigen leven en het dragen van eigen verantwoordelijkheid.<sup>27</sup> Draaglijk maken van het bestaan richt zich op al dit soort aspecten.

Dat wil zeggen: de *aspecten* van zorg en welzijn waar de complementaire zorg zich op richt of waarom zorgvragers kiezen voor complementaire interventies in aanvulling op reguliere zorg, behoren vanuit ethisch perspectief al vanzelf tot de verantwoordelijkheid van verpleegkundigen en verzorgenden. Daarmee is nog niet gezegd dat het geven van complementaire zorg tot de taak van verpleegkundigen en verzorgenden gerekend mag worden. Met name omdat met het gegeven dat verpleegkunde en complementaire zorg zich op gelijke aspecten richten, nog niet aangetoond is dat vormen van complementaire zorg de zorgvrager op deze aspecten het meest adequaat ondersteunen. Mogelijk bieden sommige vormen van complementaire zorg in bepaalde situaties een handvat om aan zorgbehoeften van zorgvragers tegemoet te komen. Dat kan zo zijn bij zorgvragers, die palliatief behandeld worden omdat zij een levensbedreigende aandoening (bijvoorbeeld kanker) hebben, die niet meer te genezen is, maar ook bij zorgvragers die zich om andere redenen tot complementaire zorg wenden om steun te krijgen bij het omgaan met hun situatie (zie redenen uit paragraaf 3).<sup>28</sup> De situatie waarin deze zorgvragers verkeren vraagt van verpleegkundigen en verzorgenden om zich niet alleen te richten op bestaande protocollen en richtlijnen, maar om zich steeds af te vragen of handelen volgens de richtlijn of het protocol in deze situatie voor deze zorgvrager het beste is. Zeker in de terminale fase wordt er een sterker beroep gedaan op de niet-wetenschappelijke kant van de zorgverlening. Samen met de zorgvrager moet de verpleegkundige of verzorgende zoeken naar passende zorgmethoden, die aansluiten bij de zorgbehoeften en die het meest responsief geacht mogen worden, of die nu evidence based zijn of niet. Van de verpleegkundige of verzorgende wordt normatieve professionaliteit verwacht: het vermogen om bewust normatieve keuzen te maken en indien nodig af te wijken van de regel.<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Zie voor de opvatting dat de zorg van verpleegkundigen zich niet alleen richt op de lichamelijke toestand van de zorgvrager, maar ook op andere aspecten van zijn welzijn ook:  
Arend, A. van der & Gastmans, C. (2002) *Ethisch zorg verlenen. Handboek voor de verpleegkundige beroepen*. Baarn: HBuitgevers.

World Health Organisation (2006): 'Palliative care is an approach which improves the quality of life of patients and families facing live-threatening illness, by providing pain and symptom releave, spiritual and psychosocial support from diagnosis to the end of life and bereavement'.

<sup>28</sup> Complementaire zorg kent verschillende toepassingsgebieden. De Commissie Ethiek onderkent dat. Tevens onderkent de Commissie ook dat er verschillen in maatschappelijke legitimatie zijn tussen die toepassingsgebieden. Die verschillen dienen niet toegedekt te worden. Erkenning van de betekenis van complementaire zorg op het ene gebied betekent nog niet automatisch legitimatie voor een ander gebied. De Commissie veronderstelt dat de erkenning van de betekenis in de palliatieve en terminale zorg het grootste is. Vandaar dat zij in haar beschrijving vooral de aandacht richt op deze gebieden.

<sup>29</sup> Ende, T. van den & Kunneman, H (2008) Normatieve professionaliteit en normatieve professionalisering. In: Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde, H., Zomer, Y. (Red.) *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 68-87.

### 5.1 **Complementaire zorg als voertuig voor dragende waarden in de zorg?**

Vanuit ethisch perspectief moeten de vier elementen van de zorgethiek binnen alle zorgverlening gestalte krijgen, namelijk de aandachtige betrokkenheid, de verantwoordelijkheid, de competentie en het open staan voor de respons van de zorgvrager. In haar notitie *Verantwoordelijkheid en schaarste* heeft de Commissie Ethiek aangegeven dat een steeds grotere nadruk op financieel-economische waarden binnen de zorg tot gevolg kan hebben dat verpleegkundigen en verzorgenden niet meer in staat zijn om met aandachtige betrokkenheid op de zorgvrager de kwaliteit van zorg te bieden, die beantwoordt aan de professionele standaard van de beroepsgroep. Voor de verpleegkundige of verzorgende en voor de zorgvrager is juist het persoonlijke en relationele aspect van de zorgverlening belangrijk. Als dit zou verdwijnen, zou de kern van goede zorg verdwijnen (en daarmee ook een motivatiebron voor de zorgverlener).<sup>30</sup> Met andere woorden: in de reguliere zorg lijkt de aandachtige betrokkenheid op de zorgvrager steeds meer onder druk te komen staan, terwijl deze aandachtige betrokkenheid eigenlijk de kern van de zorgverlening uitmaakt. Vanzelfsprekend is het van belang dat verpleegkundigen en verzorgenden binnen de reguliere zorg zoeken naar manieren om de verschillende elementen van de zorgethiek te realiseren, zodat zij met aandacht de zorg kunnen verlenen die aansluit bij de behoeften van de zorgvrager en die voldoet aan de professionele standaard.

In de situatie dat de financieel-economische waarden sterk domineren, kan complementaire zorg voor sommige verpleegkundigen en verzorgenden een aantrekkelijk alternatief vormen, omdat ze daar aanknopingspunten vinden om vooral recht te doen aan aandachtige betrokkenheid bij de zorgvrager. Aandachtige betrokkenheid (het eerste punt van de zorgethiek) staat bij complementaire zorg centraal. Bij de uitvoering van een complementaire interventie moet de aandacht van de verpleegkundige of verzorgende volledig op de zorgvrager gericht zijn (en bijvoorbeeld niet op wat zij verder die dag nog moet doen). Er is zelfs een techniek (centeren) om ervoor te zorgen dat je als verpleegkundige of verzorgende met al je aandacht aanwezig kunt zijn in het contact met de zorgvrager.

