

Complementaire zorg voor volwassenen (handreiking)

Vastgesteld op: 15-06-2023

Methode: consensus based

Regiehouder: V&VN

Gegenereerd op: 05-11-2025

Bron: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/complementaire-zorg>

Inhoudsopgave

COMPLEMENTAIRE ZORG VOOR VOLWASSENEN (HANDREIKING)	4
Inleiding	4
Aanleiding, doel en begripsbepaling	4
Doelgroep	5
Doelpopulatie	5
Zorgvuldigheidseisen	6
Links naar meer informatie	12
MIND-BODY INTERVENTIES	13
LUISTEREN NAAR MUZIEK	14
Uitvoering	14
Muziek inzetten	14
Toepasbaarheid	14
Overwegingen	15
Referenties	16
MINDFULNESS	17
Inleiding	17
Uitvoering	17
Toepasbaarheid	18
Overwegingen	18
Referenties	19
ONTSPANNINGSOEFENINGEN	22
Inleiding	22
Uitvoering	22
Toepasbaarheid	23
Overwegingen	24
Referenties	25
LICHAAMSGERICHTE INTERVENTIES	26
AQUAZORG	27
Overwegingen	27
KOELE BUIKWASSING	28
Inleiding	28
Uitvoering	28
Toepasbaarheid	28
WARME BADEN: VOETBAD	29
Inleiding	29
Uitvoering	29
Toepasbaarheid	30
Referenties	30
MASSAGE	31

Inleiding	31
Uitvoering	31
Toepasbaarheid	33
Overwegingen	33
Referenties	33
BIOLOGISCHE INTERVENTIES	36
AROMAZORG	37
Inleiding	37
Uitvoering	37
Ad a. verdampen	37
Ad b. inhalatie	37
Ad c bereiding huid- of massageolie	38
Ad d. lichaamsverzorging	38
Ad e. baden	39
Ad f. kompressen	39
Toepasbaarheid	39
Overwegingen	41
Referenties	41
ENERGETISCHE INTERVENTIES	43
THERAPEUTIC TOUCH EN HEALING TOUCH	44
Inleiding	44
Uitvoering	44
Toepasbaarheid	47
Overwegingen	47
Referenties	48
BIJLAGEN	50
TABEL A - MASSAGE	51
TABEL B - MINDFULNESS	55
TABEL C - GECOMBINEERDE ONTSPANNINGSTECHNIEKEN	57
TABEL D - AROMAZORG	59
TABEL E - AROMAZORG	62
TABEL F - AQUATHERAPIE	63
TABEL G - THERAPEUTIC TOUCH OF HEALING TOUCH	64

Complementaire zorg voor volwassenen (handreiking)

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Inleiding

Aanleiding, doel en begripsbepaling

Deze handreiking is een herziening van de richtlijn ‘Complementaire zorg in de palliatieve fase’ die in 2010 is gepubliceerd. Er is gekozen voor herziening om nieuwe wetenschappelijke bevindingen en nieuwe interventies (zoals mind-body interventies, aquazorg en energetische interventies) toe te voegen.

Een handreiking verschilt voornamelijk in vorm van een richtlijn vanwege de praktische insteek. Een richtlijn is een document met aanbevelingen berustend op systematisch literatuuronderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met de expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers [AQUA-leidraad, 2021]. Voor een handreiking is vaak geen of onvoldoende evidence-based literatuur beschikbaar en gaat daarom uit van maatwerk. De betrokken experts hebben de literatuur geraadpleegd. Indien er geen wetenschappelijke literatuur gevonden werd voor interventies die wel relevant werden geacht is dit duidelijk vermeld.

Complementaire zorg is aanvullende zorg die gegeven wordt naast de reguliere zorg. Complementaire zorg gaat uit van een holistische benadering die de lichamelijke, emotionele, mentale, spirituele en sociale behoeften omvat (zie ook brochure van de [V&VN ‘Wat is complementaire zorg’](#)). Complementaire zorg kan klachten verlichten zoals pijn, misselijkheid, braken, angst, vermoeidheid en slaapproblemen en de kwaliteit van leven verbeteren. Ook is er vaak een positief effect op het spiritueel welbevinden van de patiënt (zie ook [richtlijn Zingeving en spiritualiteit](#)). Op [Pallialine](#) zijn specifieke richtlijnen te vinden voor de behandeling in de palliatieve fase.

De [werkgroep](#) heeft de interventies die beschreven zijn in deze handreiking gekozen op basis van relevantie volgens experts, patiënten en naasten van patiënten (zie [Factsheet knelpunten](#)). Vervolgens is verder geselecteerd op toepasbaarheid en uitvoerbaarheid van de interventies.

In deze handreiking zijn geen interventies opgenomen die veel kennis en expertise vereisen of interventies die interacties met medicatie kunnen geven.

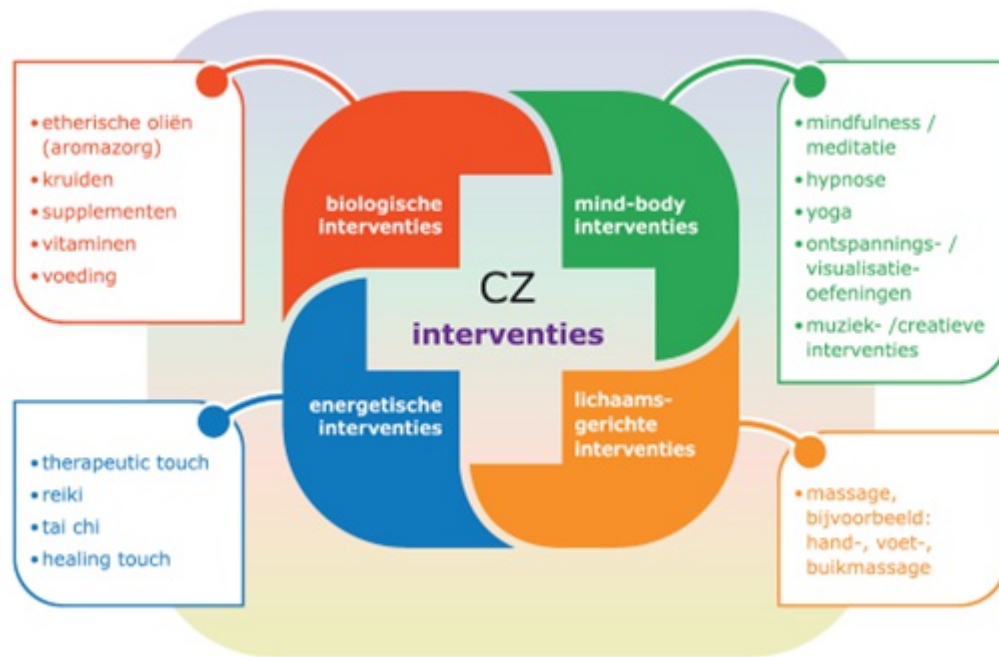
Om de toepassing van complementaire zorg niet te laten botsen met reguliere behandelingen is het wenselijk om de complementaire zorg onderdeel te maken van het integrale palliatieve zorgplan. Stem het toepassen van complementaire zorg af met andere betrokken behandelaars, waaronder de behandelend arts en in het bijzonder de regiebehandelaar.

Complementaire zorg richt zich primair op ontspanning en het verhogen van de kwaliteit van leven en kan de symptoomlast verminderen. De focus ligt op het mogelijk maken van positieve ervaringen, gericht op alle menselijke zintuigen, om de negatieve ervaringen te reduceren.

Om patiënten te helpen meer te ontspannen door complementaire zorg, is het van belang dat de zorgverlener zelf ook zo rustig mogelijk is. Daarvoor worden begrippen als gronden, aarden of centeren gebruikt, die aangeven dat de zorgverlener met de aandacht in het moment is en zich kan richten op de patiënt.

In onderstaand schema ‘Complementaire zorginterventies’ wordt de grote diversiteit aan complementaire zorg onderverdeeld in vier categorieën interventies op basis van hun toepassingswijze:

- biologische interventies: gebruik van natuurlijke middelen
- mind-body interventies: richten van gedachten en emoties (mind) om het lichaam te ondersteunen en te ontspannen (body)
- lichaamsgerichte interventies: aanraking en lichte manipulatie van het lichaam om ontspanning en lichamelijke balans te bevorderen
- energetische interventies: gericht op herstel van de energiebalans



□

Schema Complementaire Zorg interventies ©Van Praag Instituut 2023

Niet alle interventies in het schema komen aan bod in de handreiking

Doelgroep

De handreiking geeft vooral informatie en praktische adviezen voor verpleegkundigen, verzorgenden, mantelzorgers en zorgvrijwilligers, maar is geen professionele norm.

De mate van scholing die nodig is om de interventies uit te voeren varieert. Bepaalde interventies kunnen ook door mantelzorgers en vrijwilligers worden uitgevoerd, in dat geval wordt dit expliciet benoemd. Interventies die door een vaktherapeut zoals beeldend therapeut of muziektherapeut worden gegeven, worden wel benoemd (zodat verwezen kan worden) maar niet behandeld in deze handreiking. Voor 'patiënten' kan ook 'cliënten' gelezen worden.

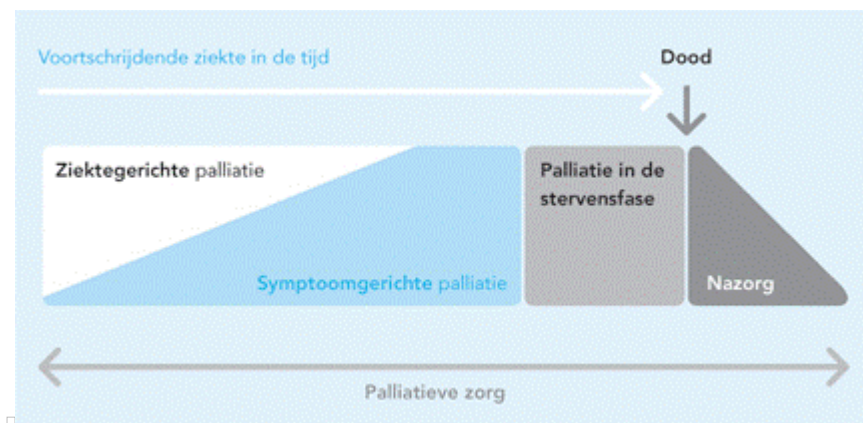
Doelpopulatie

Deze handreiking is van toepassing op volwassen patiënten (18 jaar en ouder) in de palliatieve fase. Wanneer de palliatieve fase start, is afhankelijk van de onderliggende ziekte. Bij mensen met kanker start de palliatieve fase als de kanker ongeneeslijk is (geworden). Bij ongeneeslijke ziektes die altijd leiden tot de dood (b.v. ALS) start de palliatieve fase bij de diagnose. Bij kwetsbaarheid en bij chronische ziektes zoals COPD en hartfalen is de afloop onzekerder. Daarbij is de 'surprise question' als markerings behulpzaam: 'zou u verbaasd zijn als uw patiënt binnen een jaar is overleden?' Bij een antwoord 'nee' wordt de palliatieve fase gemarkeerd. De palliatieve fase kan qua duur variëren van dagen tot jaren, mede afhankelijk van de onderliggende aandoening.

De geschatte levensverwachting en de algemene toestand van de patiënt kunnen de keuze van de complementaire zorgvorm bepalen.

De palliatieve fase kan ingedeeld worden in vier fasen (zie figuur 1):

1. De fase van gecombineerde ziekte- en symptoomgerichte palliatie;
2. De fase van uitsluitend symptoomgerichte palliatie;
3. De stervensfase;
4. Nazorg voor de naasten na het overlijden.



Figuur 1. Het spectrum van de palliatieve zorg (zie ook '[Algemene principes van palliatieve zorg](#)')

Zorgvuldigheidseisen

Bij de toepassing van de voorgestelde interventies dient rekening gehouden te worden met de individuele behoeften en gezondheidsvaardigheden van de patiënt en naasten. Wanneer een niet-westerse religieuze/culturele achtergrond invloed heeft op de beleving en keuzes in de zorg rondom het levenseinde, raadpleeg dan, naast deze handreiking, [de handreiking 'Palliatieve zorg aan mensen met een niet-westerse achtergrond'](#) [IKNL 2011]. Tevens is er van Pharos de folder '[Lessen uit gesprekken over leven en dood](#)' met algemene voorlichting over palliatieve zorg aan mensen met een migratieachtergrond [Pharos 2017].

Beslis samen welke vorm van complementaire zorg ingezet kan worden, hoe, door wie en wanneer. Vraag ook altijd of de behandeling aansluit bij de wensen van de patiënt en vertel dat de patiënt altijd kan aangeven om te stoppen. Om de juiste interventie te kiezen biedt ook de '[keuzehulp Complementaire zorg](#)' uitkomst.

☐ Geldigheid

Deze handreiking is gepubliceerd op 15 juni 2023. De eigenaar kan aantonen dat de handreiking zorgvuldig en met de vereiste deskundigheid tot stand is gekomen.

Het eigenaarschap van deze handreiking/module en de verantwoordelijk voor het onderhoud daarvan ligt bij de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen die de herziening hebben uitgevoerd. Bij voorkeur beoordelen zij jaarlijks of de (modules van de) handreiking nog actueel zijn.

De regiehoudende vereniging is de eerstverantwoordelijke om bij te houden of dit document geüpdatet moet worden. Voor de 'Handreiking Complementaire zorg' is V&VN de regiehoudende vereniging. De regiehoudende vereniging is niet verantwoordelijk voor de financiering van een eventuele herziening. Zo nodig wordt de handreiking tussentijds op onderdelen bijgesteld. De geldigheidstermijn van de handreiking is maximaal 5 jaar na vaststelling. Indien de handreiking dan nog actueel wordt bevonden, wordt de geldigheidsduur verlengd. IKNL draagt zorg voor het beheer en de ontsluiting van de handreiking.

Module	Laatst beoordeeld	Laatst geautoriseerd

Juridische betekenis

Deze Handreiking heeft enkel als doel het bieden van informatie over complementaire zorg. Het bevat geen richtsnoeren voor handelen noch professionele normen.

☐ Algemene gegevens

Initiatief

Agendacommissie richtlijnen palliatieve zorg (KNMG/IKNL)
IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland)

Regiehoudende vereniging

Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN)

Overige betrokken verenigingen

Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN)

Patiëntenfederatie Nederland (PFN)

Vereniging van Specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)

Federatie voor Vaktherapeutische Beroepen (FVB)

Palliactief

Vereniging van Geestelijke VerZorgers (VGZ)

Financiering

Deze handreiking is gefinancierd door ZonMW. De inhoud van de handreiking is niet beïnvloed door de financierende instantie. Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Opname van een kwaliteitsstandaard in het Register betekent dus niet noodzakelijkerwijs dat de in de kwaliteitsstandaard beschreven zorg verzekerde zorg is.

Procesbegeleiding en verantwoording

IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland) is het kennis- en kwaliteitsinstituut voor professionals en bestuurders in de oncologische en palliatieve zorg dat zich richt op het continu verbeteren van de oncologische en palliatieve zorg

IKNL benadert preventie, diagnose, behandeling, nazorg en palliatieve zorg als een keten waarin de patiënt centraal staat. Om kwalitatief goede zorg te waarborgen ontwikkelt IKNL producten en diensten ter verbetering van de oncologische zorg, de nazorg en de palliatieve zorg, zowel voor de inhoud als de organisatie van de zorg binnen en tussen instellingen.

Daarnaast draagt IKNL nationaal en internationaal bij aan de beleidsvorming op het gebied van oncologische en palliatieve zorg

IKNL rekt het (begeleiden van) ontwikkelen, implementeren en evalueren van multidisciplinaire, evidence-based richtlijnen voor de palliatieve zorg tot een van haar primaire taken. IKNL werkt hierbij conform de daarvoor geldende (inter)nationale kwaliteitscriteria. Bij ontwikkeling gaat het in toenemende mate om onderhoud (modulaire revisies) van reeds bestaande richtlijnen.

☐ Samenstelling werkgroep 

Alle werkgroepleden zijn afgevaardigd namens wetenschappelijke en beroepsverenigingen en hebben daarmee het mandaat voor hun inbreng. Het patiëntenperspectief (zie ook Factsheet Knelpunten) is vertegenwoordigd door middel van afvaardiging van een beleidsmedewerker van de Patiëntenfederatie Nederland.

Werkgroepleden

Naam	Functie	Namens	Rol
Mw. Prof.dr. M. van Dijk	Hoogleraar verplegingswetenschap	V&VN	Voorzi
Mw. M. Busch	Directeur van Praag Instituut	Van Praag Instituut	Lid
Dhr. dr. A. de Graeff	Hospice-arts, internist-oncoloog	Palliactief	Lid
Dhr. drs. J.W. Mulder	Sr. Adviseur patiëntenbelang	Patienten Federatie Nederland	Lid
Mw. J. Scheren	Docent Verpleegkunde	V&VN	Lid
Mr. M. Kerkhof	Hoofddocent Kicozo	V&VN	Lid
Mr. W. Bijl	Wijkverpleegkundige	V&VN	Lid
Dhr. drs. H.A.M. Prins	Geestelijk verzorger	VGZ	Lid

Mw. A. Naaijken – Doek	Muziektherapeut	Persoonlijke titel	Lid
Ondersteuning			
Dhr. J. Hagoort	Tekstredacteur	Persoonlijke titel	Redact
Mw. B.C.M. Borggreve	Adviseur palliatieve zorg	IKNL	Procesbe vanaf 1-5
Mw. M. Roelofsen (MSc)	Adviseur palliatieve zorg	IKNL	Proces
Mw. dr. C.A. van den Berg-Verberkt	Adviseur palliatieve zorg	IKNL	Procesbe tot 1-5-2
Mw. F.E.A.H. Essers	Secretaresse	IKNL	Secreta

Klankbordleden

Naam	Functie	Namens
Mw. M. de Witte	Onderzoeker, kennisinnovator	Federatie voor Vaktherapeutische Beroep (FVB)
Mw. M. Schilperoort	Palliatieve zorg Verpleegkundige	V&VN
Mw. E. Miltenburg-van Leer	Oncologie Verpleegkundige	V&VN
Mw. L. van der Linden	Wijkverpleegkundige	V&VN
Mw. R. van der Kooij	Palliatieve zorg Verpleegkundige	V&VN
Mw. A. Sieljes-Vanmechelen	Oncologie Verpleegkundige	V&VN
Mw. A. Nelis	Verpleegkundig Specialist	V&VN
Mw. R. Dusseljee	Oncologie Verpleegkundige	V&VN
Mw. J. Breukers	Praktijkverpleegkundige	V&VN

☐ Werkwijze 

In plaats van een richtlijn is gekozen voor een handreiking omdat er voor complementaire zorg behoefte blijkt aan een praktische aanpak. Naast het wetenschappelijk onderzoek (evidence) is ook de ervaring van de professional en de unieke situatie van patiënt en naasten essentieel voor het werken volgens de principes van Evidence Based Practice (EBP). Het gaat dus expliciet om drie even belangrijke elementen en pas waar die samenkomen is sprake van de ware EBP. De evidence voor deze handreiking is niet systematisch gezocht en/of beoordeeld, maar gebaseerd op literatuuronderzoek door de werkgroepleden.

Deze handreiking gaat, net zoals een richtlijn, ook uit van kennis uit wetenschappelijk onderzoek (zie figuur 2), maar de nadruk ligt op de praktijkkennis en ervaring van de professionals en op de ervaringen, vragen en voorkeuren van patiënten en naasten. Tevens wordt aandacht besteed aan de veiligheid van de beschreven interventies.



Figuur 2 Elementen Evidence Based Practice

Ter voorbereiding op deze handreiking is in 2021 onder zorgprofessionals geïnventariseerd welke interventies relevant zijn om in deze handreiking aan bod te laten komen. De werkgroep heeft op basis van een knelpunteninventarisatie door middel van interviews onder patiënten en naasten gekozen voor de volgende interventies voor respectievelijk kinderen en volwassenen in de palliatieve fase.

Vervolgens is er een selectie gemaakt gebaseerd op toepasbaarheid, uitvoerbaarheid door de doelgroep en de waarde voor de patiënten.

Door de werkgroep is een keuze gemaakt voor de volgende onderwerpen:

- Massage
- Mind-Body interventies
 - Luisteren naar muziek
 - Mindfulness
 - Ontspanningsoefeningen
- Lichaamsgerichte interventies
 - Aquazorg
 - Koele buikwassing
 - Warme baden: Voetbad
 - Massage
- Biologische interventies
 - Aromazorg
- Energetische interventies
 - Therapeutic Touch
 - Healing Touch

De werkgroep heeft onder voorzitterschap van prof. dr. Monique van Dijk (V&VN) gedurende circa 15 maanden gewerkt aan de tekst van de handreiking. De werkgroep is op 22 februari 2022 voor de eerste maal bijeengekomen. Voor iedere module is uit de werkgroep een subgroep geformeerd. Alle teksten zijn schriftelijk of tijdens plenaire bijeenkomsten besproken en door een redacteur bekeken en bewerkt en tot slot is door de werkgroep de concepthandreiking akkoord bevonden.

