

Åndedrætsstimulerende massage

For almost 20 years Breathing Stimulating Embrocation (BSE) has stood the test in nursing practice in Germany; today the method is known in Denmark as well in connection with Basic Stimulation in Nursing. BSE is one of the most frequent investigated nursing initiatives in the German speaking world. In practice – and unfortunately also in theory – however, there are differences in how BSE is carried out. The article describes the original version of BSE developed by Christel Bienstein pointing out possible variations and errors.

Key words:

Breathing Stimulation Embrocation, BSE, Basic Stimulation

Gennem næsten 20 år har åndedrætsstimulerende massage (ÅSM) stået sin prøve i den plejemæssige praksis i Tyskland; i Danmark kendes den metode i dag i forbindelse med Basal Stimulation i Plejen. Det er et af de hyppigst undersøgte plejemæssige tiltag i den tysktalende verden. I praksis – og desværre også i teorien – er der imidlertid stor forskel på, hvordan ÅSM udføres. I denne artikel vil vi beskrive den oprindelige version, som Christel Bienstein udviklede den, og vil endvidere gøre opmærksom på mulige variationer og ligeledes på mulige fejl.

Udviklingen af ÅSM

Omkring 1985 udviklede sygeplejerske Christel Bienstein den åndedrætsstimulerende massage. Det blev hun ansporet til gennem erfaringer med rytmisk rygmassage, som W. Marschke havde udviklet i samarbejde med E. Eichler (1). Inden for antroposofisk pleje anvendes denne form for massage med godt resultat ved astma, smerter og problematisk slimophobning.

At Bienstein frem til ca. 1988 også kaldte sin massage, der var inspireret af den førnævnte rygmassage, for rytmisk massage, medførte betydelig forvirring (jf. 2, s. 520). For at fremhæve forbindelsen med basal stimulation blev Biensteins massage derfor kaldt åndedrætsstimulerende massage – eller siden 1990 ofte ganske enkelt ÅSM (på tysk: Atemstimulierende Einreibung – ASE; på engelsk: Breathing Stimulating Embrocation – BSE).

I forhold til rytmisk massage foretog Christel Bienstein først og fremmest ændringer i teknikken: I stedet for at lade hænderne, hvor fingerspidserne hele tiden vender op mod skulderen, kredse rundt brugte hun at føre hænderne i en afrundet trekant og følge ryggens naturlige hårvækst. I de første år blev ÅSM udført med spredte fingre, så interkostalnervener og -muskler blev inddraget, senere med samlede fingre, hvorved berøringsinformationen blev tydeligere og ribbenenes forløb tilsvarende.

ÅSM er altså ikke en variant af rytmisk massage, men blev videreudviklet sammen med andre koncepter, der havde udgangspunkt heri! Parallelt med denne vi-

dereudvikling blev Christel Biensteins basale stimulation overført til plejen. I den forbindelse skulle ÅSM primært styrke patienternes opfattelsesevne og fremme deres orienteringsevne. Især patienter, der fortabte sig i tid og sted, skulle bevare den tydelige orientering, som udgår fra en positiv og styrkende oplevelse af såvel åndedrættet som brystkassen henholdsvis ryggen som omsluttende. Endvidere skulle åndedrættet erfares som centralt livelement i interaktionen med plejepersonalet.

I 1991 publicerede Christel Bienstein for første gang sin åndedrætsstimulerende massage i bogen *Basale Stimulation in der Pflege* (3), men inden da havde hun udbredt kendskabet til den ved forskellige seminarer og foredrag, ofte i forbindelse med pneumoniprofylakse. Denne profylakse er imidlertid ikke længere det erklærede mål, bl.a. fordi det ikke er videnskabeligt bevist, hvordan „tiltag halvanden gang dagligt“ virker på udviklingen og/eller forebyggelsen af pneumoni.

Forebyggelse og behandling af pneumonier ved åndedrætsproblemer lå desuden ligesom bevægelsesfremmende tiltag spredt ud over 24 timer snarere inden for rytmisk massages område.