Ook het laatste element, responsiviteit, krijgt bij (de beschrijving van) de uitvoering van complementaire interventies expliciete aandacht. Bij de afronding van de complementaire interventie geeft de zorgverlener de zorgvrager onder meer de kans om zijn ervaringen en emoties te uiten. De zorgverlener evalueert verder met de zorgvrager het effect van de interventie, eventuele bij- of nevenwerkingen en de invloed van de interventie op het welbevinden.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Commissie Ethiek V&VN (2007) *Verantwoordelijkheid en schaarste in de zorg*. [www.venvn.nl](http://www.venvn.nl)  
V&VN (2008) *Hoe ga je om met schaarste in de zorg*. Utrecht: V&VN

<sup>31</sup> Hupkens, S. (2006) Inleiding. In: Busch, M., Huisman, A., Hupkens, S., Visser, A. (2006) *Inleiding Complementaire Zorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, p. 240.

De complementaire zorg kan daarom gezien worden als een antwoord op de schaarste die zich manifesteert. Blijkbaar bieden in bepaalde contexten specifieke vormen van complementaire zorg een voertuig om dragende waarden in de zorgverlening vorm te kunnen geven.<sup>32</sup>

## 6. Gebrek aan evidence?

De Commissie Ethiek heeft in haar beschouwing tot nu toe de mogelijkheid open gelaten dat sommige vormen van complementaire zorg wel degelijk een bijdrage kunnen leveren aan het welzijn van de zorgvrager. Zij is zich er van bewust dat complementaire zorg omstreden is. Een belangrijk kritiekpunt is dat de medisch-biologische werking van verschillende/alle complementaire interventies niet is aangetoond. Deze complementaire interventies zijn niet evidence based en voldoen daarmee niet aan een belangrijk ideaal van een aantal hedendaagse professionaliteitsopvattingen. Overigens zijn er ondanks dat ideaal veel geaccepteerde routines en handelwijzen in moderne zorgpraktijken die niet voldoen aan het criterium evidence based en dergelijke routines en handelwijzen zullen er altijd blijven. In het verlengde van de kritiek rond evidence based is er vervolgens ook het kritiekpunt dat de achterliggende theorieën van sommige complementaire interventies vanuit hedendaagse wetenschappelijke inzichten als ‘onverdedigbaar’ bestempeld worden.

In deze paragraaf gaat de Commissie in op deze beide kritiekpunten en plaatst er een kanttekening bij.

### 6.1 *Complementaire zorg is niet evidence-based*

Binnen de verpleegkunde (en verzorging) is steeds meer aandacht voor evidence-based practice. Evidence based practice houdt in dat de verpleegkundige of verzorgende een beslissing neemt op basis van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, in combinatie met haar ervaringsdeskundigheid en de waarde(n) en voorkeur(en) van de zorgvrager.<sup>33</sup> Bij het best beschikbare wetenschappelijke bewijs gaat het om de resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de medisch-biologische effectiviteit van (be)handelingen of geneesmiddelen. Dé onderzoeksmethode is daarbij de randomized clinical trial (RCT).

Het is vanzelfsprekend belangrijk dat verpleegkundigen en verzorgenden geen (be)handelingen uitvoeren, waarvan uit onderzoek gebleken is dat ze niet werken en soms zelfs schadelijk zijn. In

---

<sup>32</sup> Specifieke mogelijkheden om tot afspraken te komen over de invulling van zorg, bijvoorbeeld over de toepassing van complementaire zorg, worden geboden door het persoonsgebonden budget (PGB). De keuzevrijheid die het PGB biedt, betekent uiteraard niet dat verpleegkundigen en verzorgenden de invulling van hun professionele verantwoordelijkheid gevoeglijk onderhevig kunnen maken aan het oordeel van de zorgvrager.

<sup>33</sup> Bree, L. de (2006) Het nut van EBP, *Bijzijn* (bewaarbijlage Evidence Based Practice), 2, juni, pp. 9. Munten, G., Cox, K., Garretsen, H., Bogaard, J. van den (2006) Evidence based practice; een kritische reflectie, *Verpleegkunde*, 21, 2, 148-156.

de praktijk blijkt dat verpleegkundigen en verzorgenden toch nog steeds dergelijke (be)handelingen verrichten omdat deze (be)handelingen tot een soort ritueel zijn geworden.<sup>34</sup> Inmiddels is er bijvoorbeeld al een paar jaar een richtlijn voor de samenwerking en logistiek rond decubitus.<sup>35</sup> Toch wordt er nog af en toe in een verpleeghuis een schapevacht gevonden als middel tegen decubitus, terwijl allang aangetoond is dat de schapevacht niet werkt bij decubitus.<sup>36</sup>

Het lijkt niet meer dan logisch om ook van complementaire interventies te eisen dat hun werkzaamheid aangetoond wordt via de gebruikelijke (natuur)wetenschappelijke methodes. Van verschillende kruiden kan bijvoorbeeld onderzocht worden of ze werken, wat het werkzame bestanddeel is, op welke manier ze werken en of ze misschien ook schadelijke effecten hebben. Op het moment dat de werkzaamheid of schadelijkheid bij bepaalde vormen van toepassing blijkt, zou het betreffende kruid wel, niet of maar beperkt gebruikt mogen worden. Het NCCAM heeft bijvoorbeeld de beschikbare informatie over lavendel in een factsheet gezet.<sup>37</sup> Bij 'wat de wetenschap zegt' staat dat er weinig wetenschappelijk bewijs is voor de werkzaamheid van lavendel voor gezondheidsdoeleinden, zoals onrust, slapeloosheid en depressie, hoofdpijn, last van de maag of haarverlies. Kleine studies laten gemengde resultaten zien bij gebruik van lavendel voor onrust. Er is enige indicatie dat lavendel zou kunnen helpen bij een bepaalde vorm van haarverlies (alopecia areata).

Gebruik van lavendelolie bij aromatherapie is over het algemeen veilig voor volwassenen. Daarnaast zijn er ook redenen tot voorzichtigheid bij bepaalde vormen van toepassing van lavendel. Lavendelolie aanbrengen op de huid kan tot huidirritatie leiden en de olie blijkt giftig indien ingenomen via de mond.

