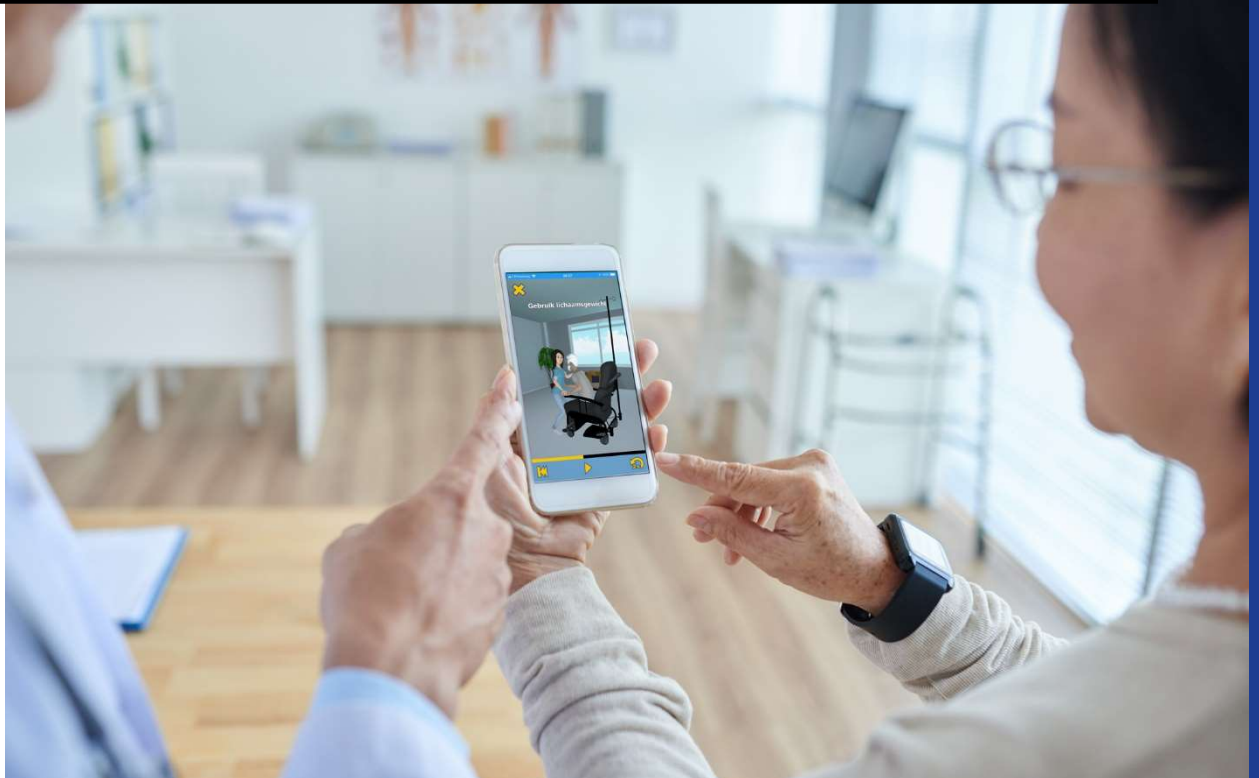




Nederlandse versie

Hoe gebruik je haptonomie bij ergonomie in de zorg?



Knibbe, Hanneke (LOCOmotion)

Knibbe, Nico (LOCOmotion)

Nederlandse versie

Dit artikel is een hoofdstuk uit het eUlift handboek 'Patient Handling for Caregivers' onder redactie van Goderis, T. & Ollevier, A.

eUlift handboek:

Goderis, T. & Ollevier, A. (2024). Patient handling for caregivers. <https://eulift-app.com/>

Bij het voorkomen van decubitus is regelmatige beweging, goede voeding, genoeg drinken en een goede basisconditie van de cliënt van belang. Ook het regelmatig geven van wisselhouding helpt. Door wisselhouding wordt de druk op het lichaam steeds naar een andere plek verplaatst, waardoor de kans op schade kleiner wordt. Maar het geven van wisselhouding kan fysiek belastend zijn voor de zorgverlener. En ook zien we dat het onjuist uitvoeren van transfertechnieken zelfs tot huidschade kan leiden.

