

Wat wij kwijt zijn en weer kunnen vinden,

Verpleegkundig aanraken.

Sonja van Hees, verpleegkundige, verpleegkundig specialist GGZ

Inleiding

Verpleegkundigen zijn de enigen die professioneel zijn opgeleid om vierentwintig uur per dag patiënten aan te raken. In de dagelijkse praktijk van het verplegen is dit langzaam maar zeker vervangen door andere handelingen. Wij raken nog aan omdat we wassen of bijvoorbeeld sondes of katheters inbrengen, of bij het injecteren. Het zijn in de tijd weinig uren die wij daaraan besteden. Het aanraken laten we ons ontgaan omdat we zelf niet meer weten welke betekenis dit kan hebben voor de patiënt en voor onszelf. Maar het is wel een deel van het beroep dat naar mijn stellige indruk onvervangbaar is. Ik wil in dit artikel een kort overzicht geven van hoe het zo gekomen is dat aanraken langzaam maar zeker is verdwenen en welke overwegingen er zijn om het aanraken weer te integreren in onze beroepsuitoefening.

Geschiedenis

In de GGZ is het aanraken altijd wat meer op de achtergrond geweest in vergelijking tot de algemene zorg. In *Geduld en Toewijding* (Stegge aan de & Hoogeveen, 2010) vertellen verpleegkundigen over hun ervaringen in de psychiatrie. Verpleegkundige zuster A.M. Geurts beschrijft daarin hoe patiënten gewikkeld werden om tot rust te komen. Dit wikkelen in lakens gebeurde een aantal malen per dag omdat een patiënt ook naar de wc moest. Daarnaast vertelt ze hoe patiënten die alleen op een kamer verbleven soms contact uitlokten door onrustig te worden. Wanneer de verpleging zo werd gedwongen binnen te komen, gaat de patiënt een robbertje vechten. Het gevolg was dat de patiënt dan voor wikkelingen in aanmerking kwam.

In mijn waarneming is dit een manier van de patiënt om contact te maken en aangeraakt te worden. In de afgelopen decennia zijn in de media verhalen verschenen van tuchtrechtelijke grensoverschrijdende situaties waar patiënten en verpleegkundigen betrokken waren. Deze grensoverschrijdingen maken dat er gedragsbepalende maatregelen getroffen zijn binnen de instellingen. Door deze verhalen en de getroffen maatregelen zijn we als verpleegkundigen op de werkvloer, zeker in de GGZ, huiveriger om patiënten aan te raken. In de algemene zorg is het vanzelfsprekender geweest om patiënten te wassen in de ochtend en de middag en de avond. De laatste decennia zie je daar een verandering. Het is een terugtrekkende beweging waarbij, zeker ook positief, de patiënt steeds meer zelf gaat doen. De hele wasbeurt is meer en meer vervangen door zelf douchen en soms tot wassen zonder water met magnetron doekjes.

Uit eigen ervaring

Werkzaam als verpleegkundige sinds 1974 zag ik dat binnen de GGZ de gewoonte was om alleen iemand te wassen die te oud was om dit nog zelf te doen. Binnen algemene ziekenhuizen is het in die tijd nog de gewoonte mensen na een operatie op bed te verplegen en dus te wassen, en na een bevalling de moeder de eerste keer op bed te wassen. In de jaren tachtig was het gewoner om op de interne en chirurgische afdelingen waar ik werkte, te helpen bij het wassen aan de wastafel of bij het onder de douche gaan, waarbij je de rug wast en de voeten als dat nodig is. In de wijkverpleging hielp je in die tijd gedeeltelijk bij het wassen of je waste een patiënt die in de laatste fase van het leven is helemaal, van top-tot-teen.

Doordat ik sinds de jaren zeventig mijn beroep uitoefen, heb ik kunnen ervaren dat je mensen verkwikt door een wasbeurt waarbij je de patiënt zorgvuldig maar niet dwingend aanraakt. Bij patiënten die net een operatie achter de rug hebben of veel pijn lijden, merk je dat zij dan enige tijd meer aankunnen.

Systematisch ritmisch aanraken

Door mijn werkplekken in Zwitserland, Groningen en later in Bilthoven, op de kraam-, interne-, psychiatrische- en verslavingszorg afdelingen leerde ik de ritmische inwrijvingen kennen. Ik merkte dat patiënten er rustiger van werden en meer verbonden raakten met de eigen situatie. Daarbij bleef ik opvallend fit.