De concepthandreiking is op 12 april 2023 ter becommentariëring aangeboden aan alle betrokken wetenschappelijke, beroeps- en patiëntenverenigingen. Commentaar is geboden door de volgende verenigingen:

- V&VN Complementaire zorg
- V&VN Verpleegkundig Specialisten
- Verenso (Vereniging Specialisten Oudergeneeskunde)
- VGVZ (Vereniging van Geestelijk VerZorgers)
- Palliactief
- Patientenfederatie Nederland
- FVB (Federatie Vaktherapeutische Beroepen)

De commentaarfase geeft het veld de mogelijkheid om te reageren op de concepttekst en zodoende de kwaliteit en de toepasbaarheid van de handreiking te optimaliseren en landelijk draagvlak voor de handreiking te genereren. Alle commentaren werden vervolgens beoordeeld en verwerkt door de werkgroep. Aan de commentatoren is teruggekoppeld wat met de reacties is gedaan. In tegenstelling tot een richtlijn heeft een handreiking geen autorisatie of instemming. De handreiking is door de werkgroep inhoudelijk vastgesteld op 14 juni 2023.

☐ Belangenverklaringen

Om de beïnvloeding van de ontwikkeling of formulering van de aanbevelingen door conflicterende belangen te minimaliseren zijn de leden van de werkgroep gemandateerd door de wetenschappelijke en beroepsverenigingen. Alle leden van de werkgroep en klankbordgroep hebben verklaard onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de handreiking. Een onafhankelijkheidsverklaring 'Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' zoals vastgesteld door onder meer de KNAW, KNMG, Gezondheidsraad, CBO, NHG en Orde van Medisch Specialisten is door de werkgroepleden bij aanvang en bij afronding van het traject ingevuld. De bevindingen zijn schriftelijk vastgelegd in de belangenverklaring en opvraagbaar via richtlijnen@iknl.nl.

☐ Communicatie- en implementatieplan

Het communicatie- en implementatieplan van deze handreiking is op te vragen via richtlijnen@iknl.nl

☐ Afkortingen en begrippen

Consultatieteam palliatieve zorg

Een consultatieteam palliatieve zorg bestaat uit artsen, verpleegkundigen en andere professionals die in palliatieve zorg gespecialiseerd zijn. Ze zijn middels erkende opleidingen in palliatieve zorg gekwalificeerd en hebben specifieke kennis over en vaardigheden in complexe palliatieve zorg. De teamleden zijn werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg frequent deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, of zelfs de belangrijkste focus is. Er zijn vele tientallen teams, met ieder een eigen (lokaal/regionaal) werkgebied.

Individueel Zorgplan

Een individueel zorgplan (ook wel ondersteuningsplan genoemd) is een document waarin afspraken zijn vastgelegd over de ondersteuning die een cliënt ontvangt. Deze afspraken worden in gezamenlijk overleg tussen cliënt, naasten/(wettelijk) vertegenwoordiger en de zorgverleners gemaakt en worden door beide partijen voor akkoord ondertekend.

Mantelzorger

Een mantelzorger speelt een sleutelrol in het bieden van ondersteuning en zorg aan de patiënt, ongeacht of deze thuis, in een ziekenhuis, verpleeghuis of in een hospice verblijft. Een goede samenwerking tussen zorgverleners en vrijwilligers en mantelzorgers houdt rekening met verschillende rollen die een mantelzorger kan vervullen: als naaste, schaduwpatiënt, collega-zorgverlener en expert (over het leven van de patiënt).

Bron: Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland 2017.

Meetinstrument

Gestructureerd vormgegeven hulpmiddelen, gebaseerd op uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, die zowel de patiënt als zorgverlener helpen inzicht te vergroten in de problematiek van de patiënt en/of diens naasten, ter ondersteuning van de besluitvorming rond de inzet van interventies (dan wel het nalaten daarvan) en de monitoring van uitkomsten.

Een meetinstrument is een hulpmiddel om iets, bijvoorbeeld een verschijnsel, ervaring, oordeel, meetbaar te maken.

Bron: Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland.

Naasten

Naasten worden gedefinieerd als diegenen die ten aanzien van zorg, emotionele betrokkenheid en kennis de patiënt het meest nabij zijn. Naasten kunnen bloedverwanten zijn of verwanten door huwelijk en partnerschap, maar ook vrienden. De patiënt bepaalt wie als zijn naasten moeten worden beschouwd.

Bron: Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland.

Gelet op het medisch beroepsgeheim zal een zorgverlener wanneer met de naasten wordt gesproken, indien mogelijk, hierover afstemmen met de patiënt.

Palliatieve fase

Om pragmatische redenen wordt in de context van deze handreiking die fase bedoeld waarbij het antwoord op de Surprise Question 'Zou het mij verbazen wanneer deze patiënt in de komende 12 maanden komt te overlijden?' door de zorgverlener met 'nee' wordt beantwoord.

Bron: Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is zorg die beoogt de kwaliteit van het leven te verbeteren van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.

Bron: Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland

Regiebehandelaar

De aard en de complexiteit van palliatieve zorg maakt dat er binnen het multidisciplinaire team één zorgverlener aangewezen dient te worden die de regie voert. De regiebehandelaar is een BIG geregistreerde zorgverlener.

De zorgverlener die de regie voert ziet er in ieder geval op toe, dat:

- de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de behandeling in gang wordt gezet;
- er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners;
- er een aanspreekpunt voor de patiënt of diens vertegenwoordiger en/of naasten is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling. De zorgverlener die de regie voert, hoeft niet zelf het aanspreekpunt te zijn en alle vragen te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten te vinden.

Uitgangspunt is dat elke zorgverlener die bij de behandeling is betrokken een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens die patiënt.

Stervensfase

De stervensfase omvat de laatste dagen (tot zeven dagen) van het leven. Er is sprake van een onomkeerbaar fysiologisch proces dat in gang is gezet, waardoor het overlijden aanstaande is.

Bron: Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland

Surprise question

Indien het antwoord op de surprise question - 'Zou u verbaasd zijn als deze patiënt in de komende twaalf maanden komt te overlijden?' - ontkennend is, dan wordt hiermee het stadium gemarkeerd waarin de situatie van de patiënt zich kan wijzigen door snelle achteruitgang. Het maken van goede afspraken en vooruitkijken krijgt nu nog meer prioriteit. De surprise question is niet bedoeld als 'voorspeller' van het laatste levensjaar, maar om tijdig de behoefte aan palliatieve zorg te herkennen en te zorgen dat zorgverleners gaan anticiperen op de zorg die komen gaat.

Bron: Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland.

Terminale fase

Betreft de laatste 3 maanden van het leven.

Bron: Informatiekaart ministerie van VWS, juni 2020

Zorg in de stervensfase

Zorg in de stervensfase is zorg in de laatste dagen (tot zeven dagen) van het leven.

Bron: Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland.

Links naar meer informatie

- [Themapagina Complementaire Zorg](#)
- [Patiënteninformatie op Overpalliatievezorg](#)

Mind-body interventies

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Het uitgangspunt voor mind-body interventies is de wisselwerking tussen gedachten, emoties en lichamelijke reacties. Als bijvoorbeeld stressprikkel te lang duren of te hevig zijn kan het lichaam niet meer ontspannen en is er kans op onder andere pijn, angst, en slaapproblemen. Mind-body interventies zijn gericht op het ontspannen van het lichaam en het kalmeren van de geest. Er zijn veel verschillende mind-body interventies, zoals mindfulness, meditatie, yoga, ontspannings- en visualisatieoefeningen, luisteren naar muziek en creatieve interventies.

De volgende interventies zijn beschreven in deze handreiking, omdat deze eenvoudig door verpleegkundigen kunnen worden begeleid of toegepast:

- luisteren naar muziek,
- mindfulness en
- ontspanningsoefeningen

Deze module is onderverdeeld in submodules en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken, klikt u in de linkerkolom op de submodule- en/of paragraaftitel.

Luisteren naar muziek

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Uitvoering

Muziek inzetten

Of muziek luisteren op prijs gesteld wordt, moet uiteraard worden overlegd met de patiënt of met de mantelzorgers als de patiënt het zelf niet kan aangeven. Het vinden van opgenomen muziek is tegenwoordig zelden een probleem. Met de komst van diensten als Spotify, Apple Music, Vimeo en YouTube is het mogelijk om muziek te vinden en overal te luisteren. Samen met de patiënt en/of mantelzorgers kan er op deze onlinekanalen een eigen speellijst/playlist gemaakt worden. Dit is een verzameling favoriete video's of muziek welke je achter elkaar kunt doorspelen.

Aandachtspunt: Bij gratis muzikdiensten wordt de muziek afgewisseld met reclame. Dit kan als storend worden ervaren.

Regelmatig hebben patiënten of naasten toegang tot een betaalde dienst en is het raadzaam (tijdelijk) hier gebruik van te maken.

Het doel van muziek luisteren in de palliatieve fase kan verschillen van ontspanning of afleiding, het vinden van herkenning, samen plezier hebben met naasten, tot praten over gedachten en gevoelens en voorbereiden op de uitvaart. De keuze van de muziek dient te worden afgestemd op het beoogde doel.

Scholing om genoemde interventies uit te voeren:

Niet van toepassing

☐ Uitvoering Luisteren naar muziek 

Er kan geluisterd worden naar voorkeursmuziek, dit is muziek die een patiënt zelf uitkiest, omdat hij er graag naar luistert.

Wanneer het doel van het muziek luisteren echter meer gericht is op ontspanning, dan blijkt uit onderzoek dat muziek met een puls tussen de 60 en 80 beats per minuut het meest effect heeft op verminderen van spanning. Ook zijn er verwachtingen dat muziek zonder veel verschillen in geluidsterkte en sfeer een positieve invloed hebben op het ervaren van minder spanning. Voorkeursmuziek kan dan minder geschikt zijn.

Ter inspiratie 2 afspeellijsten:

[“Rustige muziek instrumentaal”](#)

[“Rustige muziek met tekst”](#)

Om tot een nog diepere ontspanning te komen, kunnen er ook ademhalingsoefeningen gedaan worden, geleide meditaties of beelden bekeken worden die positieve associaties oproepen, zoals foto's van de natuur of van familie.

Materialen:

Er kan gebruik gemaakt worden van de volgende hulpmiddelen:

- Draagbare audioapparatuur (iPod, mobiel, tablet e.d.) of cd-speler.

Deze kan geplaatst worden binnen het bereik van de patiënt, bij voorkeur met afstandsbediening. Het verdient aanbeveling dat de patiënt zelf het apparaat kan bedienen.

- Koptelefoon of oortjes.

Alleen te gebruiken als de ruimtelijke situatie hiertoe aanleiding geeft (aanwezigheid van medepatiënten of medebewoners, ter overstemming van omgevingsgeluiden) en als de patiënt dit gewend is of aangeeft het gebruik van een koptelefoon prettig te vinden. Luisteren zonder koptelefoon heeft in principe de voorkeur. Hiervoor kan bijvoorbeeld een bluetooth-speaker gebruikt worden. Het ruimtelijk akoestisch effect ondersteunt de werking van de muziek. Dit is vooral van belang bij angst, desoriëntatie en neiging tot sociale isolatie.

Toepasbaarheid

Het is raadzaam om, als in de terminale fase de interventie muziek luisteren wordt aangeboden, de patiënt regelmatig enkele minuten te observeren of deze niet onrustig wordt.

Indicaties:

- symptomen van angst;
- depressie;
- vermoeidheid;
- pijn;

in overleg met de patiënt en/of familie.

Contra-indicaties:

Muziek kan verschillende emoties oproepen en troostend en rustgevend zijn. Naast positieve emoties kan muziek soms ook spanning of onprettige herinneringen oproepen. Er is een vergroot risico op negatieve ervaringen of overprikkeling bij:

- delier;
- psychose;
- PTSS: bij vermoeden van (psychisch) trauma is het raadzaam muziek luisteren alleen in te zetten in overleg met naasten/patiënt of bij twijfel een muziektherapeut te consulteren. Ook kan het helpen de patiënt regie te geven in het maken van de keuzes naar welke muziek er geluisterd wordt.

Overwegingen

De werking van het luisteren naar muziek is onderwerp geweest van veel wetenschappelijke studies in de afgelopen jaren. Maar ook zonder wetenschappelijk onderzoek zullen de meeste mensen zelf hebben ervaren wat muziek teweeg kan brengen: het haalt herinneringen en bepaalde gevoelens naar boven, kan helpen om angst en stress te verminderen, een gevoel van ontspanning creëren en kan troostend werken of juist vrolijk maken. Voor sommige mensen kan muziek zelfs helpen om fysieke pijn te verminderen of te beheersen. Muziek kan een krachtig middel zijn. Het kan emoties oproepen en mensen helpen om gevoelens van verdriet, angst of eenzaamheid te uiten en te begrijpen, het kan ook bijdragen aan een gevoel van verbondenheid met anderen.

Er zijn verschillende manieren om muziek in te zetten in de palliatieve fase:

- a. muziektherapie
- b. luisteren naar muziek

Ad a.

Muziektherapie is een erkende vorm van vaktherapie voor onder andere zieke volwassenen. De toepassing hiervan kan de kwaliteit van leven helpen verbeteren, symptomen verminderen en het (gedeeltelijk) herstelproces bevorderen. Muziektherapie in de palliatieve zorg wordt toegepast om patiënten te ondersteunen bij mentale hulpvragen rondom het levenseinde en kan een middel zijn om iets na te laten aan de nabestaanden, zoals een zelfgeschreven lied, met eventueel een opname van de hartslag (zie ook [Heartbeatsong](#)). In de muziektherapie is er onderscheid tussen actieve muziektherapie – waarbij de patiënt binnen zijn mogelijkheden zelf muziek maakt door te zingen, op een instrument te spelen of te improviseren – en receptieve muziektherapie – waarbij geluisterd wordt naar door een muziektherapeut gespeelde muziek of opgenomen muziek.

Muziektherapie wordt aangeboden door een erkend muziektherapeut, te vinden via muziektherapie.nl. Muziektherapie valt buiten de context van deze handreiking.

Ad b.

Bij het luisteren naar muziek onderscheiden we het luisteren naar live gespeelde muziek en het luisteren naar opgenomen muziek. Live gespeelde muziek wordt toegepast bijvoorbeeld met zang, gitaar-, harp- of cellommuziek, ten gehore gebracht door professionele muzikanten of muziektherapeuten en speelt enigszins in op de reactie van de patiënt. Voorbeelden zijn '[Muziek aan Bed](#)', '[Bedside Singers](#)' – en zelfs op de IC is muziek aan bed mogelijk, zie '[MuziC](#)'.

In deze handreiking gaan we in op de rol van luisteren naar opgenomen muziek als complementaire interventie in de palliatieve fase.

Veel onderzoek naar het effect van muziek in de palliatieve fase betreft muziektherapie door een erkend muziektherapeut [Zeng 2018, Gao 2019, Nyashanu 2021, Perez-Eizaguirre 2021] of live muziek door muzikanten [Peng 2019, Pommeret 2019]. In de literatuur maakt men dus onderscheid tussen muziektherapie en de meer passieve vorm van luisteren naar muziek (in de Engelstalige literatuur aangeduid als music medicine intervention).

Een Cochrane review uit 2010 naar muziekinterventies voor end-of-life care omvatte vijf studies (met in totaal 175 participanten) die alle muziektherapie betroffen en niet luisteren naar muziek [Bradt 2010]. Dezelfde auteurs publiceerden in 2021 een Cochrane review over de effecten van muziektherapie voor kankerpatiënten [Bradt. 2021]. Deze omvatte 81 studies met 5576 participanten, waarvan 74 studies volwassen patiënten betroffen. De effecten van luisteren naar muziek werden onderzocht in 43 RCT's met volwassen patiënten. Het ging hierbij om symptoombestrijding of uitkomsten zoals angst (n=19 trials), hartslag (n=9), depressie en pijn (ieder n=7) en in mindere mate om vermoeidheid (n=3), bloeddruk (n=3), kwaliteit van leven (n=3) en stemming (n=2). Het luisteren naar muziek bleek uit de meta-analyses een significante vermindering te geven van angst, depressie, pijn en vermoeidheid. Wel moet aangetekend worden dat er grote spreiding was in effectgrootte tussen de studies. Bij een deel van de studies kon een vergelijking worden gemaakt tussen het effect van zelfgekozen muziek door de patiënt of muziek gekozen door de onderzoeker. Hierbij waren de verschillen in effect op de uitkomsten angst, depressie en pijn niet significant.

In een mixed methods studie onder 15 hospice patiënten en 5 familieleden [Johnston 2022] werd de patiënten gevraagd één maal per dag gedurende zeven dagen een zelfgekozen speellijst te beluisteren. Deze interventie werd als positief ervaren, met name om de familiebanden te versterken als er gezamenlijk naar de muziek werd geluisterd.

In een focusgroepstudie van De Witte [2020] onder muziektherapeuten die werkten met volwassenen met milde cognitieve beperkingen zijn de effecten van een muziekinterventie op stress in kaart gebracht. De muziektherapeuten maakten onderscheid tussen fysiologische stress en psychologische stress en positieve effecten werden vooral gevonden voor psychologische stress (angst, onrust, nervositeit) – deze kenmerken van stress worden ook in de palliatieve fase genoemd.

Referenties

Bradt, J. and C. Dileo (2010). "Music therapy for end-of-life care." *Cochrane Database Syst Rev*(1): CD007169.

Bradt, J., C. Dileo, K. Myers-Coffman and J. Biondo (2021). "Music interventions for improving psychological and physical outcomes in people with cancer." *Cochrane Database Syst Rev* 10: CD006911.

de Witte M, Lindelauf E, Moonen X, Stams GJ, van Hooren S. Music Therapy Interventions for Stress Reduction in Adults With Mild Intellectual Disabilities: Perspectives From Clinical Practice. *Front Psychol*. 2020 Dec 10;11:572549. doi: 10.3389/fpsyg.2020.572549. PMID: 33362637; PMCID: PMC7759728.

Gao, Y., Y. Wei, W. Yang, L. Jiang, X. Li, J. Ding and G. Ding (2019). "The Effectiveness of Music Therapy for Terminally Ill Patients: A Meta-Analysis and Systematic Review." *J Pain Symptom Manage* 57(2): 319-329.

Johnston, B., F. Bowman, E. Carduff, F. Donmez, A. Lowndes and A. McKeown (2022). "'Playlist for Life' at the end of life: a mixed-methods feasibility study of a personalised music listening intervention in the hospice setting" *Pilot Feasibility Stud* 8(1): 32.

Nyashanu, M., D. Ikhile and F. Pfende (2021). "Exploring the efficacy of music in palliative care: A scoping review." *Palliat Support Care* 19(3): 355-360.

Peng C. S., K. Baxter and K. M. Lally (2019). "Music Intervention as a Tool in Improving Patient Experience in Palliative Care." *Am J Hosp Palliat Care* 36(1): 45-49.

Pérez-Eizaguirre, M. and E. Vergara-Moragues (2021). "Music Therapy Interventions in Palliative Care: A Systematic Review." *J Palliat Care* 36(3): 194-205.

Pommeret, S., J. Chrusciel, C. Verlaine, M. Filbet, C. Tricou, S. Sanchez and L. Hanneltel (2019). "Music in palliative care: a qualitative study with patients suffering from cancer." *BMC Palliat Care* 18(1): 78.

Zeng Y. S., C. Wang, K. E. Ward and A. L. Hume (2018). "Complementary and Alternative Medicine in Hospice and Palliative Care: A Systematic Review." *J Pain Symptom Manage* 56(5): 781-794 e784.

Mindfulness

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Inleiding

Mindfulness leert iemand om zonder oordeel de aandacht te richten op wat hij of zij nu ervaart aan gevoelens, gedachten, fysieke prikkels. Mindfulness is geworteld in traditionele boeddhistische meditatietechnieken en is als interventie, onder de naam Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR), ontwikkeld door Jon Kabat-Zinn in de jaren '70. Deze interventie was oorspronkelijk bedoeld om mensen met chronische pijn zich op een andere manier tot hun klachten te laten verhouden. Een variatie op deze interventie is Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT), een combinatie van moderne psychologische inzichten en traditionele vormen van meditatie en yoga.