Lavendelthee kan leiden tot hoofdpijn, veranderingen in trek in eten en constipatie. In combinatie met kalmerende geneesmiddelen kan lavendel slaperigheid tot gevolg hebben.<sup>38</sup> Uitgaande van het gegeven dat er nauwelijks bewijs is voor een natuurwetenschappelijk onderbouwde werkzaamheid van lavendel zou de conclusie moeten luiden dat er weinig reden is om lavendel te gebruiken. Zo beschouwd kan lavendel geschrapt worden uit het complementaire bestand.

---

<sup>34</sup> Zie bijvoorbeeld: LEVV (2008) *Doorbreek de rituelen. Een overzicht van zinloze rituelen in de zorg en een stappenplan om deze te doorbreken*. Utrecht: LEVV.

<sup>35</sup> Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (2003) *Tripartiete multidisciplinaire richtlijn Samenwerking en logistiek rond decubitus*. Utrecht: NVVA.

<sup>36</sup> Spieker, P. (2007) Rituelen nauwelijks uit te bannen, *Bijzijn* (bewaarbijlage Evidence Based Practice), 2, juni, pp. 6-7.

<sup>37</sup> Het voorbeeld over lavendel is betrekkelijk willekeurig gekozen. Daar valt van alles over op te merken, bijvoorbeeld dat er andere publicaties zijn met andere inzichten dan die van het NCCAM. Zodra het thema van wetenschappelijke bewijskracht van complementaire interventies om de hoek komt kijken, graven voor en tegenstanders zich gemakkelijk in en bestoken elkaar met steeds nieuwe verwijzingen en argumenten.

<sup>38</sup> NCCAM (zie noot 1) *Herbs at a glance. Lavender*.

Toch wil de Commissie Ethiek een kanttekening plaatsen bij onderzoek naar de effectiviteit van complementaire interventies. De vraag is of alleen toetsing volgens de (natuur)wetenschappelijke en kwantitatieve methoden recht doet aan de aard van de complementaire interventies. Hier speelt de verschillende betekenis van de gebruikte termen een rol (zie paragraaf 4).

(Natuur)wetenschappelijk en kwantitatief onderzoek kijkt naar een statistisch meetbaar en vergelijkbaar gezondheidseffect dat in verband kan worden gebracht met het uitgevoerde proces. Dit meetbare gezondheidseffect moet herhaalbaar zijn en niet onvoorspelbaar zijn of slechts af en toe optreden. Verder moet dit gezondheidseffect groter zijn dan de variabiliteit die er van nature is. Deze interpretatie van effect als meetbaar gezondheidseffect lijkt zich vooral te richten op een blijvend resultaat van behandelingen: als een zorgvrager decubitus heeft, behandel je dat als verpleegkundige of verzorgende volgens de richtlijn omdat statistisch gebleken is dat deze wijze van behandelen decubitus voorkomt of vermindert. Deze interpretatie van effect lijkt minder ruimte te bieden om te bepalen hoe het staat met het welbevinden van een individuele zorgvrager. Voelt hij zich (even) beter of kan hij even 'uit zijn ziekte' gehaald worden? Lukt het hem beter om met zijn ziekte om te gaan? Gaat er troost van uit? De ervaring en beleving van de zorgvrager doen er nauwelijks toe.

Juist op dit laatste (beter voelen, even niet met je ziekte bezig zijn, even genieten, meer greep op je leven) zijn complementaire interventies gericht (zie ook paragraaf 3). Dit resultaat kan voor mensen heel waardevol zijn, ook al is er geen sprake van genezing of gezondheidswinst of van een méétbare verbetering van de kwaliteit van leven.<sup>39</sup> Dan werken ze wel niet volgens natuurwetenschappelijke inzichten, maar helpen doen ze wel, bijvoorbeeld omdat ze zorgvragers aanspreken op hun beleving. Dit resultaat komt tot stand in de interactie van de zorgverlener en zorgvrager. In deze interactie wordt uitgedragen waar het eigenlijk in de zorg om gaat: de zorgvrager bevestigen in zijn beleving. Hem of haar bevestigen in wie hij of zij is, eventueel naast of los van ziekte of handicap en los van de behandelingen die hij of zij als zorgvrager nog door moet maken. Het gaat erom het leven van de zorgvrager draaglijker te maken of te houden. De interactie of het relationele proces is in zichzelf betekenisvol. Om een dergelijk resultaat in beeld te krijgen kan het nodig zijn om ook andere meer kwalitatieve vormen van toetsing te gebruiken, die in plaats van fysiologische criteria vooral vragen naar de persoonlijke waarden die er in de beleving toe doen.<sup>40</sup> Het onderzoek naar complementaire interventies vraagt om 'passend bewijs'.<sup>41</sup> Anders gezegd, evidence based gaat over het algemeen uit van effect als medisch biologische

---

<sup>39</sup> Grypdonck, M. (zie noot 10)

<sup>40</sup> Munten et al. constateren ook dat bij evidence based practice de nadruk op kwantitatief wetenschappelijk onderzoek ligt en dat de andere twee pijlers, namelijk de ervaringsdeskundigheid van de zorgverlener en de waarden en voorkeur van de zorgvrager nauwelijks aandacht krijgen. Op die manier ontstaat een heel beperkte opvatting van evidence based practice (zie noot 11).

<sup>41</sup> Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2007) *Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid*. Signalering ethiek en gezondheid 2007/4. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid.

werkzaamheid, van meetbare gezondheidseffecten en van een idee van gemiddelden als maat voor individuen. Er is echter ook een ander maat mogelijk, namelijk 'betekenisvol'.

Om terug te komen op de lavendel. Een zorgvrager heeft misschien al zijn hele leven de gewoonte om een bad met lavendel te nemen als hij zich onrustig voelt. Hem helpt dat. Ondanks het feit dat lavendel volgens de natuurwetenschappelijke studies geen effect heeft, is een lavendelbad voor deze zorgvrager wel betekenisvol. Goede zorg voor deze zorgvrager betekent hem een lavendelbad geven. Zoals anderen, wanneer ze onrust ervaren of niet kunnen slapen, het beste geholpen kunnen worden met een glaasje melk, ook al is er geen wetenschappelijke evidence voor het effect van een glaasje melk. Hier lijkt het onderscheid tussen empirisch zinnig en normatief zinnig een rol te spelen.<sup>42</sup> Empirisch (in de betekenis van werkzaam volgens de opvatting van de reguliere zorg en het reguliere onderzoek) is er geen aanwijzing dat lavendel of het glaasje melk wat doet, maar normatief heeft het lavendelbad of het glaasje melk voor deze zorgvrager grote waarde. Het geeft uitdrukking aan wat zorg in die situatie kan betekenen.<sup>43</sup>

De betekenis van het natuurwetenschappelijke en kwantitatieve onderzoek staat hiermee niet ter discussie, ook niet voor complementaire interventies. Dit onderzoek is echter niet toereikend om de betekenisvolheid van (sommige) complementaire interventies vast te stellen. Complementaire zorg vergt eigen, vooral kwalitatieve, wetenschappelijke onderzoeksmethodes, die vooral gericht zijn op het verhelderen van de waarden die met de interventies gediend zijn en niet op zoiets als een meetbaar nut. Dat doet niets af aan het gegeven dat natuurwetenschappelijke onderzoek heel belangrijk blijft om inzicht te krijgen in de veiligheid, belasting en schadelijkheid van complementaire interventies.