ÅSM er indgående beskrevet, og vi skal her blot erindre om de væsentligste elementer:

- *Mål:* At fremme patientens åndedræt, gøre det dybere og rytmisk samt at fremme hans kropsopfattelse.
- *Indikationer:* At muliggøre opbygning af en relation, psykisk stabilisering, stressnedsættelse, åndedrætsstøtte, aftrapning, præ- og postoperativ før- og efterbehandling, beroligelse, orientering og udvikling af dag-natrytme samt at hjælpe patienten til at falde i søvn.
- *Kontraindikationer:* Brud på flere ribben. Ved sternumoperationer er ÅSM på forsiden af thorax (brystet) ikke mulig pga. eventuel suturinsufficiens.

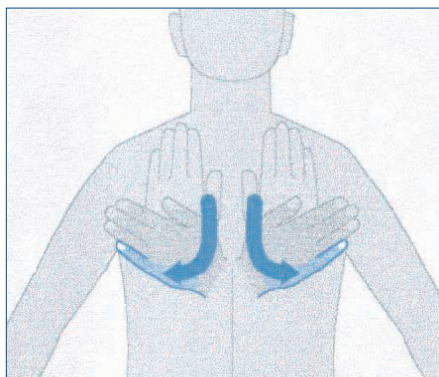
- *Forudsætninger hos plejepersonalet:* Uforstyrret ro i ca. 10 min., varme hænder, ingen ringe o.l. på hænderne, ingen handsker.
- *Lejring:* Siddende, 90°/135° sideleje, bugleje (rygleje, dvs. ÅSM på brystet, kun i undtagelsestilfælde).
- *Materiale:* Lotion.
- *Fremgangsmåde:* Rolig og struktureret indgnidning med creme. Med flade hænder stryger man adskillige gange parallelt og symmetrisk med rygsøjlen fra skulderen ned til den nederste ribbenskant; derefter begynder man ved en udånding at bevæge hænderne i spiralformede cirkler/trekkanter.
- Fase 1: Hænderne glider ned langs rygsøjlen.
- Fase 2: Hænderne drejes og glider udad til siderne.
- Fase 3: Hænderne drejes og glider tilbage til rygsøjlen (se fig. 1).

Med disse cirkelformede bevægelser indgnides ryggen ned til nederste ribbenskant. Under indånding føres først den ene, så den anden hånd igen op til skulderne, og ved næste udånding fortsætter indgnidningen i samme rytme.

- *Hændernes tryk:* Ved udånding: Tommel- og pegefinger med tryk indadtil med henblik på thoraxkompression. Ved indånding: Mere tryk med håndkanten kranielet rettet. Under ind- og udånding følger de udrettede håndflader sig efter patientens kropsform.

Når der er overensstemmelse mellem patientens åndedræt og hændernes bevægelse, kan åndedrættet alt efter indikation stimuleres til at ændre frekvens, karakter og dybde.

- *Varighed:* Efter indikation (3-10 min.).
- *Afsluttende* stryges hele ryggen og patienten lejres.



Variationer og videreudviklinger

Der findes imidlertid nogle varianter, der afviger mere eller mindre fra det ovennævnte. Sådanne former skal hilses velkomne, men bør ifølge Christel Bienstein ikke bære navnet ÅSM; man kunne snare kalde dem „almene åndedrætsstøttende tiltag“. Også sådanne tiltag kan fremhæve åndedrættet som et vigtigt, om ikke det vigtigste livselement (ved siden af ernæring, bevægelse, udskillelse osv.).