Ritmische inwrijvingen zijn een lichte, aandachtige, ritmische, systematische manier van aanraken van de patiënt. De inwrijvingen zijn door de arts Ita Wegman in de jaren twintig van de vorige eeuw ontwikkeld. De ritmische inwrijvingen zijn door verpleegkundigen verder uitgewerkt en ontwikkeld. Het uitgangspunt is de effleurage greep (Layer, 2014) uit de Zweedse massage.

De patiënt ligt bij een totaalinwrijving op bed in een flanellen laken. Tijdens de inwrijving is alleen het deel dat ik inwrijf, ontbloot. Ik wrijf in met een medicinale olie. Eerst de rug, dan onderarm, elleboog, bovenarm, schouder, ene zijde en dan de andere zijde, vervolgens borst, buik, onderbeen, knie, bovenbeen ene zijde en dan de andere zijde, en tot slot de voeten. Het geheel duurt een half uur. De inwrijving kan ook een deel van deze totaalinwrijving zijn, bijvoorbeeld een voetinwrijving. Deze duurt dan ongeveer vijf minuten. Door deze ervaringen ben ik gaan zien hoe patiënten die veel pijn hebben, met zichzelf in de knoop zitten, veel stress ervaren, slaapproblemen hebben, verteringsproblemen hebben, onrustproblemen ervaren, grensproblemen kennen, door een inwrijving geholpen kunnen worden.

Ik ben mij gaan afvragen hoe dit mogelijk is. Ik verklaar dit als volgt: een patiënt voelt zich woordeloos met aandacht waargenomen en erkend, en door de aanraking bevestigd als medemens. Hij of zij merkt dat de inwrijving helpt. Patiënten vertellen onder andere dat ze zich warmer voelen, eigen grenzen kunnen herkennen, zich meer kunnen ontspannen, dieper kunnen ademen, meer aan kunnen, zich beter in hun vel voelen, ontdekken dat ze ook anders kunnen reageren en dat het helpt om beter te worden, zich weer één geheel en daardoor beter te voelen.

Wetenschappelijke studies

Ik ken nu drie studies die mijn ervaringen en die van patiënten bevestigen.

Het 'Structuur Fenomenologische Onderzoek van de Ritmische Inwrijvingen' door Mathias Bertram (Bertram, 2005). Op basis van zijn onderzoek concludeert hij dat:

- alle patiënten die worden ingewreven *kunnen loslaten*: de patiënt kan zich bijvoorbeeld bevrijden van lichamelijke of mentale spanningen
- een kleiner aantal mensen *zich, ondanks ziekte, wel weer als één geheel kan beleven*: bijvoorbeeld na een grote operatie of bij een chronische aandoening je toch weer thuis voelen in je eigen lichaam
- een nog kleiner aantal mensen *iets nieuws kan beginnen*: bijvoorbeeld er komt een proces opgang van verandering waardoor het ziek zijn minder impact heeft op het dagelijkse leven.

'De Oxytocine Factor' van Kerstin Uvnäs Moberg (Uvnaes Moberg, 2007) beschrijft de mogelijkheid van de transmitterstof oxytocine om het rust- en verbondenheidssysteem te activeren. Ze beschrijft het ten opzichte van de vecht- en vluchtreactie die we kennen in een

stressvolle, bedreigende situatie. Oxytocine kan lichamelijke en psychisch-sociale processen harmoniseren. Het stimuleert de groei en genezingsmogelijkheden, het stimuleert nieuwsgierig gedrag en geeft minder angst en meer sociale interactie. Voor de korte termijn is er een alertheidsreactie, op de lange termijn een stress verlagende reactie met meer rust, hogere pijngrens, lagere bloeddruk, lagere hartslag, een sterker immuunsysteem en een harmonisering ten aanzien van eetlust en dorst. De oxytocine stimuleert tijdens de bevalling de uitdrijving van het kind en bij de borstvoeding de melkklieren.