## 6.2 ***Een achterliggende theorie die niet aansluit bij de gangbare wetenschappelijke opvattingen***

Sommige vormen van complementaire zorg zijn gebaseerd op vooronderstellingen over de werking van het lichaam die volstrekt niet overeenkomen met de in het Westen gangbare, algemeen geaccepteerde wetenschappelijke inzichten over de werking van datzelfde lichaam.

Therapeutic touch is daarvan een voorbeeld. Het uitgangspunt van therapeutic touch is dat de mens een open energiesysteem is: 'de mens is een geheel van lichaam, geest, ziel en energie.'<sup>44</sup>

De veronderstelling is dat de mens een soort vitale energie heeft, die uit balans kan raken. Door met haar handen over het lichaam van de zorgvrager te strijken (al dan niet op een afstand van enige centimeters van het lichaam) kan de verpleegkundige of verzorgende deze energie weer in balans (proberen te) brengen om op die manier het welzijn van de zorgvrager te bevorderen. Het

---

<sup>42</sup> Borry, P., Dierickx, K., Schotsmans, P. (2002) Ethische kanttekeningen bij tien jaar Evidence-Based Medicine, *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek*, 12, 4, 107-112.

<sup>43</sup> Daarmee heeft het niet alleen betekenis voor de zorgvrager, maar ook voor de zorgverlener.

<sup>44</sup> Busch, M. (zie noot 19)

bestaan van een dergelijke vitale energie is echter niet aangetoond en de werkzaamheid van de interventie evenmin (via de gebruikelijke wetenschappelijke methoden).

Toch ervaren zowel de beoefenaars als de zorgvragers, die deze complementaire interventie gebruiken, de toepassing van therapeutisch touch als positief.<sup>45</sup>

Bij dit soort therapieën staan voor- en tegenstanders lijnrecht tegenover elkaar. Het verschil in de betekenis van de term 'werken' of van 'effectiviteit' speelt hier opnieuw een rol (zie paragraaf 4).

### 6.3 Houding ten aanzien van complementaire zorg

In de tekst is al verschillende keren aangegeven dat verpleegkundigen en verzorgenden verschillend denken over de toepassing van complementaire zorg. Er zijn overtuigde voorstanders en tegenstanders van de toepassing van complementaire zorg door verpleegkundigen en verzorgenden. Daarnaast is er een groep, die weliswaar misschien niet alles gelooft van (de achterliggende theorie van) complementaire zorg, maar die op pragmatische gronden toepassing van complementaire interventies geen bezwaar vindt als de zorgvrager het prettig vindt en het hem naar eigen zeggen helpt.

De houding tegenover complementaire zorg kan mogelijk herleid worden tot twee verschillende fundamentele posities die men (ideaaltypisch) tegenover complementaire zorg kan innemen:

1. Alleen die complementaire interventies verdienen erkenning als behorend tot de professionele beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden die evidence-based zijn volgens de gangbare (natuur)wetenschappelijke methoden en waarvan de verklaring van de werking van de interventie past bij de erkende wetenschappelijke paradigma's en bij de wetenschappelijke kennis van de werking van het lichaam.
2. Die complementaire interventies verdienen erkenning als behorend tot de professionele beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden die bijdragen aan het welbevinden van de zorgvrager. Beperking van interventies tot interventies, die evidence-based zijn volgens de gangbare (natuur)wetenschappelijke methoden betekent een te sterke inperking van het domein van de zorg. De werkelijkheid is meerduidelijk en niet alles valt te verklaren of hoeft verklaard te worden om toch weldadig te kunnen zijn voor zorgvragers. Maatstaf is dat de zorgvrager er wel bij vaart.

Vanuit de eerste positie is het lastig zo niet onmogelijk om een aantal complementaire interventies serieus te nemen. Geconfronteerd met (wanhopige?) zorgvragers die nu eenmaal vragen om een

---

<sup>45</sup> Zie bijvoorbeeld:  
Lemmens, R. & Berns, E. (2008) Therapeutic touch op een PAAZ, *TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 118, 2, 28-31.

dergelijke complementaire interventie, zoals bijvoorbeeld therapeutic touch, en vanuit de opdracht om vraaggericht te werken, zou een aanhanger van de eerste positie hooguit kunnen constateren dat hij er mogelijk niet omheen kan. Een vorm van repressieve tolerantie ten opzichte van complementaire zorg zou zijn antwoord of opstelling kunnen zijn.

Vanuit de tweede positie is het wel mogelijk om therapeutic touch als therapie te erkennen, zeker als zorgvragers er positief op reageren. Het is voor de tweede positie weliswaar ook van belang dat de werkzaamheid van complementaire interventies onderzocht wordt, omdat het niet verantwoord is als verpleegkundigen en verzorgenden niet-werkzame interventies (in beide betekenissen van werkzaamheid, zie paragraaf 4) aanbieden aan zorgvragers. Het verlangde bewijs ligt echter niet voor alle interventies op het niveau van randomized clinical trials. In de paragraaf over zorgethiek (paragraaf 5) is al aangegeven dat complementaire zorg mogelijk een voertuig is voor belangrijke relationele waarden in de zorg. Adequaat kwalitatief onderzoek kan de betekenis van complementaire zorg voor het realiseren van deze waarden in unieke, individuele situaties verhelderen. Uit kwantitatief onderzoek zou mogelijk ook kunnen blijken dat sommige vormen van complementaire zorg door de nadruk die er ligt op de interactie tussen de zorgverlener en zorgvrager en door de elementen die aansluiten bij de beleving van de zorgvrager zorgen voor een versterking van het placebo-effect.<sup>46</sup> Indien dat het enige effect zou zijn van een bepaalde complementaire interventie zou dat vanuit het perspectief van ondersteuning van de zorgvrager al een belangrijk effect zijn.