Uitvoering

Als zorgverlener kun je de patiënt ondersteunen bij mindfulness-oefeningen. Daarbij kan het helpen als je zelf een mindfulness-training heb gedaan, maar afhankelijk van je eigen expertise kan het ook na een korte instructie. Je kunt de patiënt ook verwijzen naar online mindfulness-oefeningen, zoals van het Radboudumc Centrum voor Mindfulness: [Radboudumc Centrum voor Mindfulness - YouTube](#)

Om mindfulness te leren toepassen is voor de patiënt een training van gemiddeld acht sessies van 2,5 uur nodig. Voor patiënten in de palliatieve fase is dat vaak niet meer mogelijk. Maar elementen uit de mindfulness-training kunnen wel worden toegepast, zoals de 'bodyscan' (zie Uitvoering Mindfulness) waarbij de aandacht systematisch wordt gericht op elk deel van het lichaam.

Voor mensen met kanker is er ook een gericht trainingsaanbod: de Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBSR) voor mensen met kanker. Deze training richt zich op het zo goed mogelijk leren omgaan met piekeren, verdriet en angst, en lichamelijke klachten zoals pijn en vermoeidheid.

Voor veel mensen in de palliatieve fase blijkt het te belastend om acht keer naar een MBCT-groepsbijeenkomst op locatie te komen. Voor hen heeft het Radboudumc Centrum voor Mindfulness een app ontwikkeld met twee varianten, blended (online en live) en unguided (online, zonder begeleiding): [Dagelijkse online meditaties | Radboudumc Mindfulness](#) (radboudcentrumvoormindfulness.nl).

Scholing om genoemde interventie uit te voeren:

Aanbevolen

☐ Uitvoering Mindfulness 

Werkwijze

Deze voorbeeldinstructie van de bodyscan kun je als zorgverlener voorlezen aan de patiënt. Vraag eerst of de patiënt zich in het algemeen prettig voelt bij ontspanningsoefeningen. Zorg ervoor dat je niet gestoord wordt gedurende ongeveer 20 minuten. Vertel dat de patiënt altijd kan aangeven te willen stoppen. Zorg dat je zelf ontspannen zit en lees de tekst voor op een rustige, gelijkmatige toon, niet te zacht, en met voldoende pauzes. Blijf observeren of de patiënt nog ontspannen ligt.

- Ga ontspannen op je rug liggen. Sluit je ogen. Neem even de tijd om contact te krijgen met je adem en de gewaarwordingen in je lichaam. Waar maakt je lichaam contact met het bed?
- Richt je aandacht nu op je buik en merk op hoe de gewaarwordingen in de buik veranderen als je inademt en als je uitademt. Bij inademen zet de buik uit en bij uitademen daalt de buik weer. Neem de tijd om dit te ervaren.
- Richt dan je aandacht op de linkervoet. Kan je je tenen waarnemen, elke teen afzonderlijk of alle vijf gezamenlijk? Voel je tintelingen, warmte of koude? En wat kun je waarnemen aan je hele linkervoet? Misschien voel je het contact met het bed, de sokken die je aan hebt, warmte, koude of stijfheid. Of misschien wel helemaal niets en ook dat is ook goed.
- Verplaats nu de aandacht naar je linkerenkel, je onderbeen, scheenbeen en kuitbeen. Onderzoek met een vriendelijke nieuwsgierigheid wat je opmerkt; als je niets bijzonders opmerkt is dat ook goed.
- Verplaats je aandacht via je linker knie naar je linker bovenbeen. Wat voel je daar? Je gedachten zullen ongetwijfeld nu en dan afdwalen; dat is volstrekt normaal. Als je dit merkt, erken dat dan op een vriendelijke manier. Merk op waarnaar je

gedachten afgedwaald zijn en kom terug naar het linker bovenbeen.

- Je kunt dan je aandacht terugbrengen naar je adembeweging en vervolgens contact maken met je rechtersvoet en tenen. Wat ervaar je daar? Warmte, koude, stijfheid, hardheid, zachtheid, tintelingen of helemaal niets. Alles is oké.
- Verleg je aandacht van de voet naar je rechterenkel en dan naar je rechter scheenbeen en rechterkuitbeen. Wat voel je hier?
- Verleg daarna je aandacht via de rechterknie naar je rechterbovenbeen. Wat merk je hier op? Kun je de kleding die je aanhebt voelen of het contact dat het bovenbeen maakt met het bed? Of merk je niets, ook goed.
- Neem nu beide benen als geheel waar om dan je romp te verkennen. Allereerst het bekken- en buikgebied met zijn organen. Wat ervaar je hier? Voelt je buik zacht of hard, hoor je hem ‘rommelen’, hoe voelt je bekkengebied? Alles is goed. Kijk met een vriendelijke nieuwsgierigheid wat jij hier waarneemt.
- Soms kunnen er emoties naar voren komen zoals weerstand, verdriet, bezorgdheid of hopeloosheid. Erken dan dat ze er zijn. Soms kunnen (ongemakkelijke) fysieke sensaties, gedachten of geluiden je aandacht vangen; ook deze kan je vriendelijk benaderen. Als onderdeel van de oefening kun je deze dan geduldig benoemen als “horen”, “denken”, “voelen” of “oordelen” en vervolgens weer met eenzelfde vriendelijkheid contact opnemen met het lichaamsdeel waar je gebleven was, namelijk de buik.
- Vervolgens ga je met je aandacht naar je rug. Wat neem je hier waar?
- Om dan de borstkas te verkennen, de schouders, de armen en de handen met de vingers en dan de nek, de hals, het hoofd; wat voel je daar?
- Gelaatspietjes, sensaties bij de neus, de ogen, de oren, de achterkant van het hoofd.
- Om ten slotte met je aandacht naar de kruin van het hoofd te gaan. Je zou kunnen proberen de aandacht vanaf de kruin naar beneden laten stromen door de romp en de armen heen naar de benen tot in de voeten en weer terug omhoog naar de kruin.
- Word je weer gewaar van je ademhaling, adem een paar keer diep in en uit, rek je uit als je hier behoefte aan hebt en open dan geleidelijk de ogen [Segal 2022, 110-11]

Toepasbaarheid

Indicaties:

- angst;
- depressieve klachten (ook bij partners);
- pijn;
- stress;
- vermoeidheid;
- stemmingsstoornissen;
- spiritueel lijden;

Contra-indicaties mindfulness:

- geen of weinig affiniteit met mindfulness;
- suïcidaliteit;
- ernstige alcohol- of drugsverslaving
- acute psychotische toestand.

Overwegingen

Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) is effectief bevonden bij pijn, depressie, posttraumatische stress syndroom (PTSS) en verslaving [Goldberg 2018]. Verschillende meta-analyses hebben een positief effect aangetoond van Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) en MBCT op depressie en angstklachten bij mensen met kanker in vergelijking met standaardzorg [Cramer 2012; Piet 2012; Gu 2015; Zhang 2019]. Ook voor stress, stemmingsstoornissen, pijn, vermoeidheid, kwaliteit van leven en

welzijn is MBSR effectief [Carlson 2013; Carlson 2016; Johannsen 2016, Lengacher 2016; van der Lee 2012]. Een studie naar de effectiviteit van mindfulness bij mannen met prostaatkanker toonde geen verbetering van de angst en onrust in vergelijking met standaardzorg [Chambers 2017]. In een studie bij longkankerpatiënten die samen met hun partner mindfulness deden, was mindfulness wel effectief voor de psychische klachten van de patiënten, maar niet voor die van de partners [Schellekens 2017]. In een groep van 245 patiënten met verschillende kankerdiagnoses en in verschillende stadia van ziekte bleek individueel aangeboden online MBCT, net als groeps-MBCT, effectiever dan standaardzorg in het verminderen van psychische klachten [Compen 2018]. Op de lange termijn verbeterden psychische klachten verder [Cillissen 2018].

Mindfulness in de palliatieve zorg is minder vaak onderzocht. Daarbij ging het meestal om veel minder en veel kortere sessies dan in de standaard MBSR- of MBCT-trainingen. In een systematic review van vier studies lieten twee studies een positief effect zien op kwaliteit van leven en stress in vergelijking met standaardzorg. Eén studie had geen effect op kwaliteit van leven en symptoomlast en van de andere studie waren de data niet geschikt voor analyse [Latorraca 2017], (zie Tabel B). De vier studies waren van matige tot lage methodologische kwaliteit.

Er zijn meerdere studies gedaan met korte (5-20 minuten) oefeningen gericht op mindful ademen (een onderdeel van de standaard MBSR/MBCT training in zeer verkorte vorm) voor palliatieve patiënten met overwegend positieve effecten op symptomen, angst en ervaren lijdensdruk [Beng 2016, Beng 2019, Look 2020].

In een gerandomiseerde studie met drie armen kregen 75 patiënt-partnerparen, van wie de patiënt gemetastaseerde longkanker had, of een online mindfulness programma van vier sessies, of een 'sociale steun' programma of standaardzorg [Milbury 2020]. In de mindfulness-groep hadden zowel de patiënten als hun partners minder depressieve symptomen dan de deelnemers aan beide andere groepen, ook na 3 maanden. Een gerandomiseerde en gecontroleerde studie onder 60 mensen in de palliatieve fase concludeerde dat één korte mindfulness-sessie van 5 minuten gericht op liefde, resulteerde in minder lijden en verbetering van spiritueel welbevinden ten opzichte van de controlegroep [Lim 2021], (zie Tabel B).

Referenties

Beng TS, Ahmad F, Loong LC, et al. Distress reduction for palliative care patients and families with 5-minute mindful breathing: a pilot study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;33(6):555-560. doi:10.1177/1049909115569048

Beng TS, Jie HW, Yan LH, et al. The Effect of 20-minute mindful breathing on the perception of suffering and changes in Bispectral index score in palliative care patients: a randomized controlled study. *Am J Hosp Palliat Care*. 2019;36(6):478-484. doi:10.1177/1049909118812860

Carlson LE, Doll R, Stephen J, Faris P, Tamagawa R, Drysdale E, Specia M. Randomized controlled trial of Mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy for distressed survivors of breast cancer. *J Clin Oncol*. 2013 Sep 1;31(25):3119-26. doi: 10.1200/JCO.2012.47.5210. Epub 2013 Aug 5. Erratum in: *J Clin Oncol*. 2014 Nov 10;32(32):3686-7. PMID: 23918953.

Carlson LE, Tamagawa R, Stephen J, Drysdale E, Zhong L, Specia M. Randomized-controlled trial of mindfulness-based cancer recovery versus supportive expressive group therapy among distressed breast cancer survivors (MINDSET): long-term follow-up results. *Psychooncology*. 2016 Jul;25(7):750-9. doi: 10.1002/pon.4150. Epub 2016 May 18. PMID: 27193737.

Chambers SK, Occhipinti S, Foley E, Clutton S, Legg M, Berry M, Stockler MR, Frydenberg M, Gardiner RA, Lepore SJ, Davis ID, Smith DP. Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Advanced Prostate Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2017 Jan 20;35(3):291-297. doi: 10.1200/JCO.2016.68.8788. Epub 2016 Nov 21. PMID: 27870567.

Cillissen L, Schellekens MPJ, Van de Ven MOM, Donders ART, Compen FR, Bisseling EM, Van der Lee ML, Speckens AEM. Consolidation and prediction of long-term treatment effect of group and online mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients. *Acta Oncol*. 2018 Oct;57(10):1293-1302. doi: 10.1080/0284186X.2018.1479071. Epub 2018 Jun 22. PMID: 29932784.

Compen F, Bisseling E, Schellekens M, Donders R, Carlson L, van der Lee M, Speckens A. Face-to-Face and Internet-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy Compared With Treatment as Usual in Reducing Psychological Distress in Patients With Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2018 Aug 10;36(23):2413-2421. doi: 10.1200/JCO.2017.76.5669. Epub 2018 Jun 28. PMID: 29953304.

Cramer H, Lauche R, Paul A, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer-a systematic review and meta-analysis. *Curr Oncol*. 2012 Oct;19(5):e343-52. doi: 10.3747/co.19.1016. PMID: 23144582; PMCID: PMC3457885.

Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018 Feb;59:52-60. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.011. Epub 2017 Nov 8. PMID: 29126747; PMCID: PMC5741505.

Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev*. 2015 Apr;37:1-12. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.006. Epub 2015 Jan 31. Erratum in: *Clin Psychol Rev*. 2016 Nov;49:119. PMID: 25689576.

Johannsen M, O'Connor M, O'Toole MS, Jensen AB, Højris I, Zachariae R. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Late Post-Treatment Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2016 Oct 1;34(28):3390-9. doi: 10.1200/JCO.2015.65.0770. Epub 2016 Jun 20. PMID: 27325850.

Latorraca COC, Martimbianco ALC, Pachito DV, Pacheco RL, Riera R. Mindfulness for palliative care patients. Systematic review. *Int J Clin Pract*. 2017 Dec;71(12). doi: 10.1111/ijcp.13034. Epub 2017 Nov 6. PMID: 29105910.

Lehto RH, Wyatt G, Sikorskii A, Tesnjak I, Kaufman VH. Home-based mindfulness therapy for lung cancer symptom management: a randomized feasibility trial. *Psychooncol*. 2015;24:1208-1212

Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Ramesar S, Park JY, Alinat C, Johnson-Mallard V, Moscoso M, Budhrani-Shani P, Miladinovic B, Jacobsen PB, Cox CE, Goodman M, Kip KE. Examination of Broad Symptom Improvement Resulting from Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*. 2016 Aug 20;34(24):2827-34. doi: 10.1200/JCO.2015.65.7874. Epub 2016 May 31. PMID: 27247219; PMCID: PMC5012660.

Lim MA, Ang BT, Lam CL, Loh EC, Zainuddin SI, Capelle DP, Ng CG, Lim PK, Khor PY, Lim JY, Huang SY, Low GQJ, Gan XY, Tan SB. The effect of 5-min mindfulness of love on suffering and spiritual quality of life of palliative care patients: A randomized controlled study. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021 Sep;30(5):e13456. doi: 10.1111/ecc.13456. Epub 2021 Apr 28. PMID: 33913192.

Look ML, Tan SB, Hong LL, et al. Symptom reduction in palliative care from single session mindful breathing: a randomized controlled trial. *BMJ Support Palliat Care*. 2020. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002382

Milbury K, Li Y, Durrani S, Liao Z, Tsao AS, Carmack C, Cohen L, Bruera E. A Mindfulness-Based Intervention as a Supportive Care Strategy for Patients with Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer and Their Spouses: Results of a Three-Arm Pilot Randomized Controlled Trial. *Oncologist*. 2020 Nov;25(11):e1794-e1802. doi: 10.1634/theoncologist.2020-0125. Epub 2020 Aug 17. PMID: 32621630; PMCID: PMC7648356.

Mularski RA, Munjas BA, Lorenz KA, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based therapy for dyspnea in chronic obstructive lung disease. *J Altern Complement Med*. 2009;15:1083-1090.

Ng CG, Lai KT, Tan SB, Sulaiman AH, Zainal NZ. The effect of 5 minutes of mindful breathing to the perception of distress and physiological responses in palliative care cancer patients: a randomized controlled study. *J Palliat Med*. 2016;19:917-924.

Piet J, Würtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2012 Dec;80(6):1007-20. doi: 10.1037/a0028329. Epub 2012 May 7. PMID: 22563637.

Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD, Mindfulness en cognitieve therapie bij depressie (2022), Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Schellekens MPJ, van den Hurk DGM, Prins JB, Donders ART, Molema J, Dekhuijzen R, van der Drift MA, Speckens AEM. Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicentre randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2017 Dec;26(12):2118-2126. doi: 10.1002/pon.4430. Epub 2017 Apr 26. PMID: 28337821.

Tsang SC, Mok ES, Lam SC, Lee JK. The benefit of mindfulness-based stress reduction to patients with terminal cancer. *J Clin Nurs*. 2012;21:2690-2696.

Van der Lee ML, Garssen B. Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psychooncology*. 2012 Mar;21(3):264-72. doi: 10.1002/pon.1890. Epub 2010 Dec 19. PMID: 22383268.

Zhang Q, Zhao H, Zheng Y. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on symptom variables and health-related quality of life in breast cancer patients-a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2019 Mar;27(3):771-781. doi: 10.1007/s00520-018-4570-x. Epub 2018 Nov 28. PMID: 30488223.

Ontspanningsoefeningen

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Inleiding

Ontspanningsoefeningen zijn gericht op het ontspannen van het lichaam en het kalmeren van de geest. Er zijn verschillende vormen, die ook gecombineerd kunnen worden. De meest gebruikte zijn:

- A. Adem oefeningen
- B. Spierontspannings-oefeningen
- C. Geleide visualisatie-oefeningen

Ad A. Adem oefeningen:

Adem oefeningen zijn gericht op het beïnvloeden van het ademhalingspatroon of de ademp frequentie. Een ontspannen ademhaling kenmerkt zich door een rustig en regelmatig patroon en het gebruik van met name de buikademhaling

Ad B. Spierontspannings-oefeningen:

Bij een spierontspanningsoefening worden spiergroepen systematisch beurtelings aangespannen en ontspannen. Zo wordt men zich bewust van gespannen spieren en leert men het verschil tussen gespannen en ontspannen spieren voelen.

Ad C. Geleide visualisatie-oefeningen:

Bij deze manier van ontspanning wordt gebruik gemaakt van mentale voorstellingen en het visualiseren van situaties die ontspanning bevorderen, bijvoorbeeld een plek waar men goede herinneringen aan heeft.

Een eenvoudige ademhalingsoefening duurt ongeveer 5 minuten; een geleide visualisatieoefening duurt meestal 10 à 20 minuten.

Uitvoering

Ontspanningsoefeningen lenen zich goed om door de patiënt zelf te worden uitgevoerd. Er zijn online veel gratis oefeningen beschikbaar via ziekenhuizen en andere betrouwbare organisaties, zoals:

1. Kanker.nl
 - <https://www.kanker.nl/gevolgen-van-kanker/complementaire-zorg-aanvullende-zorg-bij-kanker/wat-kun-je-zelf-doen-zelfzorg/ademhalingsoefeningen-bij-kanker>
 - <https://www.kanker.nl/gevolgen-van-kanker/complementaire-zorg-aanvullende-zorg-bij-kanker/wat-kun-je-zelf-doen-zelfzorg/geleide-visualisatie-bij-kanker>
 - <https://www.youtube.com/watch?v=zNecjeZJCCw> (progressieve spierontspanning)
2. Ingeborg Douwes Centrum
 - <https://www.ingeborgdouwescentrum.nl/clienten/volwassenen/ontspanningsoefeningen/>
3. Helen Dowling Instituut
 - <https://www.youtube.com/watch?v=9j2QqHQxXvM>
4. Netwerk Massage bij Kanker
 - https://www.youtube.com/watch?v=_s5MKBT1eSA&t=413s
5. Amsterdam School voor Imaginatie
 - <https://verbeeldingstoolkit.nl/audio-verbeeldingsoefeningen/> (audio)

Een voorbeeld van een ontspanningsoefening is te vinden in uitvoering Ontspanningsoefeningen.

Scholing om genoemde oefeningen uit te voeren:

Aanbevolen

☐ Uitvoering Ontspanningsoefeningen

Aandachtspunten

Als je een ontspanningsoefening adviseert, let dan op de volgende aandachtspunten:

- Bespreek met de patiënt wat voor type oefening hij prettig zou vinden, vraag waar hij eventueel ervaring mee heeft.
- Belangrijk is dat de patiënt zich prettig voelt bij de stem die de oefening spreekt en de woorden die gebruikt worden. Adviseer de patiënt om eerst een paar keer te luisteren alvorens de keuze te maken, zeker als deze nog niet bekend is met dit type oefeningen.
- Leg uit dat de oefeningen meer effect hebben als ze regelmatig gedaan worden.
- Controleer of de patiënt koptelefoon of 'oortjes' wil en kan gebruiken (zie Uitvoering Luisteren naar muziek)
- Zorg dat de patiënt comfortabel ligt of zit.
- Zorg ervoor dat de patiënt gedurende de duur van de oefening niet gestoord hoeft te worden.
- Vertel de patiënt dat het kan gebeuren dat hij delen van de tekst mist of in slaap valt.
- Benadruk dat hij de oefening niet goed of fout kan doen.
- Vraag of de patiënt het prettig vindt dat je na afloop nog even langskomt voor eventuele vragen of het delen van ervaringen.

Ontspanningsoefeningen kunnen ook live door de zorgverlener worden gegeven. Een korte eenvoudige adem oefening vind je hieronder. Voor het live geven van een geleide visualisatie is enige scholing en ervaring vereist.

Werkwijze

Om te kunnen ontspannen is een juiste manier van ademen nodig. Deze werkwijze beschrijft een voorbeeldinstructie van ontspanning via de adem. De beste manier is de buikademhaling. Vertel de patiënt dat deze het meeste effect heeft bij dagelijkse toepassing, liefst meerdere malen per dag. Begeleid de patiënt de eerste keer (en naar behoefte vaker) met onderstaande instructie. Spreek de instructie rustig en duidelijk uit met voldoende pauzes.