Moberg vertelt ook dat haar onderzoek naar het rust- en verbondenheidsstelsel heeft uitgewezen dat aanraking door een verpleegkundige de patiënt kalmeert, ook al heeft hij deze professional nog niet eerder gezien. Afscheidenheid en ziekte of verlies van een partner verhoogt de kans op ziekte. Aanraken heft deze afscheidenheid op. Daarbij heeft onderzoek in Zweden, waar ze aan refereert, uitgewezen dat het licht aanraken met ritme in een heldere structuur het meest werkzaam is. Ook degene die inwrijft, vertoont een lager cortisol, een stress gerelateerde transmitterstof, en een hoger oxytocinegehalte. Dus ook degene die het werk verricht, raakt meer ontspannen en verbonden, hetgeen dus ook voor haar of hem gezondheid bevorderend werkt.

Mieke Grypdonck en Andries Baart hebben de presentietheorie uitgewerkt voor de verpleging (Baart & Grypdonck, 2008). Zij geven in deze studie onder andere aan dat als je een gesprek voert en daarbij present wilt zijn wat je dan kunt verzorgen. Het laten ontstaan van verbondenheid is daarbij van belang. Zij beschrijven hoe je verbondenheid in het gesprek als verpleegkundige kunt verzorgen. De beschreven aspecten zijn: je let op de houding van de patiënt, je kent eigen manieren van hoe je een gesprek voert, je kent de algemene regels van het helpende gesprek, je voert het gesprek aandachtig, je bent tijdens het gesprek ook op jezelf, je verzorgt veel ruimte voor de ander in het gesprek, daarmee verzorg je een ontmoeting. Door deze aspecten te verzorgen ontstaat er verbondenheid. Verbondenheid beschrijven zij is de basis om tot nieuwe dingen te komen.

Wetenschappelijke studies in relatie tot de eigen ervaringen

Het aanraken tijdens het verplegen zetten wij in vaak in op momenten dat woorden even te kort schieten, of niet helpen maar dat troost en of nabijheid van belang zijn. In het verplegen kennen wij de werking van het aanraken zonder dat wij ons van de onderbouwing daarvan bewust zijn.

Door de verklaring van de werking van oxytocine bij het aanraken voor de patiënt en degene die het aanraken inzet wordt de stress verminderende, rust brengende, ontspannende mogelijkheden van het aanraken onderbouwt. Daarnaast wordt de vitaliserende uitwerking voor degene die aanraakt verklaard.

Voor het helpende gesprek hebben Grypdonck en Baart aspecten onder de aandacht gebracht die van belang zijn en die wij regelmatig onbewust inzetten.

Voor het ritmische aanraken, je kunt het ook een non-verbale manier van gesprek voeren noemen, zijn door verpleegkundige kwaliteitscriteria ontwikkeld.

Voor mij is het opvallend dat de aspecten die Baart en Grypdonck benoemen voor het helpende gesprek overeenstemmen met de kwaliteitscriteria die verpleegkundige, internationaal samenwerkend, ontwikkeld hebben voor het systematisch ritmisch aanraken op basis van de effleurage greep van de Zweedse massage.

Hieronder in een schema de punten die Andries Baart en Mieke Grypdonck op een rijtje zetten en de kwaliteitscriteria voor het ritmisch systematisch aanraken naast elkaar.