## **7. Uitgangspunten bij het verlenen complementaire zorg door verpleegkundigen en verzorgenden**

Op basis van de voorgaande zorgethische analyse komt de Commissie Ethiek tot de conclusie dat een categorische afwijzing van complementaire zorg door de beroepsgroep van verpleegkundigen en verzorgenden niet op zijn plaats is. Sommige complementaire interventies kunnen naar het oordeel van de Commissie een waardevolle aanvulling zijn op de reguliere zorg vanwege de zorgbehoeften van zorgvragers waarop deze interventies zich vooral richten. Daarbij kan er ook ruimte zijn voor interventies die (nog) niet te verklaren zijn voorzover de zorgvrager aangeeft er baat bij te hebben. Het aanbieden van deze interventies is verdedigbaar, maar onder strakke voorwaarden en in welomschreven situaties. In de volgende paragrafen formuleert de Commissie Ethiek uitgangspunten voor de omgang met complementaire zorg.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Kaptchuk, T.J. (2002) The Placebo Effect in Alternative Medicine: Can the Performance of a Healing Ritual Have Clinical Significance? *Annals of Internal Medicine*, 136, 11, 817-825.

<sup>47</sup> Veel uitgangspunten die hieronder geformuleerd worden, gelden in principe voor elke vorm van zorg die door verpleegkundigen en verzorgenden aangeboden wordt. Dus ook voor complementaire zorg. Dat betekent niet dat het apart benoemen van deze uitgangspunten voor het geven complementaire zorg daarom overbodig zou zijn. Gelet op de controversiële positie van diverse vormen van complementaire zorg in de samenleving, is het noodzakelijk om verschil te maken en punten apart te benoemen.

### 7.1 Algemeen: voor alle verpleegkundigen en verzorgenden

- *Als verpleegkundige of verzorgende ben je niet verplicht om complementaire zorg aan te bieden.*

Verpleegkundigen en verzorgenden denken verschillend over de toepassing van complementaire interventies. Aangezien de toepassing van complementaire interventies controversieel is en deze interventies niet tot de standaardberoepsuitoefening behoren, ben je als verpleegkundige of verzorgende niet verplicht om complementaire interventies toe te passen.

Het is belangrijk dat je authentiek bent. Als je niet overtuigd bent van de betekenis van complementaire zorg, moet je het niet zelf aanbieden.

- *Als verpleegkundige of verzorgende treed je de zorgvrager met respect tegemoet ook al hecht je geen betekenis aan complementaire zorg of wijs je deze af.*

Complementaire zorg is een onderwerp waarover zorgverleners en zorgvragers verschillend denken. Indien jij niets ziet in complementaire zorg, mag je dat aan de zorgvrager zeggen. Maar je moet dat met eerbied voor de opvattingen van de zorgvrager en je collega's doen.

Een respectvolle houding tegenover de zorgvrager is ook van belang om te voorkomen dat de zorgvrager gebruik van alternatieve of complementaire zorg niet durft te melden met alle gevolgen van dien.

- *Als verpleegkundige of verzorgende ben je je ervan bewust dat (sommige) zorgvragers gebruik (willen) maken van complementaire zorg.*

Sommige zorgvragers maken naast de reguliere behandelingen/zorg ook gebruik van complementaire behandelingen/zorg. Afhankelijk van de aandoening van de zorgvrager kan het om een redelijk percentage van zorgvragers gaan (zie paragraaf 3). Het is belangrijk dat je je daarvan als verpleegkundige of verzorgende bewust bent, ongeacht of je wel of niet achter complementaire zorg staat.

- *Als verpleegkundigen of verzorgende heb je bij voorkeur enige kennis van complementaire zorg.*

Aangezien niet alle vormen van complementaire zorg even onschuldig zijn (denk aan de mogelijk schadelijke werking van sommige kruiden) en soms kunnen interfereren met de werking van een regulier geneesmiddel of een reguliere behandeling<sup>48</sup>, is het belangrijk dat je als verpleegkundige of verzorgende weet of een zorgvrager ook alternatieve hulpverleners bezoekt en/of alternatieve of complementaire 'middelen' gebruikt. Dat betekent dat je ook enige kennis van alternatieve en

---

<sup>48</sup> Het gebruik van sommige kruiden kan bijvoorbeeld de werking van chemotherapie negatief beïnvloeden of tot schadelijke bijwerkingen leiden. Zie Tascilar (noot 14).

complementaire interventies zou moeten hebben om te kunnen beoordelen of de complementaire interventie bij deze zorgvrager wel of geen kwaad kan.

- *Als verpleegkundige of verzorgende adviseer je en stimuleer je zorgvragers om het gebruik van complementaire interventies te melden aan de arts.*

Indien een zorgvrager aan jou vertelt dat hij gebruik maakt van complementaire zorg adviseer je hem om dat ook tegen de arts te zeggen, opdat de arts kan bepalen of de complementaire zorg wel of niet onschuldig is in combinatie met de reguliere behandeling. Bijvoorbeeld wanneer je vermoedt dat de complementaire interventie interfereert met de behandeling.

Voordat je dat advies geeft, moet je wel weten hoe de arts over complementaire zorg denkt of hoe hij op een dergelijke mededeling reageert om te voorkomen dat je de zorgvrager met jouw advies in de problemen brengt.

- *Als verpleegkundige of verzorgende bied je geen alternatieve geneeswijzen aan.*

Sommige complementaire interventies zouden zoals gezegd een waardevolle aanvulling kunnen zijn op de reguliere zorg. Bij de door verpleegkundigen en verzorgenden eventueel aangeboden complementaire interventies gaat het uitdrukkelijk om complementaire zorg en niet om complementaire of alternatieve geneeswijzen. In je hoedanigheid van verpleegkundige of verzorgende dien je je te beperken tot het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige of verzorgende. Wanneer de zorgvrager met vragen blijft zitten, verwijs je gericht door naar de arts.