Afsluttende tværgående strygninger, evt. endda imod hårvæksten på ryggen, og anvendelsen af medicinske præparater som fx pebermynteolie afviser C. Bienstein i det hele taget. En direkte samlet påvirkning af kemiske og basalt stimulerende „virkemidler“ er problematisk. Ikke blot fordi vekselvirkning og synergieffekt i hvert enkelt tilfælde bør udforskes, men også fordi den „stimulerende“ duft hypotigt kommer i forgrunden for patienten

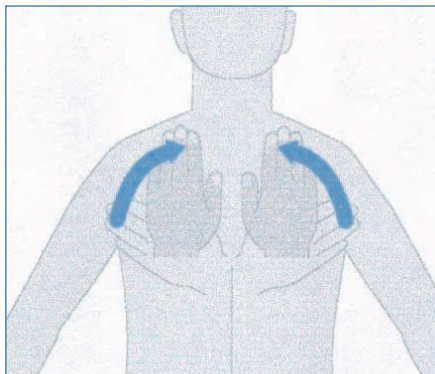


Fig. 1. Fase 1-3.

og derfor bliver det, der forårsager interaktionen, dvs. „de basale berøringer“, og altså synonymt med dem. (Efter en ÅSM-behandling, som jeg nødtvunget havde udført med salve, sagde den kvindelig patient til mig: „Det var vel nok en fantastisk salve. Den må du skrive op til mig, så min datter kan gnide mig ind i den.“) Måske benytter fyioterapeuter af lignende grunde normalt heller ingen præparater i deres behandling. Ved ÅSM bør den (skiftende) følelse stå i forgrunden og ikke primært sekretolyse e.l.

ÅSM-varianter

En stimulerende variant, som man imidlertid ikke har tilstrækkelig erfaring med, består i, at forholdet mellem ud- og indånding, som henholdsvis reguleres ved trykket fra massagen, og ribbenenes bevægelse bringes fra to til et med intensiveret massage i fase 1 og 2 (udånding) og fra et til to med langsomme tag i fase 3.

En anden stimulerende variant blev i 1990 afprøvet af Christel Bienstein ved et plejefagligt seminar og forkastet som uegnet. Her prøvede vi at lade indgningerne gå den modsatte vej, altså i trekantede spiraler nedefra og op samt mod hårvæksten. Virkningen hos raske mennesker var ændringer i hjerterytmen og foruroligende skift i blodtrykket.

Nu og da er der blevet gjort gode erfaringer med indgnidning af forsiden af thorax hos patienter, der kun kunne lejres på ryggen. I den forbindelse opstod der vanskeligheder med at tilpasse håndbevægelserne til det omvendte forløb af ribbenene – bevægelsen i fase 3 bliver her til fase 1, altså til udånding. Derudover forhindrer en stor barm hos kvinder, at bevægelsen bliver glidende. Når dertil kommer, at hårvækstens retning er en anden på forsiden af thorax, gør det tilsammen, at der hos patienten opstår et mindre tydeligt indtryk, og virkningen er ikke så intensiv, helt bortset fra at dette kropsområde opleves som meget mere intimt end ryggen.

Er patienten kommet dertil, at hans opmærksomhed er ekstremt centraliseret (4-5), kan denne variant muligvis af samme grund åbne for en særlig indgangsvinkel. Hos andre patienter kan ÅSM på brystet derimod overskride privatsfæren, og derfor bør denne variant omhyggeligt afvejes mod andre tilbud (fx kontaktvejrtrækning ved berøring på skjorten).

Der blev også gjort gode erfaringer med ÅSM til børn, især som hjælp til at falde i søvn (6). På grund af størrelsesforholdet mellem ryggen/ribbenene og indgniderens hånd er ÅSM til børn under otte år lidet meningsfuldt. Især da man fx hos en nyfødt med en åndedrætsfrekvens mellem 30 og 40 eller hos en for tidligt født med en frekvens 50-60, skulle massere en lille bitte flade. Alligevel kan man her som variant respektive åndedrætsunderstøttende massage tilbyde rolige gnidende og strygende bevægelser eller kontaktvejrtrækning ved at holde bredt om barnets brystkasse. De gnidende bevægelser i takt til åndedrætsfrekvensen skal her snarere formidles som en form for froteren og emotion.