- Ga zo gemakkelijk mogelijk liggen.
- Doe je ogen dicht.
- Leg je handen op je buik; zo kun je goed voelen hoe je buik op en neer gaat.
- Adem in en voel dat je buik uitzet.
- Adem uit en voel met je handen dat je buik weer platter wordt.
- Adem in en tel in gedachten (eenentwintig twee-en-twintig enzovoort).
- Adem uit, en tel in gedachten even ver als bij het inademen.
- Neem een pauze die even lang duurt als het in- of uitademen; tel in gedachten.
- Begin dan weer met inademen en tellen; herhaal de oefening enige keren.
- Keer weer terug naar je normale ademritme en open langzaam je ogen.

Bron: Kanker.nl

Toepasbaarheid

Indicaties:

- Toepassing kan in alle situaties waarbij spanning en stress een rol spelen;
- pijn;
- angst;
- stress (management);
- depressie;
- stemmingsstoornissen;

- misselijkheid en braken;
- dyspneu.

Contra-indicaties:

- geen affiniteit met ontspanningsoefeningen;
- lage bloeddruk;
- hoge koorts, ijlen;
- acute, ernstige pijn;
- instructies niet kunnen begrijpen;
- verwardheid;
- psychose.

Contra-indicaties adem oefeningen:

- ascites;
- dyspneu;
- ernstige longklachten;
- als de adem oefeningen onrust geven.

Contra-indicaties geleide visualisatie:

- ernstige emotionele problemen;
- psychiatrische problemen in het verleden;
- hallucinaties;
- moeite met concentreren.

Overwegingen

Er bestaan meerdere systematische reviews naar zowel enkelvoudige als gecombineerde ontspanningsoefeningen bij mensen met kanker. Vrijwel alle betrokken studies zijn niet geblindeerd en de meesten zijn niet uitgevoerd in de palliatieve fase. Een systematische review naar geleide visualisatie [Roffe 2005] vond zes studies van lage kwaliteit, waarvan drie een positief effect op angst lieten zien rondom chemotherapie. Van twee andere studies was er geen verschil in effect op misselijkheid en braken ten opzichte van andere interventies. Een systematische review naar spierontspanning bij borstkankerpatiënten concludeert op basis van 13 studies met in totaal 1355 patiënten dat spierontspanning effectief is bij depressie en angst en dat het de kwaliteit van leven bevordert [Fang 2022].

Een systematische review naar de combinatie van geleide visualisatie en spierontspanning noemt zeven studies van over het algemeen goede kwaliteit die alle zeven meer of minder, maar wel positieve effecten laten zien bij borstkankerpatiënten op stemming, angst, depressie, misselijkheid en braken [Kapogiannis 2017]. Een andere systematische review met vijf studies die de twee interventies combineren laat een positief effect zien op stress en angst [Sinha 2021] ([zie Tabel C](#)).

De interventies zijn overigens niet in alle studies op dezelfde wijze toegepast. In de Amerikaanse klinische Richtlijn Complementaire Zorg bij Borstkanker [Greenlee 2017] worden ontspanningsoefeningen aanbevolen bij depressie en stemmingsstoornissen (niveau van bewijskracht A), waarbij overigens niet duidelijk is hoe vaak en hoe lang men de oefeningen moet doen voor een blijvend effect. Ook voor stressreductie worden ontspanningsoefeningen aanbevolen (niveau van bewijskracht B).

De richtlijn '[Pijn bij Patiënten met Kanker](#)' [2019] beveelt aan om bij pijn ontspanningsoefeningen te overwegen, al dan niet in combinatie met geleide visualisatie, als aanvulling op andere behandelingen van pijn, zeker als er sprake is van angst en spanning. Een latere systematische review en meta-analyse [Warth 2020] ([zie Tabel C](#)), waarin ook nieuwe studies zijn opgenomen, bevestigt dat ontspanningsoefeningen effectief zijn bij pijn in de palliatieve fase. Ook hierbij is overigens niet duidelijk hoe vaak en hoe lang men de oefeningen moet doen voor een blijvend effect.

De richtlijn '[Dyspneu in de Palliatieve Fase](#)' [2015] wijst op conflicterende resultaten wat betreft het effect van ontspanningsoefeningen bij een vergevorderd stadium van dyspneu. Voor mensen met kanker in de palliatieve fase kan geen uitspraak worden gedaan over het effect van ontspanningsoefeningen hoewel deze wel worden toegepast.

Referenties

Charalambous A, Giannakopoulou M, Bozas E, Marcou Y, Kitsios P, Paikousis L. Guided Imagery And Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial. *PLoS One*. 2016 Jun 24;11(6):e0156911. doi: 10.1371/journal.pone.0156911. PMID: 27341675; PMCID: PMC4920431

Chen SF, Wang HH, Yang HY, Chung UL. Effect of Relaxation With Guided Imagery on The Physical and Psychological Symptoms of Breast Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Iran Red Crescent Med J*. 2015 Nov 28;17(11):e31277. doi: 10.5812/ircnj.31277. PMID: 26734485; PMCID: PMC4698327.

Fang J, Yu C, Liu J, Mao X, Jia X, Luo J, Liu R. A systematic review and meta-analysis of the effects of muscle relaxation training vs. conventional nursing on the depression, anxiety and life quality of patients with breast cancer. *Transl Cancer Res*. 2022 Mar;11(3):548-558. doi: 10.21037/tcr-22-428. PMID: 35402172; PMCID: PMC8990220

Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, Johnson JA, Mumber M, Seely D, Zick SM, Boyce LM, Tripathy D. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 2017 May 6;67(3):194-232. doi: 10.3322/caac.21397. Epub 2017 Apr 24. PMID: 28436999; PMCID: PMC5892208.

Kapogiannis A, Tsoli S, Chrousos G. Investigating the Effects of the Progressive Muscle Relaxation-Guided Imagery Combination on Patients with Cancer Receiving Chemotherapy Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Explore (NY)*. 2018 Mar-Apr;14(2):137-143. doi: 10.1016/j.explore.2017.10.008. Epub 2017 Dec 21. PMID: 29506956.

Roffe L, Schmidt K, Ernst E. A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psychooncology*. 2005 Aug;14(8):607-17. doi: 10.1002/pon.889. PMID: 15651053.

Sinha MK, Barman A, Goyal M, Patra S. Progressive Muscle Relaxation and Guided Imagery in Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *Indian J Palliat Care*. 2021 Apr-Jun;27(2):336-344. doi: 10.25259/IJPC_136_21. Epub 2021 Aug 12. PMID: 34511805; PMCID: PMC8428887.

Walker LG, Walker MB, Ogston K, Heys SD, Ah-See AK, Miller ID, Hutcheon AW, Sarkar TK, Eremin O. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *Br J Cancer*. 1999 Apr;80(1-2):262-8. doi: 10.1038/sj.bjc.6690349. PMID: 10390006; PMCID: PMC2363003

Warth M, Zöller J, Köhler F, Aguilar-Raab C, Kessler J, Ditzen B. Psychosocial Interventions for Pain Management in Advanced Cancer Patients: a Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Oncol Rep*. 2020 Jan 21;22(1):3. doi: 10.1007/s11912-020-0870-7. Erratum in: *Curr Oncol Rep*. 2021 Apr 22;23(6):72. PMID: 31965361; PMCID: PMC8035102.

Yoo HJ, Ahn SH, Kim SB, Kim WK, Han OS. Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. *Support Care Cancer*. 2005 Oct;13(10):826-33. doi: 10.1007/s00520-005-0806-7. Epub 2005 Apr 23. PMID: 15856335

Richtlijn Pijn bij Patiënten met Kanker [internet] [Pijn bij patiënten met kanker - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](#) [bekeken 23-10-2022]

Richtlijn Dyspneu in de palliatieve fase [internet] [Ontspanningsoefeningen - Richtlijnen Palliatieve zorg \(palliaweb.nl\)](#) [bekeken 23-10-2022]

Lichaamsgerichte interventies

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Lichaamsgerichte interventies bestaat uit aanraking en lichte manipulatie van het lichaam om ontspanning en lichamelijke balans te bevorderen. De volgende interventies zijn beschreven in deze handreiking:

- Aquazorg (koele buikwassing, voetbad)
- Massage

Deze module is onderverdeeld in submodules en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken, klikt u in de linkerkolom op de submodule- en/of paragraaftitel.

Aquazorg

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Aquazorg – een term die is afgeleid van het bekendere ‘hydrotherapie’ – is als volgt gedefinieerd:

“De (verpleegkundige) toepassing van water bij verschillende temperaturen en in zijn verschillende toestanden om verlichting van symptomen, versterking van de eigen krachtbronnen en een toestand van comfort en welbevinden te bereiken” [Kerkhof 2016]. Hete of koude toedieningen met water zijn door de geleidingseigenschappen van water effectiever dan ‘droge’ warmte zoals die van een warmtedeken of kruik [Mooventhan 2014]. Zodra het lichaam via de thermoreceptoren in de huid waarneemt dat er sprake is van een verhoging of verlaging van de kerntemperatuur, komt onmiddellijk een respons op gang van het autonome zenuwstelsel. Diverse regelsystemen brengen de kerntemperatuur weer naar normaal terug. Deze werking wordt in de aquazorg gebruikt om fysiologische reacties op een temperatuurprikkel te doen ontstaan, die helpen te ontspannen en/of lichaamsfuncties te ondersteunen.

Overwegingen

In de review van Reger [2022] betroffen twee van de tien studies warme baden en warme voetbaden [Fujimoto 2017, Yamamoto 2011]. Fujimoto [2017] vond een significante afname van angst na een warm bad bij 20 patiënten met een terminaal stadium van kanker. Yamamoto [2011] vond een significante verbetering van pijn, comfort en ontspanning na een warm voetbad bij patiënten met een ongeneeslijke vorm van kanker; in de controle-arm (geen voetbad) werden geen veranderingen gevonden.

Twee andere studies uit de review van Reger betroffen het effect van aquazorg bij patiënten met gynaecologische maligniteiten die behandeld werden met chemotherapie. Yang [2010] vond minder vermoeidheid en minder slaapproblemen bij toepassing van warme voetbaden in vergelijking met geen warme voetbaden. Park [2015] vond een vergelijkbaar effect van warme voetbaden en voetmassage op chemotherapie-geïnduceerde neuropathie.

In een RCT van Akyuz Ozdemir [2021] bleken warme voetbaden met zout water effectief bij vermoeidheid bij patiënten die behandeld werden met chemotherapie. Uit een RCT van Emine [2022] bleek een positief effect van koude voetbaden op chemotherapie-geïnduceerde neuropathie en kwaliteit van leven; dit gold niet voor de groepen die warme voetbaden of geen voetbaden kregen.

Zie [Tabel F](#) voor details over bovengenoemde studies.

Koele buikwassing

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Inleiding

De koele buikwassing is een korte en milde interventie ter behandeling van obstipatie.

Wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit is er nog niet voor deze interventie. Uit een interviewstudie onder vijf patiënten bleken ze de interventie als effectief te ervaren [Rauw 2021]. Vanuit de praktijk worden positieve ervaringen genoemd voor de toepassing bij kinderen en volwassenen.

In enkele minuten kan de wassing met een koel, nat washandje op de onderbuik tussen navel en schaambeent, door een zorgverlener worden uitgevoerd. Patiënten kan ook geleerd worden de interventie zelf uit te voeren.

Uitvoering

De koele buikwassing is een korte en milde interventie die zeer effectief is bij vrijwel alle vormen van obstipatie.

Inventariseer vooraf of er aandoeningen of kenmerken bij de patiënt zijn waarbij deze interventie niet of slechts onder bepaalde voorwaarden toegepast mag worden;

Het protocol voor de uitvoering is met toelichting te downloaden op [de website van Kicozo](#).

Scholing om genoemde interventie uit te voeren:

Aanbevolen

Toepasbaarheid

Indicatie:

- obstipatie

Contra-indicaties koele buikwassing:

- acute urineweginfecties;
- acute buikinfecties;
- ernstige problemen met de thermoregulatie;
- huidletsels ter plaatse;
- ileus anders dan door obstipatie;
- koorts;
- vergevorderde ascites.

Aandachtspunten:

- werk rond een suprapubische katheter of stoma heen. Kies een andere interventie wanneer dit toch oncomfortabel blijkt
- overleg met verpleegkundige of behandelaar bij vragen of twijfels over de toepassing

Warme baden: voetbad

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Inleiding

Het voetbad is een ontspannende, doorbloeding bevorderende, rustgevende weldaad voor lichaam, geest en ziel.
NB: de patiënt dient ca. 10-20 minuten te kunnen zitten.

Uitvoering

Scholing om genoemde interventie uit te voeren:

Niet van toepassing

☐ Uitvoering Voetbad: 

Benodigdheden

- Een hoge of lage ruime voetbadkuip;
- Handdoeken;
- Schoon (kraan)water;
- Water thermometer of betrouwbare thermostaatkraan;
- Een rustige plek tijdens en na de interventie.

Werkwijze

- Inventariseer vooraf of er aandoeningen of kenmerken bij de patiënt zijn waarbij deze interventie niet of slechts onder bepaalde voorwaarden toegepast mag worden;
- Bespreek de verwachtingen met de patiënt;
- Geef uitleg over de duur van het voetbad en nazorg;
- Zorg voor privacy;
- Ondersteun de patiënt zo nodig bij het comfortabel zitten.;
- Ontbloot de voeten en eventueel onderbenen naar gelang wens en diepte van het voetbad;
- Zet het nog lege voetbad naast de voeten van de patiënt;
- Zorg voor de eventueel gewenste toevoeging, zoals badolie;
- Vul de kuip of teil tot op de kuit, c.q. enkels, met warm water van 36-37°C (of lager indien geadviseerd);
- Eventuele toevoeging nu erbij doen;
- Help de patiënt met de voeten in het water;
- Duur van het voetbad: 5-20 minuten, afhankelijk van doelen en toevoeging;
- Daarna goed afdrogen en kleding terug plaatsen;
- Naar bed of in comfortabele stoel helpen om 10-20 minuten na te rusten;
- Het water afvoeren;
- Beschrijf in het zorgdossier waarom, hoe en met welke frequentie de interventie is toegepast en het ervaren effect plus mogelijke aanpassingen.

Toevoegingen van essentiële oliën:

- Kies de bij deze toepassing geschikte olie.
- Voeg deze in de door deskundigen geadviseerde dosering toe aan een emulgator ([zie ook Aromazorg](#)).

Bijzonderheden

De frequentie en duur van de toepassing zijn afhankelijk van de doelen, de duur van het effect van de interventie en de wens van de patiënt.

Ga na in hoeverre bij de naasten de wens bestaat zelf de interventie uit te voeren. Deze kan de interventie ook aanleren wanneer hij

fysiek daartoe in staat is. Wanneer de patiënt hiermee akkoord gaat, maak dan afspraken over overdracht van kennis en vaardigheden en noteer dit in het zorgdossier.

Toepasbaarheid

Indicaties:

- slaapstoornissen;
- moeite om te ontspannen;
- chronisch koude voeten.

Contra-indicaties voetbad:

- gevorderde ascites;
- neiging tot (plotseling) stijgende lichaamstemperatuur;
- falend thermoregulatiesysteem;
- actieve reumatische of andere ontstekingsprocessen ter plaatse;
- neuropathie ter plaatse (monitor de warmte zorgvuldig);
- oedeem in de benen t.g.v. blokkades in de afvoer;
- bloedingen.

Referenties

Akyuz Ozdemir F, Can G. The effect of warm salt water foot bath on the management of chemotherapy-induced fatigue. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Jun;52:101954. doi: 10.1016/j.ejon.2021.101954.

Emine KE, Gulbeyaz C. The effect of salt-water bath in the management of treatment-related peripheral neuropathy in cancer patients receiving taxane and platinum-based treatment. *Explore (NY)*. 2022 May-Jun;18(3):347-356. doi: 10.1016/j.explore.2021.07.002.

Fujimoto S, Iwawaki Y, Takishita Y, Yamamoto Y, Murota M, Yoshioka S, Hayano A, Hosokawa T, Yamanaka R. Effects and safety of mechanical bathing as a complementary therapy for terminal stage cancer patients from the physiological and psychological perspective: a pilot study. *Jpn J Clin Oncol*. 2017 Nov 1;47(11):1066-1072. doi: 10.1093/jjco/hyx122. PMID: 28973425.

Kerkhof M. *Complementaire Zorg in de Palliatieve Zorgverlening*. Kicozo, 2016, ISBN 9789081767422.

Mooventhan A, Nivethitha L. Scientific evidence-based effects of hydrotherapy on various systems of the body. *N Am J Med Sci*. 2014;6[5]:199-209. doi:10.4103/1947-2714.132935.

Rauw M & Basten L. *Koele Buikwassing als complementaire interventie bij de behandeling van obstipatie (HBOV, HAN, 2021)*.

Reger M, Kutschan S, Freuding M, Schmidt T, Josfeld L, Huebner J. Water therapies (hydrotherapy, balneotherapy or aqua therapy) for patients with cancer: a systematic review. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2022 Jun;148(6):1277-1297. doi: 10.1007/s00432-022-03947-w.

Yamamoto K, Nagata S. Physiological and psychological evaluation of the wrapped warm footbath as a complementary nursing therapy to induce relaxation in hospitalized patients with incurable cancer: a pilot study. *Cancer Nurs*. 2011 May-Jun;34(3):185-92. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181fe4d2d.

Massage

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Inleiding

Massage is het stimuleren van de huid en de onderliggende weefsels met verschillende mate van manuele druk ter bevordering van pijnverlichting, ontspanning en/of circulatie [Van Praag Instituut]. De delen van het lichaam die – afhankelijk van de klachten, de voorkeuren en de fysieke mogelijkheden van de patiënt – goed gemasseerd kunnen worden zijn: handen, voeten, rug, nek, schouders en het gezicht. Massage verbetert de doorbloeding en geeft naast spierontspanning ook algehele ontspanning. Een gevoel van ontspanning kan al bereikt worden na een massage van 3 minuten met een optimaal effect na ongeveer 10 minuten.

Een patiënt moet de massage graag willen, en degene die de massage toepast moet zich er ook prettig bij voelen. Aandacht voor privacy en intimiteit is belangrijk. Massage kan worden toegepast door getrainde verpleegkundigen maar ook door getrainde naasten. Dit kan worden gecombineerd met de dagelijkse verzorging.

Een vorm van massage die vaak wordt toegepast is klassieke massage, met het gebruik van strijkingen en rustige ritmische druk op spieren en gewrichten. Massage kan al dan niet in combinatie met essentiële oliën worden toegepast ([zie Aromazorg](#)).

In deze module worden klassieke massage, hand- en/of voetmassage en buikmassage besproken. Bij hand- of voetmassage worden alleen de handen of de voeten gemasseerd. Het doel hiervan is om algemene ontspanning te bereiken. Buikmassage wordt toegepast ter behandeling van obstipatie. Manuele lymfedrainage i.v.m. lymfoedeem en reflexologie blijven hier buiten beschouwing omdat dit interventies zijn waarvoor specifieke expertise noodzakelijk is.

Uitvoering

Als voorbeeld wordt in de Uitvoering Massage na de algemene werkwijze bij een massage de voetmassage beschreven, waarvoor eenvoudige strijkbewegingen (effleurages) vanuit de klassieke massage te gebruiken zijn. De technieken die hierbij gebruikt worden en de opbouw van de massage kunnen ook gehanteerd worden bij de massage van de hand, het hoofd of de rug. Belangrijk is rekening te houden met de vitaliteit van de patiënt: hoe geringer de energie, hoe zachter de aanraking.

Scholing om genoemde interventie uit te voeren:

Aanbevolen

☐ Uitvoering Massage 

Hulpmiddelen

Een lotion of neutrale massageolie (bijv. amandelolie of witte sesamolie) kunnen worden gebruikt om de wrijving tijdens de massage te verminderen. Massage wordt ook vaak gecombineerd met een essentiële olie, waardoor mogelijk de werking van massage versterkt wordt (zie ook [Aromazorg](#)). Met diverse kussens en rollen kan de patiënt optimaal worden gepositioneerd. Soms wordt gebruik gemaakt van een warme handdoek om het gemasseerde oppervlak mee af te dekken na de massage.

Algemene werkwijze

- Informeer vooraf of de patiënt gemasseerd wil worden, waarom en voor welke doel(en) en wat de patiënt verwacht van de massage.
- Inventariseer of er allergieën zijn of kenmerken waarbij eventueel aanpassingen van de massage noodzakelijk zijn.
- Geef uitleg over het doel, de aard en het gebied van de massage.
- Zorg voor privacy tijdens de massage.
- Help de patiënt een comfortabele houding aan te nemen (zittend of liggend), en knellende kleding los te maken of te verwijderen.
- Bij massage van de voet: plaats een kussen onder de knieën van de patiënt en een opgerolde handdoek aan de achterzijde van het been net boven de hiel, zodat de voet vrij ligt.
- Bij massage van voet of hand: masseer bij voorkeur beide voeten/handen.
- Gebruik neutrale massageolie of lotion op lichaamstemperatuur; verdeel dit over beide handen. Het eventuele gebruik van

een essentiële olie dient aan te sluiten bij het doel van de massage. Verwarm de eigen handen tot op lichaamstemperatuur.