- *Als verpleegkundige of verzorgende stel je je terughoudend op bij vragen van de zorgvrager over alternatieve geneeswijzen of alternatieve therapeuten (voor complementaire/alternatieve interventies of geneeswijzen)*

Het uitgangspunt is de reguliere zorg. Daarbinnen kun je als verpleegkundige of verzorgende soms bepaalde complementaire interventies aanbieden, afhankelijk van het beleid van de instelling waar je werkt. In de setting van je werkomgeving is het mogelijk om verantwoording af te leggen over de toepassing van de complementaire interventies. Buiten die setting heb je daar minder of geen zicht op. Daarom is het wenselijk om terughoudend te zijn met een advies over een externe therapeut die bepaalde complementaire interventies aanbiedt.

Voor alternatieve geneeswijzen geldt in aansluiting op de bepaling dat je als verpleegkundige of verzorgende geen alternatieve geneeswijzen aanbiedt, dat je ook wat betreft vragen over alternatieve geneeswijzen heel terughoudend bent en de zorgvrager doorverwijst naar de arts.

## 7.2 **Complementaire zorg en de werkomgeving van de verpleegkundige of verzorgende**<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> Vergelijkbare aandachtspunten voor deze en de volgende paragraaf zijn te vinden bij:

### **Verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in een instelling**

- *Als verpleegkundige of verzorgende, werkzaam in een instelling, houd je rekening met het beleid van de instelling. Je kunt niet op je eentje besluiten om zorgvragers een complementaire interventie aan te bieden.*

Dit aandachtspunt heeft twee aspecten. Ten eerste de rol van de instelling en ten tweede het overleg met andere zorgverleners.

#### De instelling

Aangezien complementaire zorg controversieel is, heb je als verpleegkundige of verzorgende rekening te houden met de opvatting van de instelling. Als je in een instelling werkt, heb je vanuit je aanstelling een functionele verantwoordelijkheid om je te richten naar het beleid van de instelling. Indien de instelling bijvoorbeeld tegen de toepassing van complementaire interventies is, kun je niet besluiten om die interventies toch aan te bieden. Het aanbieden van complementaire interventies vraagt, net als alle zorg, om inpassing in de dagelijkse gang van zaken. Er is tijd en ruimte voor nodig en er moeten, afhankelijk van de interventie, middelen voor beschikbaar zijn. Indien je als verpleegkundige of verzorgende op eigen houtje besluit om een complementaire interventie aan te bieden, kan dat tot gevolg hebben dat je de bestaande verdeling van tijd en middelen doorkruist en daarmee zorgvragers benadeelt. Op eigen houtje aanbieden van een complementaire interventie aan een zorgvrager kan de betreffende zorgvrager schaden omdat je de continuïteit van de zorg naar alle waarschijnlijkheid niet kunt garanderen. Ook is er de vraag naar de rechtvaardige verdeling van je eigen tijd en middelen over de zorgvragers die aan jouw zorg zijn toevertrouwd.

Om na te gaan of er ruimte binnen de instelling is voor complementaire zorg kun je gebruik maken van de V&VN-brochure *Hoe bespreek je Complementaire zorg in je instelling*.<sup>50</sup>

#### Samenwerking met andere zorgverleners

Als verpleegkundige of verzorgende in een instelling werk je meestal in een team samen met andere zorgverleners. Van jou wordt verwacht dat je je inzet voor een goede samenwerking met die andere zorgverleners om tot goede zorg aan de zorgvrager te komen; dat je je deskundigheid, ervaring en visie deelt met die andere zorgverleners en dat je je inzet voor open overleg en besluitvorming om tot goede zorg aan de zorgvrager te komen (Nationale Beroepscode artikel 3.1).

---

Royal College of Nursing (2003) *Complementary therapies in nursing, midwifery and health visiting practice*. London: RCN.

Australian Nursing Federation (1998, 2005) ANF guidelines - *Complementary therapies in nursing practice*.

KNMG (zie noot 4).

<sup>50</sup> V&VN (2006) *Hoe bespreek je Complementaire Zorg in je instelling*. Utrecht: V&VN.

Dit betekent dat je de toepassing van een complementaire interventie altijd met je collega's moet bespreken. Zij moeten hiervan op de hoogte zijn en in gezamenlijk overleg moet blijken of er mogelijkheden zijn voor de toepassing van de voorgestelde complementaire interventie (binnen de door de instelling gestelde kaders).

De toepassing van een complementaire interventie is niet altijd onschuldig. Er kan interferentie optreden met reguliere behandelingen/zorg. Ook dit betekent dat je de toepassing van een complementaire interventie moet overleggen met andere zorgverleners (bijvoorbeeld de arts).

- *Indien een instelling beleid heeft ten aanzien van (sommige) complementaire interventies kun je als verpleegkundige of verzorgende zowel reageren op een vraag van de zorgvrager als de complementaire interventie actief aanbieden aan de zorgvrager.*

Als een instelling de toepassing van (sommige) complementaire interventies toestaat en onderschrijft omdat zij van mening is dat dit een waardevolle aanvulling op het zorgaanbod aan de zorgvragers vormt, hoeft dit aanbod zich niet te beperken tot de zorgvragers die erom vragen. Het kan ook waardevol zijn voor zorgvragers, die er (nog) niet om vragen. Het behoort tot jouw deskundigheid als verpleegkundige of verzorgende om na te gaan hoe aan de zorgbehoefte van de verschillende zorgvragers tegemoet gekomen kan worden.

#### ***Verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam als zelfstandige***

- *Als verpleegkundige of verzorgende, werkend als zelfstandige, stel je je toetsbaar op als je complementaire interventies aanbiedt.*

Indien je als verpleegkundige of verzorgende als zelfstandige werkt, kun je in principe zelf besluiten of je complementaire interventies wilt aanbieden. Aangezien complementaire interventies controversieel zijn, is het wenselijk dat je als zelfstandige contact zoekt met andere zorgverleners, zodat je een situatie creëert waarin je verantwoording kan afleggen over de toepassing van complementaire interventies, bijvoorbeeld via de beroepsvereniging. Ook is het in het kader van toetsing en het afleggen van verantwoording belangrijk om als zelfstandige te zorgen voor een goede verslaglegging en registratie van de toepassing van complementaire interventies.