Een bijzondere manier van het goed uitvoeren van transfers, het goed gebruiken van (til)hulpmiddelen, en het ergonomisch uitvoeren van overige verzorgende handelingen komt voort uit de haptonomie. Haptonomie komt oorspronkelijk uit de fysiotherapie en betekent letterlijk 'de leer van het voelen' of het affectief aanraken (Elbers en Duyndam, 2018). Bij het haptonomisch handelen probeer je de cliënt zo te voelen en aan te raken dat hij of zij zelf zo veel mogelijk kan bewegen. Daarmee loopt het gebruik van de principes uit de haptonomie perfect parallel aan het stimuleren van zelfredzaamheid. Zo kun je iemand dwingend aanraken, met een stevige, bijna knijpende hand. Maar dat kan leiden tot weerstand bij de cliënt, hij of zij kan gaan tegenwerken. Als je echter iemand uitnodigend aanraakt, met een open, zachte hand, dan wordt de cliënt gestimuleerd zelf te bewegen. Je leidt de cliënt, met zachte hand, in de gewenste richting, via de gewenste beweging.

Signalen

In termen van de haptonomie is ons lichaam geen geïsoleerd apparaat dat wij gebruiken. Nee, wij *zijn* ons lichaam (Merleau-Ponty, 2009). Dat betekent ook dat tussen de zorgverlener en de cliënt, vaak ongemerkt, heel veel boodschappen heen en weer gaan. Vaak gaan die signalen via de huid, de tastzin. De huid, het zintuig waarmee wij voelen (tasten), is het allergrootste zintuig. Denk aan de eerste hand die je krijgt bij een eerste kennismaking. Die zegt al van alles over de conditie van de cliënt, maar ook over hoeveel afstand de cliënt wil houden ten opzichte van jou.

Maar die signalen gaan niet alleen via de huid. Ook de ogen spreken vaak boekdelen. Daaraan zie je snel of iemand alert is, boos, verward, etc. En ook dit is wederzijds. De cliënt voelt, of ziet, ook heel snel jouw (on)rust, begrip of irritatie. Voor je het weet zit je samen in een op- of neerwaartse spiraal op basis van non-verbale signalen. In het dagelijks spraakgebruik zeggen we vaak dat iemand, dus jij ook, iets 'uitstraalt'. Er 'hangt iets om hem heen'. En het aanvoelen en het reageren op die non-verbale signalen is precies waar het in de haptonomie om draait. Sommige zorgverleners doen dat van nature, anderen moeten het leren. Dat kan door veel te oefenen.

Ruimte

Het spelen met ruimte is een van de belangrijkste haptonomische principes die we kunnen gebruiken bij het activeren van cliënten. Als je bijvoorbeeld bij het opstaan weinig ruimte laat tussen jou en de cliënt, zal de cliënt niet worden gestimuleerd zelf op te staan. Want feitelijk geef je daarmee non-verbaal aan dat je denkt dat de cliënt de

opstapbeweging (grotendeels) niet zelf kan maken en dat jij de beweging overneemt. Probeer het maar eens. Het omgekeerde is ook waar, als je vrij ver van de cliënt af staat, kun je de cliënt onvoldoende sturen en zal hij ook niet opstaan. Er zit dus ergens een optimale afstand die enerzijds de cliënt een gevoel van veiligheid geeft, maar anderzijds ook voldoende vertrouwen uitstraalt dat de cliënt de transfer grotendeels zelf kan doen.

Haptonomisch verplaatsen lijkt daarom een beetje op dansen (Mol, 2005). Als de beide danspartners ver van elkaar zijn verwijderd, ziet het er niet harmonisch uit. Dat is ook zo als ze heel dicht tegen elkaar aan dansen. Ergens zit dat optimum. En dat verschilt per zorgverlener en per cliënt. Wat de één als dichtbij ervaart, hoeft de ander niet ook zo te ervaren. Dat is niet alleen in de zorg, ook in het dagelijks leven zie je sommige mensen op feestjes heel dicht bij elkaar staan, anderen houden liever afstand.

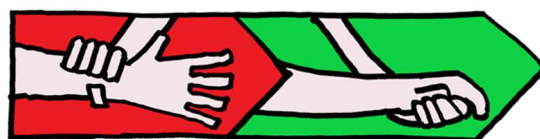


Copyright afbeelding: LOCOMotion

Die bijna magische ruimte kun je niet in centimeters aangeven. Dat zal je moeten aanvoelen. Het eerste contact met de cliënt is daarbij cruciaal. Maak daar bewust tijd voor. Maak een praatje, zorg voor oogcontact, noem de naam van de cliënt of leg je hand eens op de schouder van de cliënt en wacht zijn of haar reactie af. Doe dat rustig. De tijd die je 'verliest' met dit eerste contact, win je later ruimschoots terug.