I beskrivelsen af ÅSM i den nye udgave af Basale Stimulation für Pflegende af Bienstein & Fröhlich bliver den mulighed også omtalt, at plejepersonalet ved massage kun angiver åndedrætsfrekvensen (7). Vi har imidlertid hyppigt oplevet situationer, hvor det var vigtigt for patientens accept og udbytte, at vi som massører stor set tilpassede os patientens åndedræt. For

astmatikere og hos patienter ved aggressive tendenser er dette tegn på accept, og på at man nærmer sig den anden betydeligt. Herved bliver patienten på ingen måde understøttet i sin patologiske vejrtrækning. Tværtimod tager patienten erfaringsmæssigt hurtigt imod at blive hjulpet til en for ham mærkbar bedre vejrtrækning.

Studier og erfaringer

Der foreligger imidlertid ikke så få undersøgelser af ÅSM, der, også selvom de ofte kun har en prævidenskabelig karakter, overbevisende fremlægger de mangeartede og intense virkninger af dette originale plejemæssige tiltag.

Allerede i 1990 kunne det påvises, at indslumringstiden og sovemiddelforbruget kunne nedsættes, ligesom den subjektive søvnkvalitet kunne forbedres (8). I en tilsvarende undersøgelse kom en gruppe af studerende under ledelse af B. Nasterlack (9) til de samme resultater (jf. også (10)).

I 1992 undersøgte M. Lengauer ÅUM som operationsforberedelse og kunne efter massage køre afslappede patienter, der ikke var bange, ind i operationsstuen. Narkoselægerne havde som følge deraf mærkbart kunnet nedsætte deres præmedicineringsdosis (11).

Den orienteringsgivende virkning hos patienter med langvaring eller akut konfusion påviste A. Lehmann (11).

G. Geppert påviste en betydelig stigning i koncentrationsevnen tillige med en bedre compliance med hensyn til rehabiliteringstiltag hos patienter med apopleksi (12).

I. Pfister iagttog den positive, helbredsbeholdende virkning hos leukæmi-patienter med recidiv i isolationsafdeling (13).

Ved en undersøgelse på en psykiatrisk afdeling, var det helt tydeligt, at patienterne efter massagen sjældnere end før fremviste angstanfald, frygt, søvnløshed og indskrænkninger i den intellektuelle præstationsevne (14),

E. Rößmann undersøgte i sit kvalitative studie, hvorledes den åndedrætsstimulerende massage blev oplevet. De vidtspændende udsagn rækker lige fra, at berøringen blev oplevet som professionel, og til en positiv, godgørende og styrkegivende virkning af massagen, der følte velgørende (15).

Yderligere undersøgelser er blevet udarbejdet om forskellige aspekter som kommunikation uden ord med handicappede børn og respiratoraftrappingsfaser.

Som du ser, kære læser, er den anførte fremgangsmåde i den oprindelige ÅSM særdeles godt udforsket. I anden del beskrives vi, hvordan mulighederne i ÅSM kan mangedobles og udvikles professionelt, når man arbejder inden for netværket af de centrale mål.

Åndedrætsstimulerende massage og de centrale mål

Yderligere variationer vil kunne udvikles, når ÅSM bliver kombineret med de nye, såkaldt *centrale* mål. I de seneste år har C. Bienstein & A. Fröhlich videreudviklet de socialpsykologiske og de personlighedspsykologiske grundtanker i konceptet og i stadig højere grad trukket de mest alvorligt syges behov frem i forgrunden ved hjælp af *de centrale mål*. Det ramte menneskes personlighed skal i højere grad sættes i centrum; målet for basal stimulerende pleje er at sætte sig ind i og forstå patientens situation samt at understøtte patientens *egen* udvikling. Man skal forsøge at sætte sig ind i det, patientens oplever, og derudaf udlede, hvilken betydning det har for ham personligt. Hvilken historie har dette menneske, hvad kan sygdommen betyde for ham, hvilken udvikling er vigtig set fra hans synsvinkel? Og helt konkret: Hvordan føles det at ligge i én bestemt stilling i sengen, hvilke signaler modtager og sender dette menneske til sin omverden, og hvad har for ham betydning i den forbindelse? Ud fra

denne indfølgelse udvikler plejen sig som en proces og i fællesskab. Patienten er subjekt for sin egen udvikling og skal understøttes deri.