#### ***Verpleegkundigen of verzorgenden, die naast verpleegkundige of verzorgende ook nog complementair therapeut zijn***

- *Als verpleegkundige of verzorgende, die naast (geregistreerd) verpleegkundige of verzorgende ook complementair therapeut is, blijf je bij het aanbieden van een complementaire interventie ook vanuit verpleegkundig of verzorgend oogpunt oordelen over de situatie van de zorgvrager.*

Indien je zowel verpleegkundige/verzorgende als complementair therapeut bent (bijvoorbeeld aromatherapeut) is het belangrijk dat je in de gaten blijft houden of de complementaire interventie

het gewenste effect heeft of dat ingrijpen vanuit verpleegkundig of verzorgend oogpunt gewenst is in het belang van de zorgvrager.

### 7.3 Voor verpleegkundigen en verzorgenden die complementaire interventies willen aanbieden

#### ***De verpleegkundige en verzorgende in het contact met de zorgvrager***

- *Als verpleegkundige of verzorgende geef je complementaire zorg alleen als aanvulling op reguliere zorg.*

Complementaire zorg mag nooit aangeboden worden ten koste van reguliere zorg.

Complementaire zorg is, zoals de term zegt, aanvullend op de reguliere zorg. De reguliere zorg zal in ieder geval aan de zorgvragers gegeven moeten worden, voordat complementaire zorg aan bod kan komen. Indien er een wetenschappelijk bewezen effectieve verpleegkundige of verzorgende (be)handeling is voor een bepaalde zorgbehoefte van de zorgvrager, moet deze (be)handeling aangeboden worden.

De reguliere zorg mag ook niet in het gedrang komen doordat er ook complementaire interventies aangeboden worden.<sup>51</sup>

- *Als verpleegkundige of verzorgende laat je je zorgverlening zoveel mogelijk aansluiten bij de zelfzorggewoontes van de zorgvrager.*

Zorgvragers hebben vaak hun eigen zelfzorggewoontes voor het omgaan met symptomen of voor het vormgeven aan een 'gezond leven'. Die zelfzorggewoontes zijn voor hen van groot belang.

Aspecten of onderdelen van complementaire zorg kunnen op een voor de zorgvrager vanzelfsprekende manier deel uitmaken van zijn of haar patronen van zelfzorg. Ze kunnen aansluiten bij zijn of haar perceptie van omgaan met gezondheidsproblemen en zo deel uitmaken van het persoonlijk levensverhaal. Als verpleegkundige of verzorgende houd je daarom bij je zorgverlening zoveel mogelijk rekening met die zelfzorggewoontes voorzover die niet schadelijk zijn voor de gezondheid van de zorgvrager, niet in strijd met de plicht van een goed hulpverlener en rekening houdend met de belangen van andere zorgvragers (Nationale Beroepscode artikel 2.3)

- *Als verpleegkundige of verzorgende zorg je ervoor dat je de zorgvrager geen schade toebrengt*  
Dit is een basiswaarde voor het verpleegkundig en verzorgend handelen: je brengt de zorgvrager geen schade toe. Complementaire interventies die bewezen schadelijke effecten hebben, mag je

---

<sup>51</sup> Lemmens, R. & Berns, E. (2008) Therapeutic touch op een PAAZ, *TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 118, 2, 28-31. Als een van de nadelen van de therapeutic-touchpraktijk op de afdelingen werd genoemd dat het reguliere werk soms in het gedrang komt door een onhandige planning van de therapeutic touch behandelingen.

niet aanbieden. Schade is echter breder. Ook door onjuiste of onvolledige informatie te geven of door onjuiste verwachtingen te wekken, kun je zorgvragers schaden. Niet schaden van de zorgvrager betekent daarom bijvoorbeeld ook dat je de zorgvrager niet afhoudt van de reguliere verpleegkundige of verzorgende (be)handeling; dat je de zorgvrager moet vertellen dat het om een complementaire interventie gaat en niet om een reguliere interventie; dat je, wanneer bewijs ontbreekt, moet vertellen dat de medisch-biologische werkzaamheid van de interventie niet bewezen is; dat de complementaire interventie gericht is op het welbevinden en niet op genezing.

- *Als verpleegkundige of verzorgende ga je zorgvuldig na of een complementaire interventie in het belang van de zorgvrager is gezien zijn mogelijke opvattingen en verwachtingen ten aanzien van de zorg.*

Artikel 2.2 van de Nationale Beroepscode stelt dat je als verpleegkundige of verzorgenden in de zorgverlening de belangen van de zorgvrager centraal stelt. Dat betekent dat je de zorg verleent die de zorgvrager nodig heeft. Voor een goede zorgverlening is het ook belangrijk om deze af te stemmen op de zorgbehoeften, waarden en normen, culturele en levensbeschouwelijke opvattingen van de zorgvrager (Artikel 2.3 Nationale Beroepscode). Geldt dat in principe voor elke zorg die je aanbiedt, is dat bij complementaire zorg zeker het geval.

Aangezien complementaire zorg ook onder zorgvragers controversieel is, moet je als verpleegkundige of verzorgende altijd stilstaan bij de vraag of deze zorgvrager ontvankelijk is voor complementaire zorg; of complementaire zorg door deze zorgvrager op prijs gesteld zal worden. Zo kun je je afvragen met welke verwachting de zorgvrager naar de zorginstelling is gekomen. Een zorgvrager in het ziekenhuis kan een andere verwachting hebben van de zorg dan bijvoorbeeld een zorgvrager in een hospice. Conform inzichten van de zorgethiek dient je zorg aan te sluiten bij de zorgbehoeften van de zorgvrager.

- *Als verpleegkundige of verzorgende ga je ook na of je een complementaire interventie aanbiedt in het belang van de zorgvrager of in het belang van jezelf.*

Zoals bij het vorige aandachtspunt al is aangegeven, stel je als verpleegkundige of verzorgende in de zorgverlening de belangen van de zorgvrager centraal. Het gaat bij iedere vorm van zorg om het primair voldoen aan de zorgbehoeften van de zorgvrager.

Het aanbieden van een complementaire interventie kan soms makkelijker zijn dan het voeren van bijvoorbeeld een gesprek met de zorgvrager over de ernst van zijn situatie. De complementaire interventie werkt dan als een soort vluchtmechanisme voor jou als verpleegkundige of verzorgende. Het kan je het idee geven dat je de zorgvrager bijgestaan hebt, terwijl je eigenlijk niet aan de echte zorgbehoefte van de zorgvrager tegemoet gekomen bent.