- Aandachtspunten voor de houding van de zorgverlener:
 - Zit rechtop met de voeten op de grond.
 - Adem enkele keren rustig in en uit voordat je begint.
 - Houd de schouders laag
- Masseer geconcentreerd in een rustig tempo en stem de druk af op de wens van de patiënt.
- Masseer gedurende 3-10 minuten (hand voor hand, voet voor voet).
- Observeer de algemene toestand en het comfort van de patiënt tijdens de massage.
- Beëindig de massage als de klachten toenemen of de patiënt aangeeft de massage niet prettig te vinden.
- Adviseer de patiënt na de massage nog even rust te nemen en dek het massagegebied af met een warme handdoek.
- Beschrijf in het zorgdossier waarom en hoe de interventie is toegepast en het door de patiënt ervaren effect.
- Stem de frequentie en de duur van de massage af op de klacht van de patiënt, de duur van het effect en de wens van de patiënt.
- Ga na of de naasten eventueel zelf de massage willen uitvoeren.
- Indien de naasten dat willen, en de patiënt hiermee akkoord gaat, noteer dit in het zorgdossier en maak dan afspraken over overdracht van kennis en vaardigheden.
- Waarborg de continuïteit van de behandeling door overdracht van kennis en vaardigheden aan collega's, andere betrokken zorgverleners en/of (indien gewenst) naasten.

Voetmassage

- Maak eerst contact met beide voeten: leg even je handpalm op de wreef van elke voet, en strijk zacht over de gehele voet.
- Omvat de hielen even en trek licht aan de hak om wat rek te geven.
- Wikkel nu de handdoek om de ene voet en masseer de andere voet.
- Draag de hiel/hak met je ene hand en pak met de andere één teen en beweeg deze zachtjes alsof je “nee” schudt; Draai de teen vervolgens 3x zachtjes en rustig (!) om zijn lengteas;
- Zet je handen aan weerszijden van de voet ter hoogte van de tenen. Beweeg ze nu heen en weer in tegengestelde richting tot de handwortel de enkels bereikt. Glij terug. Doe dit 3 keer.
- Omvat de hiel en trek eraan, rustig op het ritme van de ademhaling van de patiënt; bij de inademing trek je, bij de uitademing ontspan je; herhaal dit 3x.
- Geef zachte druk op het zonnevlechtpunt (voetzool). Geef druk bij de inademing en ontspanning bij de uitademing. Doe dit 3x.
- Blijf liefst met een hand contact houden. Neem nu wat van de olie/lotion op je hand, wrijf het even warm en verdeel het dan met rustige bewegingen over de gehele voet;
- Masseer met je hele hand en zachte strijkingen de gehele voet, hiel en enkelgewricht.
- Maak een kommetje met beide handen om de voet heen. Beweeg met de vingers aaneengesloten van de tenen naar de enkel met beide handen kruislings over de rug van de voet naar de enkel. De duimen (die je onder de voet houdt) bewegen passief mee.
- Zet dan beide duimen onder op de hak en beweeg ze kruislings over de voetzool naar de tenen toe, waarbij de vingers passief meebewegen op de rug van de voet. Herhaal dit 3x.
- Masseer zachtjes de zwemvliesjes (webjes) tussen de tenen even met telkens 3 kleine cirkeltjes.
- Houd met je ene hand de tenen lichtjes tegen. Gebruik de muis van je duim en wrijf rustig vanaf de tenen onder de voetzool naar de hiel. Doe dit 3x.
- Geef zachte strijkingen over de gehele voet.
- Leg een hand over de wreef en de andere hand via de hiel over de voetzool. Nu de voet in zijn geheel afstrijken vanaf het onderbeen naar de tenen. Zo voer je energie af.
- Dek hierna de voet af.
- Masseer de andere voet op dezelfde wijze.
- Omvat na het afstrijken van de tweede voet in alle rust de beide hielen.
- Trek ze voorzichtig naar je toe, houd drie tellen vast en laat weer rustig los; herhaal dit 3x.

Toepasbaarheid

Indicaties:

- pijn;
- misselijkheid;
- slaapproblemen;
- spanning en onrust;
- angst;
- depressie.

Indicatie buikmassage:

- obstipatie.

Contra-indicaties klassieke massage en hand- en voetmassage:

- extreme angst en/of ernstige onrust;
- toename van de klacht tijdens de massage;
- allodynie (pijn bij lichte aanraking van de huid)
- huiddefecten, metastasen, trombose, infuus e.d.

Wees terughoudend met massage bij:

- polyneuropathie van de te masseren ledemaat;
- lymfoedeem.

Overwegingen

Een literatuuronderzoek aan de hand van diverse reviews [Armstrong 2019, Boyd 2016, Candy 2020, Lee 2015, Lopez-Junior 2020, Shin 2016, Vira 2021, Zeng 2018] en een aanvullende (niet-systematische) literatuurschreef in PubMed over de periode 2020-2021 leverde 11 relevante gerandomiseerde studies, die verricht zijn bij patiënten in de palliatieve fase. Geen van de 11 studies was geblindeerd ([zie Tabel A](#))

Drie studies betroffen buikmassage [Dadura 2017, Lai 2011, Wang 2015], één studie handmassage [Kolcaba 2004], en zeven studies andere vormen van massage [Downey 2009, Jane 2011, Kutner 2008, Soden 2013, Toth 2013, Wilkie 2000, Williams 2005]. Het effect van klassieke en hand- of voetmassage werd onderzocht op verschillende uitkomstmaten: pijn, ontspanning, stemming, slapen, angst, comfort en kwaliteit van leven. Buikmassage werd onderzocht bij maligne ascites en bij obstipatie (al dan niet in combinatie met aromatherapie of fysiotherapie).

De helft van de studies met klassieke massage of handmassage liet een (vaak kortdurend) effect zien, voornamelijk op pijn. De [richtlijn ‘Pijn bij patiënten met kanker’](#) (www.palliaweb.nl) raadt massage aan voor een kortdurend verlichtend effect op pijn.

Een gunstig effect op obstipatie werd alleen gezien bij de combinatie van buikmassage en aromazorg. Een aantal gerandomiseerde studies in andere settings suggereren wel dat buikmassage alleen een gunstig effect kan hebben op obstipatie [Dehghan 2018, Huang 2015, McClurg 2016, Yildirim 2019].

De [richtlijn ‘Obstipatie in de palliatieve fase’](#) beveelt aan om buikmassage bij obstipatie te overwegen.

Referenties

Armstrong M, Flemming K, Kupeli N, Stone P, Wilkinson S, Candy B. Aromatherapy, massage and reflexology: A systematic review and thematic synthesis of the perspectives from people with palliative care needs. *Palliat Med.* 2019 Jul;33(7):757-769.

Boyd C, Crawford C, Paat CF, et al. The Impact of Massage Therapy on Function in Pain Populations-A Systematic Review and

Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials: Part II, Cancer Pain Populations. *Pain Med* 2016; 17: 1553-1568.

Candy B, Armstrong M, Flemming K, Kupeli N, Stone P, Vickerstaff V, Wilkinson S. The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: A systematic review. *Palliat Med*. 2020 Feb;34(2):179-194.

Dadura E, Stepień P, Iwanska D, Wojcik A. Effects of abdominal massage on constipation in palliative care patients – a pilot study. *Adv Rehabil* 2017; 31(4): 19-34.

Dehghan M, Fatehi Poor A, Mehdipoor R, Ahmadinejad M. Does abdominal massage improve gastrointestinal functions of intensive care patients with an endotracheal tube?: A randomized clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2018 Feb;30:122-128.

Downey L, Diehr P, Standish LJ, Patrick DL, Kozak L, Fisher D, Congdon S, Lafferty WE. Might massage or guided meditation provide "means to a better end"? Primary outcomes from an efficacy trial with patients at the end of life. *J Palliat Care*. 2009 Summer;25(2):100-8.

Huang TT, Yang SD, Tsai YH, Chin YF, Wang BH, Tsay PK. Effectiveness of individualised intervention on older residents with constipation in nursing home: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2015;23-24;3449–3458.

Jane SW, Chen SL, Wilkie DJ, et al. Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: a randomized clinical trial. *Pain* 2011; 152: 2432-42.

Kerkhof M, *Complementaire Zorg in de Palliatieve Zorgverlening, Integrative Care in Palliative Care*. 2016.

Kolcaba K, Dowd T, Steiner R, et al. Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. *J Hosp Palliat Nurs* 2004; 6(2): 91-102.

Kutner JS, Smith MC, Corbin L, et al. Massage therapy versus simple touch to improve pain and mood in patients with advanced cancer: a randomized trial. *Annals Int Med* 2008; 149: 369-79.

Lai TKT, Cheung MC, Lo CK et al. Effectiveness of aroma massage on advanced cancer patients with constipation: results of a pilot study. *Complement Ther Clin Pract* 2006; 12(2): 37-43.

Lee SH, Kim JY, Yeo S, et al. Meta-Analysis of Massage Therapy on Cancer Pain. *Integr Cancer Ther* 2015; 14: 297-304.

Lopes-Júnior LC, Rosa GS, Pessanha RM, Schuab SIPC, Nunes KZ, Amorim MHC. Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020 Sep 30;28:e3377.

McClurg D, Hagen S, Jamieson K, Dickinson L, Paul L, Cunningham A. Abdominal massage for the alleviation of symptoms of constipation in people with Parkinson's: a randomised controlled pilot study. *Age Ageing* 2016 Mar;45(2):299-303.

Van Praag Instituut. Available from: www.vanpraaginstituut.nl [Accessed 12th September 2022].

Shin ES, Seo KH, Lee SH, Jang JE, Jung YM, Kim MJ, Yeon JY. Massage with or without aromatherapy for symptom relief in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Jun 3;(6):CD009873.

Soden K, Vincent K, Craske S, et al. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliat Med* 2004; 18: 87-92.

Toth M, Marcantonio ER, Davis RB, et al. Massage therapy for patients with metastatic cancer: a pilot randomized controlled trial. *J Altern Complement Med* 2013; 19: 650-656.

Vira P, Samuel SR, Amaravadi SK, Saxena PP, Rai PV S, Kurian JR, Gururaj R. Role of Physiotherapy in Hospice Care of Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021 May;38(5):503-511.

Wang TJ, Wang HM, Yang TS, Jane SW, Huang TH, Wang CH, Lin YH. The effect of abdominal massage in reducing malignant ascites symptoms. *Res Nurs Health*. 2015 Feb;38(1):51-9.

Wilkie DJ, Campbell J, Cutshall S, et al. Effects of massage on pain intensity, analgesics and quality of life in patients with cancer pain: A pilot study of a randomized clinical trial conducted within hospice care delivery. *Hosp J* 2000; 15(3) :31–53.

Williams AL, Selwyn PA, Liberti L, Molde S, Njike VY, McCorkle R, Zelterman D, Katz DL. A randomized controlled trial of meditation and massage effects on quality of life in people with late-stage disease: a pilot study. *J Palliat Med*. 2005 Oct;8(5):939-52.

Yıldırım D, Can G, Köknal Talu G. The efficacy of abdominal massage in managing opioid-induced constipation. *Eur J Oncol Nurs*. 2019 Aug;41:110-119.

Zeng YS, Wang C, Ward KE, Hume AL. Complementary and Alternative Medicine in Hospice and Palliative Care: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Nov;56(5):781-794.e4.

Biologische interventies

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: IKNL

Bij biologische interventies wordt gebruik gemaakt van natuurlijke middelen. De volgende interventie is beschreven in deze handreiking

- Aromazorg

Deze module is onderverdeeld in submodules en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken, klikt u in de linkerkolom op de submodule- en/of paragraaftitel.

Aromazorg

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Inleiding

Aromazorg is een vorm van complementaire zorg met gebruikmaking van essentiële oliën, CO2-extracten of andere plantaardige grondstoffen. Essentiële oliën en CO2-extracten zijn sterk geconcentreerde, aromatische oliën, die gewonnen worden uit plantmateriaal, zoals lavendel, gember, sinaasappel en munt. CO2 extracten zijn vergelijkbaar met essentiële oliën maar zijn vaak iets dikker. In een huidtoepassing worden meestal doseringen van 0,5-3% gebruikt.

Hieronder worden toepassingen beschreven die in de palliatieve setting relatief gemakkelijk toegepast kunnen worden.

Uitvoering

Scholing om genoemde interventies uit te voeren:

Essentieel

☐ Uitvoering Aromazorg 

Eenvoudige toepassingen met essentiële oliën

Het is belangrijk om altijd een anamnese af te nemen en de keuze, bereiding en frequentie van inzetten van de toepassing daaraan aan te passen. Inventariseer vooraf of er aandoeningen of kenmerken bij de patiënt zijn waarbij deze interventie niet of slechts onder bepaalde voorwaarden toegepast mag worden;

Elke essentiële olie en CO2-extract heeft zijn eigen doseringsadvies. Bij gebruik op de huid worden essentiële oliën nooit puur c.q. onverdund gebruikt, maar in een laag percentage opgelost in een basisolie. Raadpleeg de gebruiksaanwijzing of literatuur voor het juiste percentage of dosering. Voorbeelden van basisoliën zijn amandelolie, sesamolie van wit ongeroosterd zaad en Calendula olie.

Schrijf het recept c.q. de bereidingswijze altijd zorgvuldig op. Evalueer het resultaat en rapporteer zorgvuldig. Aanpassingen kunnen nodig zijn.

We beschrijven de volgende aromatische toepassingen in/met:

- a. verdamping
- b. inhalatie
- c. bereiding huid- of massageolie
- d. lichaamsverzorging
- e. baden (incl. voet- en handbaden)
- f. kompressen

Ad a. verdampen

Verdamping kan via een tissue of geursteentje tot een elektrische diffuser, al dan niet gebruik makend van water in het apparaat. Breng allereerst het doel van de behandeling in kaart en de aandoeningen of kenmerken van de patiënt waarbij bepaalde geuren (beter) niet toegepast kunnen worden. Over het algemeen wordt geadviseerd met 1-2 druppels van de gekozen essentiële olie (of combinatie daarmee) te starten in de gemiddelde patiëntenkamer. Daarna kan naar gelang de uitwerking en wens bij-gedruppeld worden.

Ad b. inhalatie

Het inhaleren van essentiële oliën via inhaler of aromapatch geeft een directer en persoonlijker effect op de ontvanger. Inhaleren is bij juist gebruik veilig, heeft snel effect en biedt comfort [Aćimović 2021, Kerkhof 2020].

Uiteraard moeten van tevoren doel en toepassing in kaart worden gebracht.

Persoonlijke inhalers zijn vooral prettig omdat ze open en dicht gedraaid kunnen worden naar gelang de eigen wensen. Ze geven een

gevoel van eigen regie en controle over de situatie. Afhankelijk van de gekozen olie(en) kunnen de inhalers enkele weken tot maanden gebruikt worden.

Aromapatches vormen eveneens een praktische toedieningsweg. Aromapatches zijn absorberende viltjes waarin 1-3 druppels essentiële olie passen. De viltjes bevinden zich op een speciaal membraan dat met een siliconen kleeflaagje in de buurt van de neus van de ontvanger wordt aangebracht, meestal op de borstkas. Ze worden blanco verkocht, waardoor de eigen gekozen geur toegepast kan worden. Het is een praktische oplossing voor patiënten met een laag of afwezig bewustzijn, bij cognitieve of fysieke beperkingen die het begripsvermogen of de handfunctie beperken.

Aromapatches zijn een alternatief voor wattenbolletjes of tissues, die het risico op blootstelling aan pure essentiële olie op de huid, of kussen(sloop) met zich meebrengen.

Start met 1 druppel tegelijk van een geschikte olie en breng aan op de bovenkleding

Voor een eenvoudige inhalatie bij lichte misselijkheid voor volwassenen:

- Kies voor een combinatie van 40% gember CO2-total, 30% pepermunt EO, 20% lavendel EO en 10% sinaasappel EXP en meng de gewenste hoeveelheid in een pipetflesje van bijvoorbeeld 5ml.
- Druppel hiervan 1-2 druppels hiervan op een aromapatch (herhaal zo nodig elke 6-12 uur), of kies voor een inhaler:
- Een inhaler voor volwassenen bevat vaak in totaal 25 druppels essentiële olie of combinatie daarmee (mede afhankelijk van hoe lang de inhaler ongeveer gebruikt zal worden), met daaraan toegevoegd 3-4 druppels jojoba om de geur te stabiliseren.

Bij aromatische massage ([zie ook Uitvoering Massage](#)) wordt de essentiële olie toegevoegd aan een voor de patiënt geschikte basisolie, bijvoorbeeld amandelolie, sesamolie of andere basisolie.

Bijvoorbeeld 1% lavendel EO en 1% sinaasappel EXP in een ontspannende, angst en stemming verlichtende hand- en/of voetmassage.

Ad c bereiding huid- of massageolie

Kies een inhoudsmaat die aansluit op het doel. Af en toe een korte inwrijving vergt een andere inhoudsmaat dan een dagelijkse voet- en beenmassage. Een goede anamnese is onontbeerlijk.

Heel algemeen gezegd wordt voor massage voor volwassenen vaak een oplossing van tussen de 0, 5 en 3% gebruikt, d.w.z. ca. 10 tot 75 druppels op een flesje basisolie van 100ml, maar op lokale (pijn)plekken kunnen geschikte oliën hoger gedoseerd worden.

Raadpleeg vakliteratuur of een expert voor advies.

Een veelgebruikte inhoudsmaat is 30ml basisolie, waarin voor volwassenen ca. 4 - 23 druppels gedruppeld worden.

Etiketeer en zet altijd de bereidingsdatum en naam van de ontvanger op het flesje.

Een geurige massageolie kan de band tussen kind en ouder of andere naaste versterken. Eenvoudige massage kan door zorgverleners en naasten worden uitgevoerd mits zij goed geïnstrueerd zijn. Voor informatie over massage verwijzen we naar het deel Massage van deze handreiking

Ad d. lichaamsverzorging

Lichaamsverzorging is een laagdrempelige manier om met essentiële oliën te werken, of kan een aromatische aanvulling zijn als de patiënt te zwak is om massage te ondergaan of van een bad te genieten.

- Crème

Een goede ongeparfumeerde basiscrème kan goed met enkele druppels essentiële olie of als zodanig toepasbaar CO2-extract worden verrijkt.

Een voorbeeld van een crème voor een gevoelige en pijnlijke huid bij neuropathie voor volwassenen is: 3% ho-blad EO met 5% lavendel EO in een ongeparfumeerde crème.

- Huidgel

Aloe veragel (*Aloe barbadensis*, *A. vera*) is koelend, hydraterend en geschikt voor de branderig aanvoelende huid. 'Food grade' aloë veragel is sterk verzachtend en ideaal om als huidzorgmiddel dienst te doen. Deze gel kan ook in bad gebruikt worden. Gangbare inhoudsmaten zijn 30ml of 50ml. Er kunnen essentiële oliën aan toegevoegd worden. Bij voorkeur worden essentiële oliën eerst in minimaal eenzelfde percentage emulgator (zoals Solubol) gemengd en dan met de aloë veragel. Etiketeer en zet altijd de bereidingsdatum en naam van de ontvanger op het flesje of potje. Een kalmerende, koele jeuk- en pijnstillende huidgel voor

volwassenen maak je met 0,5% pepermunt EO en 0,5% ho-blad EO in aloë veragel.

Ad e. baden

In warm water zijn is vaak een grote weldaad en kan een ontspannend rustmoment zijn. We kunnen de warmte en omhulling van warm water aanvullen met aromatische oliën. De geuren die door de warmte nog beter vrijkomen worden benut via de huid maar ook via verdamping en geurbeleving. Er is altijd een professionele emulgator nodig om ze goed door het water te helpen verspreiden.

Koop een professioneel product en vermijd ongeschikte middelen zoals honing, zout of (koffie)melk. De hoeveelheid emulgator (dit kan ook een neutrale badolie zijn) die nodig is verschilt per soort emulgator. Het etiket van het product hoort daarvoor aanwijzingen te geven. Volg deze altijd op.

Een ontspannende badervaring voor een volwassene in een volbad kun je verrijken met bijvoorbeeld 6 druppels lavendel EO en 4 druppels ho-blad op 30ml goede emulgator, zoals neutrale badolie.

Ad f. kompressen

Hete kompressen kunnen ook worden verrijkt met essentiële olie. Bereid een inwrijfolie op basis van anamnese en doel, en wrijf deze in de huid van het gebied waar het kompres wordt aangelegd.