<i>Het helpende gesprek beschreven door Mieke Grypdonck en Andries Baart</i>	<i>Ritmische inwrijvingen het ritmisch systematisch aanraken beschreven door Sonja van Hees</i>
<i>-Let op de houding van de patiënt.</i>	<i>-Let op hoe de patiënt in bed ligt.</i>
<i>-ken je middelen van gesprek</i>	<i>-olie of zalf voor de inwrijving</i>
<i>-ken de regels van het helpende gesprek.</i>	<i>-ken de leidlijnen en de oriëntatielijnen van de inwrijvingen/het ritmisch aanraken. Leidlijnen is het spierverloop van het aan te raken lichaamsdeel. Oriëntatielijn is de lijn die je volgt als het spierverloop ook nog een andere vorm heeft.</i>
<i>-voer het gesprek aandachtig.</i>	<i>-zorg voor doorgaande aandacht in je hand terwijl je de inwrijving/ het ritmisch aanraken uitvoert.</i>
<i>-zorg ervoor dat je tussendoor op jezelf bent.</i>	<i>-verzorg tijdens het ritmische aanraken de tegenbeweging bij jezelf om op jezelf te zijn en om de ander zijn eigen plek, de eigen grenzen te laten behouden.</i>
<i>-geef veel ruimte aan de ander in het gesprek</i>	<i>-een beweging van het ritmisch aanraken kent een fase van verdichten en loslaten zonder te verlaten. Verdichten als gebaar in de inwrijving is een-vierde deel van de af te leggen weg met de hand. Verdichten is een actief waarnemen van de hand. Loslaten zonder te verlaten is drie-vierde deel van de handvoering. Het is een luisterend waarnemen van wat in je hand tegemoetkomt.</i>
<i>-door deze bovenstaande manier van spreken ontstaat er meer in het gesprek dan wat wij als mensen naast elkaar kunnen inbrengen er ontstaat een ont- moeten- waarbij er iets nieuws kan ontstaan.</i>	<i>-er is een eerste omkeermoment in het moment tussen verdichten en loslaten zonder te verlaten vormgegeven ter plekke in de hand. Het tweede omkeermoment waarbij de aandacht van het loslaten zonder te verlaten naar het opnieuw beginnen van een beweging met het verdichten gaat. Wordt vormgegeven door het afgeven van het inwrijfgebaar rondom mijn rug en dan weer opnieuw beginnen. Het geeft mede daardoor degene die het verpleegkundig aanraken ondergaat ruimte voor een eigen reactie.</i>
<i>-Verbondenheid verzorg je door deze bovenstaande aspecten te verzorgen.</i>	<i>-er ontstaat en je verzorgt hiermee onder andere warmte het lichamelijke aspect van verbondenheid.</i>

Door mijn eigen eerdergenoemde ervaringen tijdens het wassen van patiënten en het systematisch ritmisch aanraken in combinatie met de drie bovenstaande wetenschappelijke studies ben ik nog enthousiaster voor het verpleegkundig aanraken. Het kan een positieve interventie zijn voor onze patiënten en vitaliserend voor onszelf. Het is een reden om het verpleegkundig aanraken onder de aandacht te blijven brengen in de uitoefening van ons beroep van verpleegkundige.

Samenvattend

Gezondheidsbevordering is de kern van ons verpleegkundig beroep. Tijdens ziekte komt een patiënt in een stressvolle situatie terecht, die vecht- en vluchtreacties oproept. De rust- en verbondenheidsreacties zijn er om ons ten opzichte van de vecht- en vluchtreacties in evenwicht te brengen. Aanraken op een lichte, aandachtige, ritmische, systematische manier is een mogelijkheid om de rust- en verbondenheidsreactie te wekken. Aanraken is in ons beroep op de achtergrond geraakt.

Terwijl je dus op grond van ervaring en wetenschappelijke inzichten zou kunnen zeggen dat het aanraken bij het wassen en andere behandelingen die wij geven van belang is.

Wij kunnen overwegen om het aanraken op een aandachtige (Baart & Grypdonck), ritmische door ieder gelijke wijze (Moberg, 2007) weer meer kunnen gaan inzetten. Het helpt de patiënt en onszelf (Moberg, 2007)

Als verpleegkundigen reageren wij vierentwintig uur per dag op mensen die stress vertonen doordat ze ziek zijn of zich in een ongemakkelijke situatie bevinden. Wij beschikken over kennis van zaken en hebben inzichten over ziekten en omgevingsfactoren die erop van invloed zijn. Wij kunnen medisch technisch handelen. Maar wij hebben onze handen vierentwintig uur per dag bij ons, waarmee we professioneel kunnen aanraken en bewust een tegenwicht kunnen bieden aan een stressvolle situatie van ziekte. Het verpleegkundig aanraken blijft naast helpende gesprekken en technisch handelen een mogelijkheid die wij altijd kunnen inzetten, vierentwintig uur per dag.

Literatuur

Baart, A. & Grypdonck, M. (2008). *Verpleegkunde en presentie*. Den Haag: Lemma.

Bertram, M. (2005). *der Therapeutische Prozess als Dialog*. Berlin: Pro Business.

Layer, M. (2014). *Praxishandbuch Rythmische einreibungen nach Wegman/Hauschka*. Bern: Huber.

Stegge aan de, C., & Hoogeveen, J.-C. (2010). *Geduld en toewijding*, blz. 65-76. Utrecht: Stichting GGZ-VS.

Uvnaes Moberg, K. (2007). *De oxytocine factor*. Amsterdam: Thoeris.