- *Als verpleegkundige of verzorgende informeer je de zorgvrager over de complementaire interventie.*

Artikel 2.6 van de Nationale Beroepscode zegt dat je er als verpleegkundige of verzorgende voor zorgt dat je de zorgvrager in begrijpelijke taal informeert over de zorgverlening of behandeling die je wilt uitvoeren. Dit geldt vanzelfsprekend ook indien het gaat om een complementaire interventie. Als verpleegkundige of verzorgende leg je de zorgvrager uit dat het gaat om een complementaire interventie en niet om reguliere zorg; je legt uit wat de complementaire interventie inhoudt en wat je ervan verwacht met betrekking tot helpende of ondersteunende effecten.

- *Als verpleegkundige of verzorgende vraag je toestemming voordat je tot zorgverlening overgaat.*

Het toestemmingsvereiste is een belangrijk artikel uit de Nationale Beroepscode (art. 2.7). Het toestemmingsvereiste staat niet alleen in de beroepscode, maar ook in de WGBO (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst). Het toestemmingsvereiste sluit ook aan bij het perspectief van de zorgethiek. Volgens de zorgethiek is het van belang om de zorg responsief te organiseren. Je moet als zorgverlener de zorg niet alleen op competente wijze geven, maar je moet ook nagaan of de zorg aansluit bij de behoeften van de zorgvrager. Vragen om toestemming na uitleg van wat de bedoeling is, bied je de mogelijkheid om dit te checken. De eis om toestemming aan de zorgvrager te vragen voordat je tot (be)handelen overgaat, geldt ook voor de uitvoering van complementaire interventies. De zorgvrager heeft het recht om deze interventie te weigeren, net zoals hij ieder zorgaanbod mag weigeren.

- *Als verpleegkundige of verzorgende blijf je bij de zorgvrager aandringen op het accepteren van het reguliere zorg aanbod, indien een zorgvrager dit zorgaanbod weigert.*

Het kan zijn dat een zorgvrager het reguliere zorg aanbod weigert. Het is jouw taak om bij deze zorgvrager er toch op aan te dringen dat hij het reguliere zorgaanbod accepteert. Dat volgt uit het uitgangspunt dat je complementaire zorg alleen aanbiedt als aanvulling op de reguliere zorg (zie eerste uitgangspunt onder 7.3). Je moet de zorgvrager duidelijk maken waarom het belangrijk is dat hij deze reguliere zorg krijgt.

Indien de zorgvrager bij zijn weigering van het reguliere zorgaanbod blijft en per se een complementaire interventie wil, moet je in overleg met je collega's en behandelend arts nagaan of toepassing van de complementaire interventie te verantwoorden is (niet schadelijk is).

- *Als verpleegkundige of verzorgende zorg je voor een goede verslaglegging (Nationale Beroepscode 2.8)*

Opnieuw vraagt het controversiële karakter van sommige vormen van complementaire zorg erom dat je als verpleegkundige of verzorgende zorgt voor een goede documentatie van wat je gedaan

hebt, zodat je verantwoording af kunt leggen over je handelen en daarmee de transparantie ook bevordert.

***De verpleegkundige en verzorgende en de beroepsuitoefening***

- *Als verpleegkundige of verzorgende zorg je ervoor dat je scholing gevolgd hebt, indien je complementaire interventies wilt aanbieden.*

Als verpleegkundige of verzorgende heb je een eigen verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat je kennis en vaardigheden op peil zijn (Nationale Beroepscode 1.2). Indien je complementaire interventies wilt aanbieden, moet je er daarom voor zorgen dat je voldoende scholing gevolgd hebt. Zoals voor elke vorm van zorg geldt, is ook hier de vraag of je bevoegd en bekwaam bent. Daarom moet je je bijvoorbeeld kritisch afvragen of je scholing voldoende is om de complementaire interventie in de praktijk te brengen, want je kunt de verantwoordelijkheid voor het verlenen van de benodigde zorg pas op je nemen als je ook competent bent.

- *Als verpleegkundige of verzorgende voer je de complementaire interventies niet uit als je het idee hebt dat de gevolgde scholing niet voldoende is.*

Artikel 1.3 van de Nationale Beroepscode stelt dat je alleen handelingen verricht die binnen je deskundigheidsgebied vallen. Op het moment dat je je niet voldoende deskundig en bekwaam voelt, dien je de handeling (complementaire interventie) niet uit te voeren.

- *Als verpleegkundige of verzorgende ondersteun en initieer je onderzoek naar de betekenis en werkzaamheid van complementaire interventies*

Om zicht te krijgen op de betekenis en werkzaamheid van complementaire interventies is onderzoek nodig. Dat hoeft niet in alle gevallen het meest 'harde' onderzoek in de vorm van randomized clinical trials te zijn (zie paragraaf 6). Er is echter geen reden om 'reguliere' behandelingen en zorg wel aan onderzoek te onderwerpen en complementaire zorg niet. Als verpleegkundige of verzorgende, die graag complementaire interventies aan wil bieden, mag van jou ook verwacht worden dat je je inzet om de wetenschappelijke onderbouwing van complementaire interventies te ondersteunen en eventueel te initiëren.

- *Als verpleegkundige of verzorgende ben je je ervan bewust dat je een verantwoordelijkheid hebt ten opzichte van de beroepsgroep.*

Jouw positie als verpleegkundige of verzorgende geeft je een bepaald gezag. De samenleving heeft vertrouwen in jouw handelen, omdat je verpleegkundige of verzorgende bent. Het is belangrijk dat je je ervan bewust bent dat jouw handelen bijdraagt aan het vertrouwen van de samenleving in de beroepsgroep. Dat vertrouwen in de beroepsgroep mag niet geschaad worden.

Daarom dien je kritisch te zijn ten aanzien van jouw handelen en het effect daarvan op het maatschappelijk vertrouwen in de beroepsgroep.

Aangezien de toepassing van complementaire interventies controversieel is, moet je je altijd afvragen of bij de toepassing het vertrouwen in de beroepsgroep in het geding is en hoe eventuele schade voor de beroepsgroep voorkomen kan worden.