Een fijne ontspannende inwrijfolie voor stress (i.c.m. nekkompres) in 5ml sesamolie (van witte ongeroosterde zaden) maak je met 5-6 druppels lavendel EO.

Eerste hulp bij adverse reacties

Hier volgen enkele goede methoden om adequaat op probleemsituaties met (essentiële) oliën in te kunnen spelen:

- Bij onbedoelde inname direct zo veel als mogelijk slokken volvette melk, (koffie)room of vette plantenolie drinken! Nooit laten braken.
- Dep bij huidirritatie met ruime hoeveelheden vette plantenolie, zoals olijfolie of andere neutrale (bad)olie. Telkens opnieuw met verse plantenolie deppen tot de irritatie afneemt.*
- Gebruik essentiële olie nooit puur op de huid, slijmvliezen of (dicht in de buurt van) de ogen. Is irritatie opgetreden dan als volgt handelen:
 - dep met ruime hoeveelheden neutrale badolie of een emulgator, desnoods volvette melk of (koffie)room;
 - breng telkens, elke 5-10 minuten opnieuw aan tot de irritatie afneemt;
 - roep medische hulp in bij alle gevallen van ernstige irritatie, onwel of benauwd(er) worden of onbedoelde inname. Toon het flesje met etiket aan de hulpverleners.
- Wordt iemand onwel van de gekozen geur, dan als volgt handelen:
 - neem hem of haar dan zo mogelijk mee in een andere ruimte en/of bied voldoende frisse lucht;
 - herstelt de persoon zich niet of onvoldoende snel – binnen enkele minuten, breng deze dan in liggende positie met de benen iets omhoog
 - roep medische hulp in bij alle gevallen van ernstige irritatie, onwel of benauwd(er) worden of onbedoelde inname. Toon het flesje met etiket aan de hulpverleners.
- Treedt irritatie op van de luchtwegen omdat sommige oliën de luchtwegen irriteren, of bij onvoldoende zorgvuldigheid of een (onverwacht of snel) verslechteren van de patiënt met (een voorgeschiedenis van) astma, COPD of andere long- of luchtwegklachten tot benauwdheid of verergering kunnen leiden:
 - neem hem of haar dan zo mogelijk mee in een andere ruimte en/of bied voldoende frisse lucht;
 - laat hem of haar goed rechtop zitten om de ademhalings-houding te ondersteunen;
 - roep medische hulp in bij alle gevallen van ernstige irritatie, onwel of benauwd(er) worden of onbedoelde inname. Toon het flesje met etiket aan de hulpverleners.

Toepasbaarheid

Goed toepasbare essentiële oliën en hun beoogde effect zijn in tabel 1 weergegeven:

Tabel 1: Goed toepasbare essentiële oliën en hun beoogde effect

Voorbeelden van essentiële oliën	Beoogde effect
Lavendel EO (Lavandula angustifolia/Lavandula vera /Lavandula officinalis)	Ontspannend, rustgevend en pijnstillend
Gember CO2-total extract (Zingiber officinale)	Pijnstillend, vermindering van misselijkheid
Ho-Blad EO (Ho-Hout – Cinnamomum camphora ct. linalool)	Pijnstillend, ontstekingsremmend, antidepressief, ontspannend, kalmerend
Sinaasappel, Zoete EXP (Citrus sinensis)	Angst-reducerend, ontspannend, kalmerend, stemming verbeterend en spijsvertering-ondersteunend.
Pepermunt EO (Mentha piperita)	Verkwikkend en kalmerend, verkoelend

Indicaties van aromatherapie en de vorm waarin het toegepast kan worden voor de palliatieve zorg zijn in tabel 2 weergegeven:

Tabel 2: Indicaties en toepassingsvormen essentiële oliën.

Toepassing	Toepassingsvorm
Een prettige sfeer creëren;	verdamping
Stress, spanningen, onrust, agitatie, angst, dreigende paniek, somberheid, vermoeidheid, apathie	inhalatie, verdamping, visualisatie, aromatische massage
Isolement, eenzaamheid	aromatische massage
Slaapproblemen	inhalatie, aromatische massage,
Pijn	inhalatie, aromatische massage,
Benaauwdheid	inhalatie
Luchtweginfecties	inhalatie
Misselijkheid	inhalatie
Obstipatie	aromatische buikmassage, voetmassage
Circulatiestoornissen	aromatische massage, baden
Huidzorg	verzorgingsproducten
Mondzorg	verzorgingsproducten

Contra-indicaties aromatherapie:

- expliciete afkeer van bepaalde geuren;
- bij toepassing op de huid:
 - Overgevoeligheid voor bestanddelen;
 - Extreem gevoelige huid (bijv. tijdens of na bestraling);
- bij inhalatie (en soms verdamping):
 - Bij astmapatiënten (en soms ook bij COPD-patiënten) kunnen klachten verergeren bij het gebruik van essentiële oliën door verdamping of inhalatie.

Bepaalde oliën mogen niet gebruikt worden bij epilepsie of tijdens de zwangerschap. Raadpleeg goede vakliteratuur alvorens te starten. Daarin staat per olie gespecificeerd in welke gevallen het niet gebruikt kan worden.

Bij patiënten die bekend zijn met overgevoeligheid is een huidtest aanbevolen vóór gebruik van een essentiële olie. Breng een kleine hoeveelheid (in de toe te passen concentratie) aan in de elleboogplooi en bekijk na ca. 24 uur of een reactie is opgetreden.

Overwegingen

Tabel D beschrijft 11 gerandomiseerde studies tot 2020 bij mensen in de palliatieve fase (minimaal 50% van de onderzochte populatie) waarbij een vorm van aromazorg werd vergeleken met een andere interventie of standaardzorg (zie tabel D). Geen van de studies was geblindeerd.

Lai [2011] vond dat aromatische buikmassage een significant beter effect had op obstipatie in vergelijking met alleen massage of standaardzorg. Yildirim [2020] vond dat inhalatie van lavendelolie een significant beter effect had op de kwaliteit van de slaap dan de controlegroep zonder lavendel. In de andere negen studies werden geen significante effecten van aromazorg gevonden ten opzichte van controlegroepen.

Verder zijn zes systematische reviews, waarvan vier met een meta-analyse, gepubliceerd tussen 2019 en 2022 over het effect van aromazorg (inhalatie en/of aromamassage) bij mensen met kanker, zowel in de curatieve als in de palliatieve fase (zie tabel E); Farahani [2019] en Tonioli (2021) vonden bij de meeste studies positieve effecten van aromazorg op vermoeidheid, pijn, misselijkheid en braken, slaapproblemen, angst, depressie en kwaliteit van leven. Bij de meta-analyses werden significante effecten van aromazorg gevonden op slaapproblemen, kwaliteit van leven, maar niet op pijn [Li 2022-1]. De bevindingen t.a.v. misselijkheid, braken [Li 2022-1], angst (Hsu 2019, Li 2022-1 en 2022-2, Liu 2022) en depressie [Li 2022-1 en 2022-2, Liu 2022] liepen uiteen.

Referenties

Acimović, Milica. "Essential Oils: Inhalation Aromatherapy—A Comprehensive Review." *Journal of Agronomy, Technology and Engineering Management* 4.2 (2021): 547-557.

Barati F, Nasiri A, Akbari N, Sharifzadeh G. The Effect of Aromatherapy on Anxiety in Patients. *Nephrourol Mon.* 2016 Jul 31;8(5):e38347.

Barrera-Sandoval AM, Osorio E, Cardona-Gómez GP. Microglial-targeting induced by intranasal linalool during neurological protection postischemia. *Eur J Pharmacol.* 2019 Aug 15;857:172420. doi: 10.1016/j.ejphar.2019. 172420. Epub 2019 May 25.

Farahani MA, Afsargharehbagh R, Marandi F, Moradi M, Hashemi SM, Moghadam MP, Balouchi A. Effect of aromatherapy on cancer complications: A systematic review. *Complement Ther Med.* 2019 Dec;47:102169. doi: 10.1016/j.ctim.2019.08.003.

Goepfert M, Liebl P, Herth N, Ciarlo G, Buentzel J, Huebner J. Aroma oil therapy in palliative care: a pilot study with physiological parameters in conscious as well as unconscious patients. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2017 Oct;143(10):2123-2129.

Hsu CH, Chi CC, Chen PS, Wang SH, Tung TH, Wu SC. The effects of aromatherapy massage on improvement of anxiety among patients receiving palliative care: A systematic review of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore).* 2019 Mar;98(9):e14720.

Kerkhof M., *Klinische AromaZorg. Aromatherapie voor Zorg & Praktijk*, 2020, Kicozo. ISBN 9789081767460.

Lai TKT, Cheung MC, Lo CK, et al. Effectiveness of aroma massage on advanced cancer patients with constipation: a pilot study. *Complement Ther Clin Pract* 2011; 17(1): 37–43.nasiri.

Li F, Jiang T, Shi T. Effect of inhalation aromatherapy on physical and psychological problems in cancer patients: Systematic review and Meta-analysis. 2022;40(3):271-287. doi: 10.1080/07347332.2021.2011529.

Li D, Li Y, Bai X, Wang M, Yan J, Cao Y. The Effects of Aromatherapy on Anxiety and Depression in People With Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Public Health.* 2022 May 30;10:853056. doi: 10.3389/fpubh.2022.853056.

Liu T, Cheng H, Tian L, Zhang Y, Wang S, Lin L. Aromatherapy with inhalation can effectively improve the anxiety and depression of cancer patients: A meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry.* 2022 Jul-Aug;77:118-127. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2022.05.004.

Serfaty M, Wilkinson S, Freeman C, Mannix K, King M. The ToT study: helping with Touch or Talk (ToT): a pilot randomised controlled trial to examine the clinical effectiveness of aromatherapy massage versus cognitive behaviour therapy for emotional

distress in patients in cancer/palliative care. *Psychooncology*. 2012 May;21(5):563-9.

Soden K, Vincent K, Craske S, Lucas C, Ashley S. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliat Med*. 2004 Mar;18(2):87-92.

Toniolo J, Delaide V, Beloni P. Effectiveness of Inhaled Aromatherapy on Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Systematic Review. *J Altern Complement Med*. 2021 Dec;27(12):1058-1069. doi: 10.1089/acm.2021.0067.

Wilcock A, Manderson C, Weller R, Walker G, Carr D, Carey AM, Broadhurst D, Mew J, Ernst E. Does aromatherapy massage benefit patients with cancer attending a specialist palliative care day centre? *Palliat Med*. 2004 May;18(4):287-90.

Wilkinson S. Aromatherapy and massage in palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 1995 Jan 2;1(1):21-30.

Wilkinson S, Aldridge J, Salmon I, Cain E, Wilson B. An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. *Palliat Med*. 1999 Sep;13(5):409-17.

Yıldırım D, Kocatepe V, Can G, Sulu E, Akış H, Şahin G, Aktay E. The Effect of Lavender Oil on Sleep Quality and Vital Signs in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *Complement Med Res*. 2020;27(5):328-335.

Energetische interventies

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Energetische interventies is gericht op herstel van de energiebalans. De volgende interventie is beschreven in deze handreiking

- Therapeutic Touch en Healing Touch

Deze module is onderverdeeld in submodules en/of paragrafen. Om de inhoud te kunnen bekijken, klikt u in de linkerkolom op de submodule- en/of paragraaftitel.

Therapeutic Touch en Healing Touch

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Inleiding

Therapeutic touch (TT) en healing touch (HT) zijn verpleegkundige interventies die gebaseerd zijn op de gedachte dat de mens ook uit energie bestaat en dat deze energie bij ziekte uit balans is. De zorgverlener kan met het toepassen van HT of TT de energievelden (beter) in balans brengen met behulp van handbewegingen en lichte aanraking in combinatie met een intentie op de hele mens en innerlijke rust.

Therapeutic touch is in de Verenigde Staten rond 1975 ontwikkeld door Krieger en Kunz als generieke energetische interventie. Healing touch is in 1980 ontstaan toen Mentgen als aanvulling op TT meerdere energetische technieken uit verschillende tradities bijeenbracht in een programma. Zowel TT als HT zijn als verpleegkundige interventies opgenomen in de veel gebruikte classificatiesystemen NANDA (diagnoses) en de NIC (interventies). Dat geldt niet voor Reiki, een andere energetische interventie, die hier daarom niet besproken wordt.

Belangrijke elementen bij zowel TT als HT zijn de aandachtige houding en de intentie waarmee de zorgverlener de interventie uitvoert. Die aandachtige houding is een voorwaarde om verbinding te maken met de patiënt en diens energieveld. Vervolgens richt de zorgverlener haar of zijn intentie en compassie op de patiënt vanuit een holistische benadering [Monzillo 2011].

Uitvoering

TT en HT worden uitgevoerd door een zorgverlener of vrijwilliger die hiervoor een (voor verpleegkundigen geaccrediteerde) scholing hebben gevolgd (zie <https://www.venvn.nl/afdelingen/complementaire-zorg/agenda/>). Als voorbeeld worden de standaard TT interventie en HT voor ontspanning beschreven, zoals het in de meeste situaties gegeven kan worden, terwijl de patiënt zit of ligt. (zie Uitvoering Therapeutic Touch en Uitvoering Healing Touch). Belangrijk is vooral een comfortabele houding van de patiënt die zorgt voor optimale ontspanning.

Bij HT wordt afhankelijk van de klacht voor een specifieke techniek gekozen. Enkele eenvoudige HT-technieken zijn na goede instructie over te dragen aan de patiënt zelf of de mantelzorger. HT duurt, afhankelijk van de gekozen techniek, 4-45 minuten. Meer informatie is te vinden op www.healingtouchbenelux.com.

Er is ook een in de praktijk ontwikkelde TT-interventie voor de stervensfase (zie uitvoering Therapeutic Touch (TT) voor de stervensfase). Deze kan na goede instructie ook door mantelzorgers of vrijwilligers worden toegepast. TT duurt 7-10 minuten. Meer informatie is te vinden op www.therapeutictouch.nl.

Scholing om genoemde interventies uit te voeren:

Sterk aanbevolen

- Na het volgen van de 5-daagse Basiscursus Therapeutic Touch kun je deze interventie toepassen in je werk, zowel voor ontspanning als voor symptoommanagement.
- Na het volgen van de 5-daagse Basiscursus Energetische Zorg heb je voldoende kennis om Healing Touch toe te kunnen passen op je werk.

☐ Uitvoering Therapeutic Touch (TT)

Algemene werkwijze TT

- Informeer vooraf waarom en voor welke klacht(en) de patiënt TT wil ontvangen, en welke verwachtingen hij of zij heeft.
- Leg uit wat je gaat doen.
- Vertel dat de patiënt zelf altijd kan aangeven te willen stoppen.
- Zorg voor privacy en een rustige omgeving.
- Help de patiënt een comfortabele houding aan te nemen, zoals ontspannen liggen of zitten, en knellende kleding los te

maken.

- Vraag of de patiënt de ogen dicht wil doen om beter te kunnen ontspannen.
- Let goed op je eigen houding met zo weinig mogelijk spanning in je lichaam.
- Voer vervolgens de vijf stappen van TT uit:
 - Stap 1: centeren (voorbereiding).
 - Zorg dat je goed in balans staat, laat je adem tot rust komen en richt je aandacht op het moment.
 - Maak vervolgens verbinding met de patiënt door zacht je handen op diens schouders te leggen.
 - Zorg dat je gedurende de volgende stappen gecenterd blijft.
 - Stap 2: aftasten (verzamelen van informatie).
 - Omdat de aanname is dat energie bij een gezonde persoon altijd in beweging is, probeer je met je handen waar te nemen waar de energie gestagneerd is.
 - Dit doe je door rustige aftastende bewegingen te maken op ongeveer 5 cm van het lichaam, van boven naar beneden, aan de voor- en achterkant.
 - Als de patiënt ligt, dan tast je alleen de voorkant van het lichaam af, zodat de patiënt zich niet onnodig hoeft in te spannen met draaien.
 - Stap 3: harmoniseren (interventie).
 - Hierbij richt je je intentie op een vrijere beweging van de energie, terwijl je langs het lichaam van de patiënt rustige strijkende bewegingen met je handen maakt, van boven naar beneden, aan de voor- en achterkant.
 - Je kunt daarbij eventueel de rug en de onderbenen en voeten aanraken.
 - Stap 4: activeren (interventie).
 - Na het harmoniseren dat als doel heeft dat de energie weer beter gaat stromen, kun je het lichaam van de patiënt activeren om zelf weer meer energie op te nemen.
 - Dit doe je door een hand op de rug te leggen, met de intentie dat het lichaam zelf extra energie kan opnemen.
 - Met je andere hand zorg je aan de buikzijde voor een goede doorstroming door je hand een aantal keer rustig voor langs de benen naar beneden te bewegen.
 - Deze stap sla je over als je 's avonds TT geeft of als de patiënt zeer zwak is.
 - Stap 5: afronden (evaluatie).
 - Eventueel tast je het energieveld nog een keer af.
 - Als de patiënt ontspannen is, maak je met je handen een ononderbroken rustige afrondende beweging beginnend boven het hoofd naar de benen/voeten, met de intentie dat het de patiënt goed gaat. Je raakt vervolgens licht de schouders aan, zodat de patiënt weet dat je klaar bent.
- Observeer tijdens de interventie de algemene toestand en het comfort van de patiënt.
- Adviseer de patiënt om na de interventie even rust te nemen en water te drinken.
- Beschrijf in het zorgdossier waarom en hoe de interventie is toegepast, en welk effect werd ervaren c.q. geobserveerd.

TT voor de stervensfase

- Informeer vooraf waarom en voor welke klacht(en) de patiënt TT wil ontvangen, en welke verwachtingen hij of zij heeft.
- Leg uit wat je gaat doen.
- Vertel dat de patiënt zelf altijd kan aangeven te willen stoppen.
- Zorg voor privacy en een rustige omgeving.
- Help de patiënt een comfortabele houding aan te nemen, zoals ontspannen liggen of zitten, en knellende kleding los te maken.
- Vraag of de patiënt de ogen dicht wil doen om beter te kunnen ontspannen.
- Let goed op je eigen houding met zo weinig mogelijk spanning in je lichaam.
 - Stap 1: centeren
 - Stap 2: aftasten vervang je door het vasthouden van voeten en handen
 - Begin met het vasthouden van een voetzool tegen de palm van je hand aan, de andere hand over de bovenvoet heen.
 - Houdt de voet tenminste 1 minuut vast en open vervolgens rustig je handen terwijl je als het ware alle onrust uit de voetzool trekt.
 - Vervolgens houd je de andere voet op dezelfde manier vast.

- Ga naast de persoon staan of op een stoel zitten en neem diens hand in jouw handen, de palmen tegen elkaar en de duimen als een slot over elkaar, de andere hand over de rug van de rustende hand.
- Houd de hand 1 minuut vast, open je hand dan langzaam en neem als het ware alle overtollige energie en spanning mee.
- Volg dezelfde stappen met de andere hand.
- Stap 3: harmoniseren
 - Vervolgens maak je een rustige, ononderbroken strijkbeweging op ongeveer 10-15 centimeter boven het lichaam, beginnend net boven het hoofd tot aan de voeten, van boven naar beneden. Bij de voeten aangekomen trek je als het ware met allebei de handen de overtollige energie eruit (alsof je een sok uittrekt).
 - De beweging van boven naar beneden kun je een aantal keren herhalen.
- Stap 4: activeren vervang je door de hand-hart verbinding
 - Om TT af te ronden ga je terug naar de linkerhand (verbinding met het hart), neemt deze in jouw handen, in de gesloten duim positie.
 - Laat met behulp van je intentie energie vanuit jouw handen naar het hart van de patiënt gaan.
 - Eventueel kun je de hand van de patiënt nog zacht en behoedzaam op diens hart leggen en je eigen hand daarover heen.
- Stap 5: afronden
 - Na enkele minuten leg je zacht de hand terug naast het lichaam en laat je de hand voorzichtig los.
 - Rond in gedachten af of gebruik het toedekken van de patiënt als afronding
- Observeer tijdens de interventie de algemene toestand en het comfort van de patiënt.
- Adviseer de patiënt om na de interventie even rust te nemen en water te drinken.
- Beschrijf in het zorgdossier waarom en hoe de interventie is toegepast, en welk effect werd ervaren c.q. geobserveerd.

NOOT: TT voor de stervensfase kan ook na goede instructie aan naasten geleerd worden.

☐ Uitvoering Healing Touch (HT)

Algemene werkwijze HT

Deze algemene werkwijze is voor ontspanning (Glymphatic System Support 6-steps (GSS)).

- Informeer vooraf waarom en voor welke klacht(en) de patiënt HT wil ontvangen, en welke verwachtingen hij of zij heeft.
- Leg uit wat je gaat doen.
- Vertel dat de patiënt zelf altijd kan aangeven te willen stoppen.
- Zorg voor privacy en een rustige omgeving.
- Help de patiënt een comfortabele houding aan te nemen, zoals ontspannen liggen of zitten, en knellende kleding los te maken.
- Vraag of de patiënt de ogen dicht wil doen om beter te kunnen ontspannen.
- Let goed op je eigen houding met zo weinig mogelijk spanning in je lichaam.