Grip

Het haptonomisch denken zie je ook terug in de manier waarop de zorgverlener de cliënt vastpakt. Als je zijn hand, arm of been 'gesloten' aanraakt, je omvat dan een groot deel van dat lichaamsdeel, kan dat een angstreactie oproepen. Bij een open, niet pakkende aanraking, gebeurt dit zelden. Grijp dus niet onnodig vast. Houd je duim naast je vingers. Het kan echter zijn dat de cliënt zo weinig spierkracht heeft dat zijn arm of been uit je handen valt. Pas dan is het echt nodig om de grijpfunctie van je hand te gebruiken.



Copyright afbeelding: LOCOMotion

Daarnaast zijn er zogenaamde 'machtplekken' (Mol, 2011). Als je die aanraakt kunnen ze bij de cliënt een gevoel van overheerst worden oproepen. Hoewel de exacte locatie van deze machtplekken per persoon enorm kan verschillen, moet je vooral denken aan de kin, nek en boven de elleboog. De politie gebruikt deze plaatsen bewust, bijvoorbeeld om een arrestant te manipuleren, maar in de zorg is dat precies wat je niet wilt.

Ook zijn er kwetsbare plekken die, als je ze bij een cliënt aanraakt, tot heftige schrikreacties kunnen leiden. Benader ze extra zorgvuldig en check (voel) continu hoe de cliënt reageert. Het gaat om de buik, het gezicht, de binnenkant van de bovenbenen en de schaamstreek.

Maar vaak is het heel subtiel. Wanneer je bijvoorbeeld je handen op de rugzijde van de handen van de cliënt legt, kan hij of zij goed aanvoelen in welke richting de beweging volgens jou moet verlopen. Zou je de handen aan de onderzijde echt vastpakken, dan kan dat bij sommige cliënten leiden tot een wegtrekbeweging die je juist niet wilt. Maar als je voor de cliënt gaat staan en alleen licht de handen aan de rugzijde pakt, zal de cliënt grotendeels zelf de kracht vinden om te gaan staan.

Uiteraard moet je bijvoorbeeld bij zo'n opstapbeweging goed weten of de cliënt überhaupt enigszins zelfstandig kan opstaan. Denk daarbij aan MK5 mobiliteitsklasse A of B. Dat zou je moeten kunnen vinden in het dossier van deze cliënt. Maar zelfs als je zou weten dat de cliënt MK5 mobiliteitsklasse B heeft en dus redelijk zelfstandig kan opstaan, dan kan het gebeuren het niet goed lukt. Als je tijdens zo'n transfer goed haptisch blijft meevoelen heb je dat snel genoeg in de gaten.

Natuurlijke beweging

Ga bij transfers zo veel mogelijk uit van de natuurlijke bewegingen van de cliënt (Hullu, 2018). Dat klinkt mooi en eenvoudig. Toch is het niet altijd simpel om erachter te komen hoe je cliënt opstaat uit bed, draait in bed of zijn shirt aan doet. Kijk eerst eens hoe je het zelf precies doet. Ga bijvoorbeeld een na hoe je zelf omdraait in bed of kijk eens hoe je partner dat doet. Verdiep je vervolgens in hoe oudere mensen, of mensen met een beperking, dat doen. Dat is namelijk vaak weer anders. Jonge, fitte mensen staan bijvoorbeeld snel op uit een stoel, zonder ver naar voren te bewegen. Door de snelheid die ze maken met opstaan, hoeven ze ook niet zo ver voorover te buigen.

De energie van de snelheid helpt hen immers omhoog. Ouderen en mensen met een bewegingsbeperking kunnen die snelheid vaak niet opbouwen of worden draaiër als ze snel opstaan uit een stoel. Daarom moeten zij langzamer bewegen en veel verder naar voren buigen, voordat ze omhoog kunnen komen om op te staan.

Iets dergelijk geldt voor cliënten met extreem overgewicht. Als mensen met het lichaamstype appel opstaan doen ze eerst hun romp naar voren. Mensen met het lichaamstype peer doen dat veel minder, zij staan meer verticaal op.