Voer vervolgens de stappen voor de GSS uit:

- Stap 1: centeren (voorbereiding). Zorg dat je goed in balans staat, laat je adem tot rust komen en richt je aandacht op het moment. Maak vervolgens verbinding met de patiënt door zacht je handen op diens schouders te leggen. Zorg dat je gedurende de volgende stappen gecenterd blijft.
- Stap 2: De 6 stappen van de GSS. Zorg ervoor dat je tijdens de handeling de juiste intentie blijft sturen. Elke handpositie duurt 1 tot 1,5 minuut.
 1. Plaats je handpalmen onderaan de schedelrand en bedek de schedelrand.
 2. Houd één handpalm op de schedelrand en plaats één handpalm op het voorhoofd.
 3. Vorm kommen met je handpalmen en plaats deze voorzichtig op het voorhoofd en de ogen.
 4. Plaats je handpalmen op de kruin.
 5. Plaats je handpalmen op de slapen met je vingers richting de ogen.
 6. Plaats je handpalmen op de oren en zijkant van de nek.
- Stap 3: Leg je handen zacht op de schouders van de patiënt en geeft aan dat de interventie is afgelopen. Je geeft de patiënt

de tijd en ruimte om in het hier en nu te komen. Vervolgens strijk je met je handen vanaf de knieën naar de voeten om de patiënt te aarden.

- Observeer tijdens de interventie de algemene toestand en het comfort van de patiënt.
- Adviseer de patiënt om na de interventie even rust te nemen en water te drinken.
- Beschrijf in het zorgdossier waarom en hoe de interventie is toegepast, en welk effect werd ervaren c.q. geobserveerd.

NOOT: Het is mogelijk om deze interventie aan de mantelzorger te leren. Op de website van Healing Touch Benelux staat een filmpje met uitleg over [GlymPhatic System Support](#)

Toepasbaarheid

Indicaties:

- pijn;
- angst;
- vermoeidheid;
- depressie;
- slaapproblemen;
- onrust bij dementie.

Contra-indicaties TT en HT:

- als de patiënt weerstand heeft tegen de interventie;
- delier.

Overwegingen

Het menselijk energieveld is een concept dat afwijkt van het dominante biomedische paradigma [Matos 2021]. De aanname dat het bestaat sluit echter wel aan bij enkele behandelwijzen, zoals de traditionele Chinese geneeskunde. Ook in verpleegkundige theorieën wordt dit concept beschreven, zoals in de Science of Unitary Human Beings [Rogers 1989, Malinski 2006]. Rogers gaat ervan uit dat de relatie tussen mens en omgeving bestaat uit een voortdurende uitwisseling van energie en informatie. De theorie van de Science of Human Caring beschrijft het energieveld als fundamenteel voor de zorgrelatie [Watson 2008]. In een verpleegkundige conceptanalyse wordt een energieveld dat in balans is gedefinieerd door beweging ('flow'), ritme, symmetrie en lichte vibratie [Shields 2017].

Er zijn weinig gerandomiseerde studies naar TT en HT in de palliatieve fase. De studies die er zijn betreffen vaak kleine aantallen patiënten en zijn van lage methodologische kwaliteit, zoals van Giasson [1998] waarin 20 patiënten in de palliatieve fase na drie TT interventies een verbetering van welbevinden (op basis van symptomen als pijn, misselijkheid en angst) lieten zien. Ünal Aslan [2022] vond bij patiënten op een palliatieve unit een verbetering van ervaren spiritualiteit en slaapkwaliteit na TT ten opzichte van standaardzorg.

In de meeste studies ontbreken protocollen en/of gestandaardiseerde rapportage waardoor onduidelijk is hoe de interventie is toegepast (Coakley 2012). Soms is de onderzoeker tevens degene die zowel de interventie als de placebo-interventie geeft (Giasson 1998, Aghabati 2008, Tabatabaee 2016). Er zijn geen studies bij andere patiëntgroepen waaruit blijkt dat TT en HT bijwerkingen hebben of niet goed zijn te combineren met standaardzorg.

In een review includeerde Gonella [2014] één gerandomiseerde studie naar TT en drie naar HT. Deze betroffen 458 patiënten met verschillende soorten kanker, in verschillende stadia. Geen van de studies was geblindeerd. TT gaf een significante vermindering van pijn en vermoeidheid ten opzichte van pseudo-TT en standaardzorg [Aghabati 2008]. HT liet geen overall effect zien op kwaliteit van leven [Cook 2004, Lutgendorf 2010], wel een significante vermindering van depressieve gevoelens [Lutgendorf 2010]. HT gaf bij patiënten met kanker als onmiddellijke post-interventie effecten een significante afname in bloeddruk en pijn en na 4 weken een afname in stemmingsstoornissen en vermoeidheid, met meer innerlijke rust en beter inslapen, maar had geen invloed op misselijkheid en het gebruik van anti-emetica [Post-White 2003].

Andere gerandomiseerde studies bij patiënten met kanker laten een afname van depressieve gevoelens na HT zien [Hart 2011], minder pijn en beter slapen na TT [Tabatabaee 2016], en minder misselijkheid na TT [Matourypour 2016], maar geen vermindering van vermoeidheid van HT na radiotherapie bij borstkanker [FitzHenry 2013].

Referenties

Aghabati N, Mohammadi E, Pour Esmail Z. The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2008 Sep;7(3):375-81. doi: 10.1093/ecam/nen006. Epub 2008 Feb 2. PMID: 18955319; PMCID: PMC2887328.

Coakley AB, Barron AM. Energy therapies in oncology nursing. *Semin Oncol Nurs*. 2012 Feb;28(1):55-63. doi: 10.1016/j.soncn.2011.11.006. PMID: 22281310.

Cook CA, Guerrero JF, Slater VE. Healing touch and quality of life in women receiving radiation treatment for cancer: a randomized controlled trial. *Altern Ther Health Med*. 2004 May-Jun;10(3):34-41. PMID: 15154151.

Dossey L. The Royal Touch: A Look at Healing in Times Past. *Explor. J. Sci. Heal*. 2013;9:121-127. doi: 10.1016/j.explore.2013.03.001.

FitzHenry F, Wells N, Slater V, Dietrich MS, Wisawatapnimit P, Chakravarthy AB. A randomized placebo-controlled pilot study of the impact of healing touch on fatigue in breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Integr Cancer Ther*. 2014 Mar;13(2):105-13. doi: 10.1177/1534735413503545. Epub 2013 Oct 7. PMID: 24105358.

Giasson M, Bouchard L. Effect of therapeutic touch on the well-being of persons with terminal cancer. *J Holist Nurs*. 1998 Sep;16(3):383-98. doi: 10.1177/089801019801600307. PMID: 9849260.

Gonella S, Garrino L, Dimonte V. Biofield therapies and cancer-related symptoms: a review. *Clin J Oncol Nurs*. 2014 Oct;18(5):568-76. doi: 10.1188/14.CJON.568-576. PMID: 25253110.

Hart LK, Freel MI, Haylock PJ, Lutgendorf SK. The use of healing touch in integrative oncology. *Clin J Oncol Nurs*. 2011 Oct;15(5):519-25. doi: 10.1188/11.CJON.519-525. PMID: 21951738; PMCID: PMC3907587.

Lutgendorf SK, Mullen-Houser E, Russell D, Degeest K, Jacobson G, Hart L, Bender D, Anderson B, Buekers TE, Goodheart MJ, Antoni MH, Sood AK, Lubaroff DM. Preservation of immune function in cervical cancer patients during chemoradiation using a novel integrative approach. *Brain Behav Immun*. 2010 Nov;24(8):1231-40. doi: 10.1016/j.bbi.2010.06.014. Epub 2010 Jun 30. PMID: 20600809; PMCID: PMC3010350.

Matos LC, Machado JP, Monteiro FJ, Greten HJ. Perspectives, Measurability and Effects of Non-Contact Biofield-Based Practices: A Narrative Review of Quantitative Research. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6397. Published 2021 Jun 13. doi:10.3390/ijerph18126397.

Malinski VM. Rogerian science-based nursing theories. *Nurs Sci Q*. 2006 Jan;19(1):7-12; discussion 6. doi: 10.1177/0894318405284116. PMID: 16407593.

Matourypour P, Vanaki Z, Zare Z, Mehrzad V, Dehghan M, Ranjbaran M. Investigating the effect of therapeutic touch on the intensity of acute chemotherapy-induced vomiting in breast cancer women under chemotherapy. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016 May-Jun;21(3):255-60. doi: 10.4103/1735-9066.180373. PMID: 27186202; PMCID: PMC4857659.

Monzillo E, Gronowicz G. New Insights on Therapeutic Touch: A Discussion of Experimental Methodology and Design That Resulted in Significant Effects on Normal Human Cells and Osteosarcoma. *Explor. J. Sci. Heal*. 2011;7:44-51. doi: 10.1016/j.explore.2010.10.001.

Post-White J, Kinney ME, Savik K, Gau JB, Wilcox C, Lerner I. Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther*. 2003 Dec;2(4):332-44. doi: 10.1177/1534735403259064. PMID: 14713325.

Rogers, M. E. (1989). *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia: F. A. Davis.

Shields D, Fuller A, Resnicoff M, Butcher HK, Frisch N. Human Energy Field: A Concept Analysis. *J Holist Nurs*. 2017 Dec;35(4):352-368. doi: 10.1177/0898010116678709. Epub 2016 Nov 23. PMID: 27881613.

Tabatabaee A, Tafreshi MZ, Rassouli M, Aledavood SA, AlaviMajd H, Farahmand SK. Effect of Therapeutic Touch on Pain Related Parameters in Patients with Cancer: a Randomized Clinical Trial. *Mater Sociomed*. 2016 Jun;28(3):220-3. doi: 10.5455/msm.2016.28.220-223. Epub 2016 Jun 1. PMID: 27482166; PMCID: PMC4949034.

Ünal Aslan KS, Çetinkaya F. The effects of therapeutic touch on spiritual care and sleep quality in patients receiving palliative care. *Perspect Psychiatr Care*. 2022 Jan;58(1):374-382. doi: 10.1111/ppc.12801. Epub 2021 Apr 16. PMID: 33861467.

Watson, J. (2008). *Nursing The Philosophy and Science of Caring* New Revised & Updated Edition. Boulder: University Press of Colorado.

Woods DL, Craven RF, Whitney J. The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Altern Ther Health Med*. 2005 Jan-Feb;11(1):66-74. PMID: 15712768.

Bijlagen

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: IKNL

Tabel A - Massage

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Tabel A. Gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) waarbij **massage** (inclusief hand- of voetmassage en buikmassage) is vergeleken met een behandeling zonder massage of een andere interventie

Studie	Patiënten	N	Vergelijking	Uitkomstmaten	Uitkomst
Downey 2009 ¹ (VS)	Palliatieve zorg patiënten (thuis/ hospice)	167	Massage rug/nek vs meditatie vs friendly visits 2x/week tot overlijden Door: massage-therapeuten	Pijn en KvL, wekelijks	Geen verschillen in pijn en KvL tussen massage, meditatie en friendly visits
Jane 2011 ^{1,4,5,6,8} (Taiwan)	Botmeta-stases (oncologie-afdeling)	72	Lichaamsmassage vs social attention (3x in 3-4 dg) Door: getrainde verpleegkundigen	Pijn, stemming (na 20 min), ontspanning en slaap (na 16-18 uur), direct na iedere interventie	Op vrijwel alle dagen: in de massagegroep significant minder pijn, betere stemming en meer ontspanning na de massage dan bij social attention. Geen verschillen in slaap
Kolcaba 2004 ¹ (VS)	Hospice patiënten	31	Handmassage vs usual care (2x/week ged. 3 weken) Door: getrainde verpleegkundigen	Comfort en symptom distress, wekelijks ged. 3 weken	Geen significante verschillen in comfort en symptom distress in de loop van de tijd, en tussen beide groepen op alle meetmomenten
Kutner 2008 ^{1,2,3,5,8} (VS)	Advanced cancer en pijnscore >4 (hospice)	348	Massage op plaats van voorkeur vs simple touch (6x in 2 wk) Door: ervaren massagetherapeuten	Pijn, stemming, symptom distress en KvL en, direct na de interventie en wekelijks	Gemiddeld verschil pijnscore direct na massage -0,90 (p<0.001), enkele dagen later NS. Gemiddeld verschil stemming direct na massage 0,61 (p<0.001), enkele dagen later NS. Geen verschillen in symptom distress of KvL.

Soden 2013 ^{1,2,3,4,5,6,8} (Engeland)	Advanced cancer (palliatieve zorg- instelling)	42	Rugmassage vs aromatherapie (1x/wk in 4 wk) vs usual care Door: therapeuten	Pijn, slapen, angst, depressie, symptom distress en KvL, iedere week	Geen significante verandering t.o.v. baseline van pijn, slapen, angst en symptom distress direct na rugmassage of aromatherapie en na 4 weken. Significante afname van depressie direct na rugmassage in week 2 en 4
Toth 2013 ^{1,4,5,6,8} (VS)	Advanced cancer (thuis)	39	Massage op plaats van voorkeur vs no touch vs usual care (3x in 1 wk) Door: massage- therapeuten	Pijn, angst, slaap en KvL, direct na laatste interventie en 3 weken later	Geen significante verschillen tussen de drie groepen in pijn, angst en slaap na 1 wk en 1 mnd. Significant verschil in KvL na 1 wk, maar niet na 1 maand
Wilkie 2000 ^{1,3,4,5,6,7,8}	Advanced cancer (thuis of verpleeghuis)	28	Lichaamsmassage (2x/wk in 2 wk) vs usual care Door: massagetherapeuten	Pijn en KvL, direct na interventie en 3 dagen na vierde interventie	Significante afname van pijn na 1e en 3e massage Geen verschil in pijn en KvL tussen beide groepen na 4e interventie

Williams 2005 ^{1,3,5} (VS)	AIDS in de laatste levensfase	58	Lokale massage (bovenste lichaamshelft of hand of voet of gezicht en hoofd) vs meditatie vs combinatie vs standaardzorg, dagelijks ged. 5 dagen ged. 4 weken Door: massage-therapeut	KvL en trans- cendentie, direct na 8 en 68 weken	Geen verandering t.o.v. baseline van KvL en transcendentie na 8 en 68 weken bij massage, meditatie en standaardzorg. Significante verbetering van KvL en transcendentie na 8 en 68 weken t.o.v. baseline bij de gecombineerde interventie. Significante verbetering van KvL en transcendentie na 8 en 68 weken tussen gecombineerde interventie en alle andere groepen
Dadura 2017 ¹ (Polen)	Palliatieve zorg patiënten met obstipatie (palliatieve zorg- instelling)	18	Buikmassage + fysiotherapie vs fysiotherapie (7 dagen achter elkaar), Door: fysiotherapeut	Obstipatie, 1x/week ged. 8 weken	Geen significant verschil in obstipatie bij buikmassage
Lai 2011 ¹ (Hong Kong)	Advanced cancer met obstipatie (oncologie- afdeling)	45	Buikmassage vs aroma- buikmassage vs usual care (5 dagen achter elkaar) Door: getrainde verpleegkundigen en aroma-therapeut	Obstipatie, KvL, direct na laatste interventie	Significante verbetering van obstipatie en KvL in de loop van de tijd alleen in aroma- buikmassage-groep, niet bij buikmassage of usual care. Significante verschillen in obstipatie en KvL tussen aroma- massage, massage en usual care

Wang 2015 ⁴ (Taiwan)	Patiënten met maligne ascites (oncologie/MDL-afdeling)	80	Buikmassage vs social interaction contact 2x daags gedurende 3 dagen Door: getrainde verpleegkundige	11 items van de ESAS, baseline en iedere ochtend van de dag na de buikmassage	Significant minder opgeblazen gevoel, depressie, angst en onwelbevinden bij buikmassage. Geen significante verschillen in pijn, vermoeidheid, misselijkheid, sufheid, anorexie en dyspneu
------------------------------------	--	----	---	---	--

Symptom distress: de mate waarin de patiënt last heeft van een symptoom

KvL: Kwaliteit van leven

NS: Geen significant verschil tussen experimentele groep en controlegroep

ESAS: Edmonton Symptom Assessment Scale

¹ Candy 2020

² Lopez-Junior 2020

³ Zeng 2018

⁴ Shin 2016

⁵ Boyd 2016

⁶ Lee 2015

⁷ Vira 2021

⁸ Richtlijn Pijn bij kanker 2019

[Handreiking Complementaire Zorg voor Volwassenen Tabel A-\(3\).pdf](#)

Tabel B - Mindfulness

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Tabel B. Gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) waarbij **mindfulness** is vergeleken met een behandeling zonder mindfulness of een andere interventie bij patiënten in de palliatieve fase.

Studie	Patiënten	N	Vergelijking	Uitkomstmaten	Uitkomst
Lehto 2015 VS (1)	Longkanker	40	1x pw begeleide MBT sessie (meditatie en yoga) van 90 min, dagelijks thuis oefenen gedurende 6 wk, vs controle (=wekelijks interview over symptoomlast)	Symptoomlast, KvL, gemeten bij start (baseline), na 8 wk en na 11 wk	Geen kwantitatieve analyse mogelijk
Lim 2021 Maleisië	Palliatieve patiënten in ziekenhuis	40	5 min mindfulness oefening gericht spiritueel welbevinden vs 5 min actief luisteren	Spiritueel welbevinden (zingeving, vrede en vertrouwen), ervaren lijdensdruk	Significant minder ervaren lijdensdruk en meer spiritueel welbevinden in interventiegroep
Milbury 2020 VS	Longkanker (gemetastaseerd) Patiënten en hun partners	75 koppels	Meditatie voor koppels (CBM), vs sociale steun (SE) 4x 60 min online, 1x pw CBM of SE sessies, vs SZ	Depressie, kanker gerelateerde stress, spiritueel welbevinden, gemeten na 1 en na 3 maanden.	CBM patiënten én partners rapporteerden minder depressieve symptomen (significant) en minder kanker gerelateerde stress, t.o.v. SE koppels en SZ, geen significante verschillen in spiritueel welbevinden
Mularski 2009 VS (1)	COPD	86	MBBT (MBSR + ontspanning via adem) vs supportgroep (=standaardvragen over leven met de ziekte), gedurende 8 wk, 1 sessie pw, dagelijks zelf oefenen	Benauwdheid bij rust/activiteit; Zelf gerapporteerde exacerbaties; ervaren distress; KvL, 6 min looptest, gemeten bij start (baseline), en in week 8	Significante verbetering KvL (voor de lichamelijke aspecten) bij controlegroep, geen verschillen op andere uitkomstmaten

Ng 2016 Maleisië (1)	Kanker	60	5-min MBSR oefeningen (aandacht en adem) vs controle (=5 standaardvragen in 5 min), in ziekenhuis, door arts, vs controle (=5 min standaardvragen)	Ervaren distress, bloeddruk, huidweerstand/temperatuur, hartslag, ademfrequentie, gemeten direct post interventie en 10 min post interventie	Significante vermindering distress op beide meetmomenten, geen verschillen op andere uitkomstmaten
Tsang 2012 Hong Kong (1)	Kanker	48	Geleide visualisatie (body scan) op basis van MBSR, 1 begeleide sessie van 45 min in ziekenhuis, 5 sessies thuis, dagelijks gedurende 5 dagen vs SZ	Symptoomlast, KvL, gemeten week 1 en 1 maand post interventie	Geen verschillen in alle uitkomstmaten

CBM = Couple Based Meditation

KvL: Kwaliteit van leven

MBBT = Mindfulness Based Behavioral Therapy

MBT = Mindfulness Based Therapy

MBSR = Mindfulness Based Stress Reduction

SE = Supportive Expressive control group

SZ = Standaardzorg

= Latorraca COC, Martimbianco ALC, Pachito DV, Pacheco RL, Riera R. Mindfulness for palliative care patients. Systematic review. Int J Clin Pract. 2017 Dec;71(12). doi: 10.1111/ijcp.13034. Epub 2017 Nov 6. PMID: 29105910.

[Handreiking Complementaire Zorg voor Volwassenen Tabel B.pdf](#)

Tabel C - Gecombineerde ontspanningstechnieken

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Tabel C. Gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) waarbij **gecombineerde ontspanningstechnieken** zijn vergeleken met een behandeling zonder ontspanningstechniek bij patiënten in de palliatieve fase en/of met kanker.