Copyright afbeelding: LOCOMotion

Contact

Bij het haptonomisch verplaatsen draait het om contact. Dat doe je door goed te blijven voelen hoe de cliënt reageert op wat jij doet en zegt. Maar dat contact maken en houden gaat twee kanten op: onderzoek, check en voel ook hoe jij reageert op wat de cliënt doet en zegt. Probeer het contact continu vast te houden. Dat kan non-verbaal en verbaal zijn. Vertel daarom altijd precies wat je van plan bent en wat je van de cliënt verwacht. Vage aanduidingen als 'wit u even meewerken' of 'we gaan naar de fysio' zijn vaak niet duidelijk genoeg. Houd het kort, beperk je boodschap. Knip wat je wilt vertellen desnoods op in kleine stukjes. Veel cliënten onthouden langere verhalen niet. Wees concreet, zeg bijvoorbeeld 'wilt u de papegaai even pakken' of 'wilt u uw voeten goed onder de stoel zetten'.



Copyright afbeelding: LOCOMotion

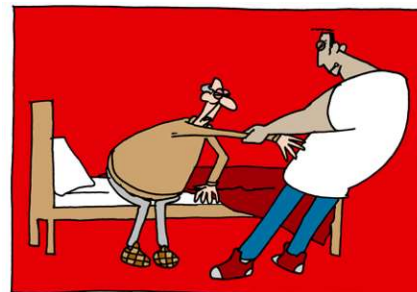
Maar hoe concreet deze twee voorbeelden ook zijn, ondersteun ze altijd non-verbaal. Pak bijvoorbeeld zelf de papegaai vast terwijl je zegt 'wilt u de papegaai even pakken?' en leg de handen op de scheenbenen van de cliënt terwijl je zegt 'wilt u uw voeten goed onder de stoel zetten?'.

Desondanks kan het gebeuren dat je het contact kwijtraakt, bijvoorbeeld omdat er een collega binnenkomt. Dan begin je weer opnieuw met contact maken. Dat geldt voor alle cliënten, maar in verhoogde mate voor cliënten die neurologische problemen hebben, last hebben van geheugenproblemen of slecht zien. Als dit soort cliënten je even niet meer zien, bijvoorbeeld omdat je naar de wastafel bent gelopen of naar de andere kant van het bed, kunnen ze denken dat er opeens iemand anders naast ze staat. Dat is verwarrend, beangstigend en verhoogt de weerstand. Denk in dit verband ook na of het niet beter is om bij een bepaalde cliënt samen met een collega zorg te verlenen, of om er juist alleen naar toe te gaan. Als je alleen bent is het vaak makkelijker om in contact te blijven met de cliënt. Er zijn immers minder communicatielijnen: voor je het weet babbel je gezellig met je collega, in plaats van met de cliënt. En ook haptisch kan het voor de cliënt erg verwarrend zijn als hij of zij vier handen op zijn lichaam voelt die allemaal hun eigen signalen uitzenden. Die verwarring kan vervolgens omslaan in gevoelens van goed of fout, vrolijk of verdrietig, veilig en onveilig. Dit ontstaat pre-reflectief, het is al gebeurd voordat we er over hebben nagedacht (Finlay, 2005).

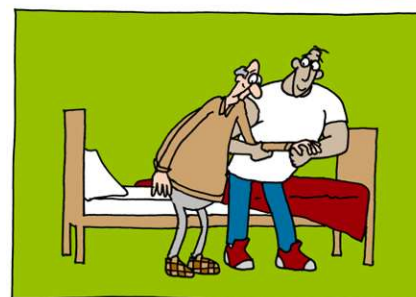
Timing

Een volgend aspect waarin we haptonomische principes goed kunnen gebruiken om ADL zorg en transfers soepeler voor de cliënt, en minder fysiek belastend voor de zorgverlener te laten verlopen, is timing. Veel zorgverleners tellen tot drie om aan de cliënt en eventueel een collega aan te geven wanneer de transfer begint. Daar is op zich niets mis mee. Alle betrokkenen weten dan precies wanneer er kracht geleverd moet worden. Doe dat wel rustig, want explosief bewegen kan tot een enorme piekbelasting van het bewegingsapparaat leiden.

Het kan echter gebeuren dat wanneer je bent uitgeteld de cliënt nog niet is begonnen met bewegen. De cliënt heeft pijn, is stijf of is gewoon niet snel genoeg. De verleiding is dan om alsnog de transfer zelf grotendeels over te nemen. De cliënt ervaart dan dwang, gaat in de weerstand en doet niet actief mee. Er wordt immers aan hem getrokken of geduwd.