Studie	Patiënten	N	Vergelijking	Uitkomstmaten	Uitkomst
Charalambous 2016 (2) Cyprus	Borst- en prostaatkanker	208	Ademoefening, PMR + GI, thuis, instructie door onderzoeker, dagelijks	KvL, pijn, vermoeidheid, misselijkheid en braken, angst en depressie als clustersymptomen, gemeten bij start en 4 weken post interventie	Reductie op alle symptomen
Chen (2,3) 2015 Taiwan	Borstkanker, chemotherapie	65	PMR en GI, 20 min, gedurende 7 dagen post-chemotherapie, thuis door patiënt	Angst, depressie, gemeten voor eerste sessie en 10 dagen post-chemotherapie	Minder angst, vermoeidheid, depressie en angst
Arathuzik 1994 (1) VS	Borstkanker (poli-)klinisch	24	(1)PMR en GI, 1 sessie 75 min, (2)PMR, GI en coping, 1 sessie 120 min vs SZ	Pijn	Geen verschillen in pijnintensiteit, minder pijn in groep 1 en 2 vs controlegroep
De Paolis 2019 (1) Italië	Terminale kanker, hospice	104	PMR en GI, 1 sessie, 20 min, vs SZ	Pijn	Verniëdering pijnintensiteit in interventiegroep
Walker (2,3) 1999 (VK)	Borstkanker, chemotherapie, ziekenhuis en thuis	96	PMR+ GI, minimaal 1x per dag, instructie in ziekenhuis, thuis door patiënt	KvL, stemming, depressie en angst, gemeten voorafgaand aan elke kuur en 3 wk na laatste kuur	Betere stemming en KvL
Yoo (2,3) 2005 (Zuid Korea)	Borstkanker, na operatie, ziekenhuis	60	PMR tijdens sessie 1&2, PMR + GI bij volgende sessies, 6 sessies, gegeven door onderzoeker	Angst, depressie, KvL, gemeten na interventie, 3 en 6 maanden post-interventie	Minder angst, depressie en misselijkheid & braken na de interventie, verbetering KvL na 3 (significant) en na 6 maanden

GI = Guided Imagery

KvL: Kwaliteit van leven

PMR = Progressive Muscle Relaxation

SZ = Standaardzorg

- (1) Warth 2020
- (2) Kapogiannis 2017
- (3) Sinha 2021

[Handreiking Complementaire Zorg voor Volwassenen Tabel C.pdf](#)

Tabel D - Aromazorg

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Tabel D. Gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) waarbij **aromazorg** is vergeleken met standaardzorg of een andere interventie bij patiënten in de palliatieve fase. Tabel E. Systematische reviews en meta-analyses over aromazorg bij patiënten met kanker in de curatieve of de palliatieve fase.

Studie	Patiënten	N	Vergelijking	Uitkomstmaten	Uitkomst
Barati 2016 (Iran)	Dialyse- patiënten (thuis en in dialyse- centrum)	46	Inhalatie van rozewater 's nachts en voor dialyse ged. 4 weken vs standaardzorg Door: patiënten (na instructie door verpleegkundigen)	Angst, na 2 en 4 weken	Geen significant verschil na 2 weken ($p=0,09$). Significant verschil na 4 weken ($p<0,001$)
Goepfert 2017 (Duitsland)	Palliatieve patiënten (15 bij bewustzijn, 5 bewusteloos) 10 gezonde controles (Afdeling palliatieve zorg in ziekenhuis)	30	Inhalatie van citroen- en lavendelolie ged. 10 min, 3x in 90 minuten vs inhalatie van water Door: onderzoeker	Hart- en ademhalings- frequentie Bloeddruk Zuurstof-saturatie	Citroenolie: toename in meeste parameters in beide groepen (m.n. bij palliatieve patiënten) Lavendelolie: geen verandering of afname in beide groepen. Water: In geen enkele verandering na inhalatie
Kawabata 2020 (Japan)	Advanced cancer (Afdeling palliatieve zorg in ziekenhuis)	74	Aromamassage met lavendel en/of sinaasappelolie (eenmalig) vs geen aromamassage Door: massagetherapeut	Kwaliteit slaap en vermoeidheid direct na massage en de volgende dag	Geen verschillen tussen groepen
Kyle 2006 (Engeland)	Palliatieve patiënten (thuis, polikliniek, afdeling)	37	Massage van been en voet met sandelhoutolie versus amandelolie vs aromasteen met sandelhoutolie, 1x per wk ged 4 wk Door: aroma-therapeut	Angst direct na interventie	Geen interpretatie mogelijk door baseline verschil in kleine aantallen patiënten in groep

Lai 2011 (Hong Kong)	Advanced cancer met obstipatie (oncologie-afdeling)	45	Buikmassage vs aroma-buikmassage (5 dagen achter elkaar) vs standaardzorg Door: getrainde verpleegkundigen en aroma-therapeut	Obstipatie, KvL, direct na laatste interventie	Significante verbetering obstipatie en KvL o alleen in aroma-buik groep, niet bij buikn standaardzorg. Significante verschil obstipatie en KvL t aroma-massage, m usual care
Serfaty 2012 (Engeland)	Advanced cancer (n=34) Vroeg stadium kanker (n=5) Scores >8 op HADS voor angst en/of depressie	39	Massage met essentiële olie vs cognitieve gedragstherapie, 8 sessies van 1 hr in 10 weken Door: gekwalificeerd aromatherapeut	Depressie, angst en KvL, na 3 en na 6 mnd	Verbetering van angst depressie en KvL in groepen na 3 en 6 mnd Geen significante verschil tussen beide groepen
Soden 2013 (Engeland)	Advanced cancer (palliatieve zorg-instelling)	42	Rugmassage met lavendelolie + basisolie vs rugmassage met basisolie (1x/wk in 4 wk) vs standaardzorg Door: therapeuten	Pijn, slapen, angst, depressie, symptom distress en KvL, iedere week	Geen significante verschil t.o.v. baseline van pijn slapen, angst en symptom distress direct na aromatherapie en na 4 weken.
Wilcock 2004 (Engeland)	Advanced cancer (hospice)	46	Massage met lavendelolie en kamille van rug, nek, schouders of hand ged. 30 min, 1x per week ged. 4 wk vs standaardzorg Door: gekwalificeerd aromatherapeut	Lichamelijke klachten, stemming en KvL direct na de interventie	Verbetering van klachten stemming en KvL in groepen. Geen significante verschil tussen de groepen
Wilkinson 1995, (Engeland)	Palliatieve patiënten (palliatieve zorg centra)	51	Massage met Roman kamilleolie van gehele lichaam vs amandelolie, wekelijks ged. 3 wk	Angst na iedere massage en na 4 wk Rotterdam Symptom Checklist na 4 weken	Geen verschil in angst na beide armen

Wilkinson 1999 (Engeland)	Palliatieve patiënten (palliatieve zorg centra)	103	Massage met van gehele lichaam met Roman kamilleolie + basisolie vs rugmassage met basisolie wekelijks ged. 3 wk	Angst na iedere massage en na 4 wk Rotterdam Symptom Checklist na 4 weken	Afname van angst in groepen na de mass verschil tussen beide Geen verschil in de Geen verschillen na de schalen van de R tussen beide groepe
Yildirim 2020 (Turkije)	Palliatieve patiënten (palliatieve zorg centra)	68	Inhalatie van lavendelolie ged. twee avonden vs geen inhalatie Door: getrainde verpleegkundigen	Kwaliteit van slaap en vitale tekenen (adem- en hartfrequentie, bloeddruk en zuurstof-verzadiging	Verbetering van kw slaap op beide dage Geen verschil in vita

KvL: Kwaliteit van leven

NS: Geen significant verschil tussen experimentele en controlegroep

ESAS: Edmonton Symptom Assessment Scale

[Handreiking Complementaire Zorg voor Volwassenen Tabel D.pdf](#)

Tabel E - Aromazorg

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Tabel E. Systematische reviews en meta-analyses over **aromazorg** bij patiënten met kanker in de curatieve of de palliatieve fase.

	Aantal studies	RCT's	N	Interventies	Resultaten
Farahani 2019	43	31	3239	Inhalatie (22 studies) Aromamassage (21) Andere vormen (3)	Positieve effecten op vermoeidheid (4/4 studies), pijn (10/13), misselijkheid en braken (6/9), slaapproblemen (4/4), angst (13/16), depressie (5/6) en kwaliteit van leven (5/9)
Hsu 2019	3	3	160	Aromamassage (3)	Geen significant effect op angst (MD -2.60 (95%BI -7.82, 2.63))
Li 2022-1	16	16	1272	Inhalatie (16)	Significant effect op: • Slaapproblemen (SMD -1,12 (95% BI -2,06, -0,19)) • Angst (SMD -0,70 (95% BI -1,08, -0,31)) • Kwaliteit van leven (95% BI 0,48 (0,26, 0,70)) Wisselende resultaten bij misselijkheid en braken Geen significant effect op • Pijn (SMD -0,30 (95% BI -0,84, 0,24)) • Depressie (SMD -0,33 (95% BI -0,66, 0, 01))
Li 2022-2	17	17	1611	Inhalatie (6) Aromamassage (9) Combinatie (2)	Significant effect op angst (SMD -0,49 (95% BI -0,96, -0,02)) Geen significant effect op depressie (SMD niet vermeld)
Liu 2022	11	11	1724	Inhalatie (11)	Significant effect van aromazorg op: • Angst [SMD -0.51, 95%CI (95% BI -0.83, - 0.19)] • Depressie SMD = -0.44, 95%BI (-0.76, -0.12)
Toniolo 2021	9	5	783	Inhalatie (9)	Significant effect op misselijkheid en braken van inhalatie van pepermunt, gember, kamille en/of kardemon bij 7/9 studies.

BI: Betrouwbaarheidsinterval

MD: Mean difference

SMS: Standardized mean difference

[Handreiking Complementaire Zorg voor Volwassenen Tabel E.pdf](#)

Tabel F - Aquatherapie

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Tabel F. Onderzoek **aquatherapie** bij patiënten in de palliatieve fase en/of bij patiënten met kanker.

Studie	Patiënten	N	Interventie	Uitkomstmaten	Uitkomst
Fujimoto 2017	Terminaal stadium kanker	20	Warm bad (41°)	Angst (STAI)	Significante afname v
Yamamoto 2011	Ongeneeslijke kanker	18	Warm voetbad versus standaardzorg (RCT)	VAS pijn, ontspanning, comfort, waakzaamheid, stress	Significante verbeteri pijn, ontspanning en c voetbad; verder geer significante veranderi Verschillen tussen gro onderzocht
Yang 2010	Gynaecologische tumoren, behandeld met chemotherapie	43	Warme voetbaden versus geen warme voetbaden (RCT)	Vermoeidheid en slaapproblemen	Minder vermoeidheid slaapproblemen bij w voetbaden
Akyuz Ozdemir 2021	Patiënten behandeld met chemotherapie	75	Warme voetbaden met zout water versus geen voetbaden (RCT)	Vermoeidheid	Geen significante vers vermoeidheid tussen groepen
Park 2015	Patiënten met chemotherapie-geïnduceerde neuropathie	48	Warme voetbaden versus voetmassage (RCT)	Neurotoxiciteit en kwaliteit van leven	Geen significante vers neurotoxiciteit. Betere kwaliteit van l voetbaden
Emine 2022	Patiënten met chemotherapie-geïnduceerde neuropathie	103	Warme voetbaden met zout water versus koude voetbaden met zout water versus geen voetbaden (RCT)	Neurotoxiciteit en kwaliteit van leven	Minder neurotoxicite betere kwaliteit van k koude voetbaden

[Handreiking Complementaire Zorg voor Volwassenen Tabel F.pdf](#)

Tabel G - Therapeutic touch of healing touch

Vastgesteld: 15-06-2023 Regiehouder: V&VN

Tabel G. Gerandomiseerde studies waarbij **therapeutic touch of healing touch** is vergeleken met pseudo-TT of een andere interventie in de palliatieve fase en/of bij patiënten met kanker.

Studie	Patiënten	N	Vergelijking	Uitkomstmaten	Uitkomst
Aghabati et al 2008 (Iran)	Vrouwen met kanker tijdens chemokuur (Oncologisch centrum)	90	TT vs pseudo-TT (1 sessie van 30 min/dag, gedurende 5 dagen) vs SZ Door: 1 onderzoekster/verpleegkundige met 5 maanden ervaring in TT	Pijn (VAS), vermoeidheid (RFS)	Significante afname vermoeidheid bij pseudo-TT-en c over 5 dagen. Significante afname bij pseudo-TT v controlegroep v laatste dag en in vermoeidheid na 4e dag.
Cook et al. 2004 (VS)	Vrouwen met gynaecologische (61%) of borstkanker (39%), die ook radiotherapie kregen	78	HT vs pseudo HT (1 sessie van 30 min/week onmiddellijk na radiotherapie, gedurende 6 weken)	KvL (via SF-36), attitude tav HT, opvattingen tav groepsindeling	Geen verschil in totaalscore. Significante toename functionele score emotionele rolfun geestelijke geste gezondheids-ver bij HT. De 73% in de H en de 26% in de HT-groep kozer in welke groep z ingedeeld.
FitzHenry 2014 (VS)	Patiënten met borstkanker tijdens radiotherapie kregen (academisch ziekenhuis)	41	HT vs pseudo HT, sessie 45 min 1x pw tijdens RT, gedurende 5-7 weken Door: 5 ervaren HT verpleegkundigen, geen vaste koppeling patiënt-HT verpleegkundige	Vermoeidheid (BFI), KvL (FACT-B), angst en depressie (HAD)	HT groep rappo meer vermoeidh verschillen voor angst/depressie

Giasson 1998 (VS)	Patiënten met terminale kanker (palliatieve unit ziekenhuis)	20	TT op bed vs rustperiode op bed, gedurende 3 opeenvolgende dagen, 15-20 min, 1 uur na pijnstilling Door: 1 onderzoeker/ervaren TT-verpleegkundige	Welbevinden (vereenvoudiging ESAS)	Toename welbevinden TT vs rustperiode
Hart 2011 (VS)	Vrouwen met baarmoederhalskanker (ziekenhuis)	60	SZ+HT vs SZ+OT (4 sessies van 25 min/week, > 24 uur na chemotherapie en onmiddellijk na bestraling) vs SZ gedurende 6 weken Door: HT door ervaren HT-verpleegkundigen in teams van 2, OT door daarvoor getrainde onderzoeksassistent of doctoraal student	NKCC (Natural Killer Cell Cytotoxicity), aantal witte en rode bloedlichaampjes, depressieve stemming (CESD en POMS depressieschalen) KvL, vermoeidheid, verwachtingen tav behandeling, wekelijks	Minimale afname NKCC bij HT, significant beter OT en SZ ($p=0.001$). Significante afname depressiviteit bij OT en SZ ($p<0.001$). Geen significante verschillen op andere uitkomstmaten.
Lutgendorf et al. 2010 (VS)	Vrouwen met baarmoederhalskanker	60	HT (20-30 min sessies) vs ontspannings-training (OT) (20-25 min sessies) vs standaardzorg (SZ) 4 sessies/week gedurende 6 weken Door: 3 verpleegkundigen (HT), 3 instructeurs (OT), verpleegkundigen: (SZ)	Depressie (CES-D en twee POMS subschalen), KvL (FACT), vermoeidheid (FSI), verwachtingen (aangepaste Credibility of Therapy Schaal), immuunactiviteit (NK-cel activiteit)	Geen verschillen verwachtingen, I vermoeidheid. Significant behoeft aantal NK-cellen activiteit in HT v SZ. Significante afname depressieve gevoelens HT vs OT en SZ weken. Geen verband tussen aantal en activiteit NK-cellen en vermindering depressie.

Matourypour et al. 2016 (Iran)	Vrouwen met borstkanker tijdens een chemokuur (ziekenhuis)	108	TT vs placebo-TT vs SZ sessie van 15-20 min, direct voorafgaand aan chemobehandeling. Door: in TT getrainde verpleegkundige	Duur en frequentie van misselijkheid en braken, gescoord op basis van door patiënt bij te houden checklist in 24 uur na de chemotherapie.	Duur van misselijkheid significant korter groep dan in de TT en SZ- ($p < 0$) Frequentie van misselijkheid significant lager in de TT-groep dan in de controlegroep ($p < 0.001$), significant lagere frequentie placebogroep vs ($p < 0.001$)
Post-White et al. 2003 (VS)	Kankerpatiënten met een score van minimaal 3 op een schaal van 0-10 voor pijn, misselijkheid, of vermoeidheid. 198 vrouwen, 32 mannen (poliklinische setting, twee chemotherapie-klinieken)	230	Massagetherapie (MT) vs HT vs placebo (P) vs SZ. Iedere patiënt zat 4 weken in een van de drie behandelcondities en kreeg 4 weken SZ. De volgorde was random. 1 sessie van 45 min/week, gedurende 4 weken en na crossover 1 sessie van 45 min/week, gedurende 4 weken.	Hartslag (HR), ademhaling (RR), bloeddruk (DBP en SBP), pijn (BPI), en misselijkheid (BNI), angst, stemmingsstoornissen en vermoeidheid (POMS) voor en na elke sessie; wekelijks gebruik van pijnstillers en anti-emetica werden bijgehouden (persoonlijk logboek) zorgtevredenheid en beoordeling van HT en MT na elke 4de sessie (vragenlijst).	Onmiddellijke post-interventie effect significant afname ($p < 0,001$) in RR, DBP, SBP, en pijn en HT versus SZ. MT: afname in stemmingsstoornissen, angst na 4 weken. HT: Afname in stemmingsstoornissen, vermoeidheid, binnenlijke rust en na 4 weken. Op de POMS-score misselijkheid en van anti-emetica geen enkel significant verschil tussen in de TT en SZ geboekt. De TT-groep tijdens interventieperiode significant minder anti-emetica dan in de SZ-groep, maar niet significant. Toegenomen tevredenheid bij MT en HT vs SZ. Significante afname van NSAIDS-gebruik vs SZ.

Tabatabaee et al. 2016 (Iran)	Mannen met kanker gerelateerde pijn (Gespecialiseerde oncologische kliniek)	90	TT vs placebo-TT (gestructureerde handposities met willekeurige bewegingen) vs SZ; 7 sessies van 10-15 min met steeds 3 dagen er tussenin. Door: onderzoeker/ervaren TT-verpleegkundige	Demografische vragenlijst en pijn via Brief Pain Inventory (BPI). Pijnfunctie was het gemiddelde van 5 items, die aangaven hoezeer pijn interfereerde met Algemene Activiteit, Stemming, Vermogen om te Lopen, Relaties met andere mensen en Slaap.	Na sessie 7 significant verschil voor TT placebo en SZ op pijn-items ($p<0.001$). Geen significant verschillen tussen TT en SZ. Significant positief op het vermogen om te lopen in TT-groep placebo en SZ ($p=0.001$) en op slaapscore ($p=0.001$).
Ünal Aslan & Çetinkaya 2022 (Turkije)	Patiënten die palliatieve zorg kregen (Palliatieve unit van een Academisch ziekenhuis)	73	TT van de hand vs SZ 3 sessies van 15 min per week, gedurende 1 maand	Beoordeling van spiritualiteit en spirituele zorg met de Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) en slaapkwaliteit met de Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Hogere overall score TT vs SZ van de SSCR ($t=-5.145$, $p=0.000$) beoordeling van individuele zorg ($p=0.000$), spiritualiteit/spirituele zorg ($t=14.287$, $p=0.000$). Geen significant verschil op subdimensies. Significant betere score de PSQI voor TT ($Z=-7.292$, $p=0.000$). Post-testscores waren significant lager dan pre-testscores ($Z=-5.281$, $p=0.000$); voor dit juist andersom ($Z=5.281$, $p=0.000$).

Woods et al. 2005 (VS)	Ouderen met dementie (pg-afdeling in 3 verpleeghuizen)	57	TT vs pseudo-TT vs SZ. 2x daags gedurende 3 dagen 5-7 min TT van ervaren TT-verpleegkundigen of pseudo-TT door 2 verpleegkundigen en 1 verzorgende, die niets wisten over het doel van de studie. Controlegroep kreeg SZ.	6 waarnemers, blind tav doel van de studie, soort en tijdstip van interventie, observeerden gedurende 9 dagen (3 voorafgaand aan interventies, 3 van interventies, en 3 na interventies) van 8.00-18.00 uur elke 20 minuten het gedrag mbv een aangepaste ABRS en scoorden handenwringen, slaan/trommelen, ontworstelen aan vrijheidsbeperking, zoeken/dolen, lopen/ijsberen, en vocalisatie.	Significant beter van TT vs SZ vc handenwringen (en vocalisatie (P Significant beter van TT vs pseud SZ in de overall interventie score overall pre-interventiescores
------------------------	--	----	---	---	---

HT = Healing touch

KvL = Kwaliteit van leven

MT = Massage therapie

OT - Ontspanningstraining

SZ = Standaardzorg

TT = Therapeutic touch

[Handreiking Complementaire Zorg voor Volwassenen Tabel G.pdf](#)