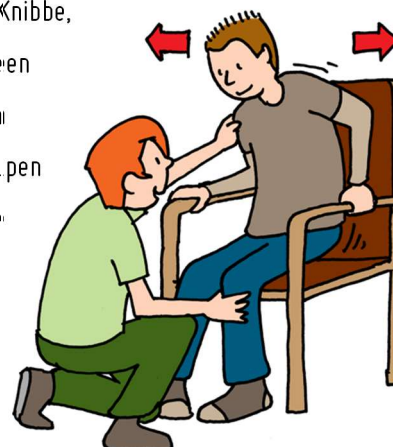


Copyright afbeelding: Auke Herrema



De haptonomie leert echter om te wachten, (ook al ben je ruimschoots uitgeteld!) tot de cliënt zelf de beweging in gang zet. Pas daarna volg je die beweging. Op die manier krijgt de cliënt de ruimte om daadwerkelijk een bijdrage te leveren, actief te zijn en niet achter de snelheid van de zorgverlener aan te bewegen. Haptonomie is impuls geven, wachten en meebewegen.

Bij dat 'impuls geven, wachten en meebewegen' kan ritme ook helpen (Knibbe & Knibbe, 2010). Veel cliënten zijn daar gevoelig voor ritme. Het samen voorafgaande aan een transfer bewegen (wiebelen) kan helpen om het gevoel voor coördinatie te in een bepaald ritme versterken. Zo kan het bij cliënten met de ziekte van Parkinson helpen om staand van de ene naar de andere voet heen en weer te schommelen, zodat ze dat gevoel van coördinatie weer een beetje terugkrijgen, de loopbeweging weer in gang kunnen zetten en kunnen doorzetten. Doe dat rustig, check continu of de cliënt in het ritme meegaat, ondersteun dat met woorden en (de intonatie van) je stem.



Copyright afbeelding: LOCOmotion

Oefen haptonomie

Zorgverleners volgens haptonomische principes is geen trucje of een handigheidje wat je makkelijk even leert. Het gaat immers om het systematisch toepassen van de grondhouding dat je de cliënt, zoals de grondlegger van de haptonomie het al in de vijftiger jaren van de vorige eeuw omschreef, niet benadert alsof hij een kapotte machine is, maar dat je de cliënt letterlijk en figuurlijk ziet en aanraakt als een volwaardig mens (Veldman, 1988). En dat is ingewikkeld om te leren via een artikel als dit. Het gaat immers verder dan woorden. Anderzijds werken sommige zorgverleners van nature al heel haptonomisch, vaak zonder dat ze het weten. Ze voelen en weten dat het werkt. Coach elkaar daarin, leer van elkaar. Wees nieuwsgierig als een cliënt heel anders op jou reageert dan op je collega. En organiseer een eventueel training.

Daarnaast kun je als zorgverlener elke werkdag experimenteren en leren in het contact met de cliënt. Onderzoek wat afstand doet, wat aanraking doet. En grip, contact, timing? Met je cliënt, maar ook met jou. Ook privé kun je je 24/7 oefenen in haptonomie. Ga eens naast iemand zitten op een bankje in het park. Welke van de drie urinoirs kies je als de linker is bezet? Wat doet oogcontact als je een onbekende op straat tegenkomt. Of wat voel je bij een knuffel die je krijgt van een oom op je verjaardag? Hoe geeft iemand je een hand? Want haptonomie leer je vooral door het te doen.

Bronnen

- Elbers E, Duyndam J. Haptonomy and resilience: A literature overview. *International Journal of Haptonomy and Haptotherapy* (2018).
- Finlay, L. Reflexive embodied empathy: A phenomenology of participant–researcher intersubjectivity. *The Humanistic Psychologist*, 33, 271– 292 (2005).
- Hullu, O de. Met zachte hand. Over cliëntvriendelijke ADL–zorg en transfers. Gigaboek (2018).
- Knibbe JJ, Knibbe NE. ErgoCoach Mini Pocket: Kennis is de Basis. Project Gezond & Zeker, Stichting Regioplus. Zoetermeer (2010).
- Merleau-Ponty, M. Fenomenologie van de waarneming. Amsterdam: Boom (2009).
- Mol. I. Handboek haptonomisch verplaatsen. Reed Business, Amsterdam (2011).
- Mol I. Haptonomisch verplaatsen. Hoofdstuk 5 uit Basisboek voor de ErgoCoach. Redactie: Mil I, Klaassen A, Boomgaard J, Knibbe JJ, Knibbe NE. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen (2005).
- Veldman, F. Haptonomie: wetenschap van de affectiviteit. Utrecht: Bijleveld (1988).