De centrale mål har ifølge Bienstein & Fröhlich en bestemt struktur, hvor *At opretholde livet og gennemgå en udvikling* indtager førstepladsen. Men denne struktur behøver ikke at gælde for alle mennesker; der kan forekomme overlappinger, målet kan ændre sig i forløbet, og flere mål kan også være lige vigtige for et menneske på samme tid.

Centrale mål i konceptet Basal Stimulation

- At opretholde livet og gennemgå en udvikling
- At føle eget liv
- At opleve tryghed og opbygge tillid
- At udvikle egen rytme
- At opdage omverdenen
- At tage kontakt og kunne mødes
- At tillægge mening og betydning
- At udforme eget liv
- At opleve autonomi og ansvar.

At opretholde livet og at ledsage

Fra patientens synspunkt kan det at opretholde livet indeholde elementære grundfunktioner ved at leve: at ånde, at få næring, at bevæge sig. Også når man er afhængig af andre mennesker, vil man gerne være sikker på, at disse funktioner fortsat bliver opretholdt, så man ikke bliver kvalt, fordi der ikke er nogen til stede, der kan sugere slim op, samt at man får tilstrækkelig næring og får skiftet stilling.

Her er det af større betydning, at det *at opretholde livet og at gennemgå en udvikling* bliver nævnt i samme åndedrag. Menneskets liv er ikke kun at opretholde livet, men også at udvikle sig. Netop for mennesker, der tidligere har oplevet en begrænsning på dette område – det være sig utilstrækkelig vejtrækning pga. lammelse, restriktion af fødevarer pga. af en byld i halsen eller en bevægelsesnedsættelse pga. et uheld – kan den *mærkbare*

udvikling af sådanne grundlæggende aktiviteter som vejrtrækning, ernæring og bevægelse være afgørende. Her kan det første selvstændige åndedrag, den første aktive indtagelse af en drik og selv de første tegn på, at man selv kan bevæge sig have fundamental betydning.

Inden for den palliative pleje får patienten tilbud om positivt og bevidst at kunne fornemme sig selv, lige til døden indtræffer.

ÅSM tjener dermed den grundlæggende støtte til vejrtrækning og bevægelse. Patienter, hvis vigtigste mål synes at være at opretholde livet og gennemgå en udvikling, kan støttes heri:

- ved at den indledende og den afsluttende berøring af thorax bliver udført meget omhyggeligt for at gøre patienten bevidst om thorax og dermed åndedrættet
- ved at vejrtrækningen evt. bliver ledsaget af ord („indånding ... udånding ...”) eller hvisken.
- ved at respiratorpatienten under ÅSM hele tiden kan se respiratoren, så han kan se, at der bliver gjort alt for at sikre hans liv (her: hans vejrtrækning)
- ved at patientens udvikling bliver støttet ved, at trykket af den plejendes hænder hele tiden bliver reduceret for i stigende omfang at lade patienten mærke sin egen individuelle vejrtrækning i stedet for et monotont kunstigt åndedræt.
- ved først og fremmest at lægge ud i patientens rytme, så han kan opleve sin egen udvikling
- eller ved at fastlægge rytmen ved den først ÅSM, men overtage patientens rytme ved den anden og de følgende ÅSM.

At føle eget liv

Netop patienter med langt sygeleje kan få forstyrrelser af deres kropsbillede pga. den uforandrede sansepåvirkning (habitation). Kroppen opfattes tåget, og om-

verdenen mister i tiltagende grad betydning. Dertil kommer sygdomstilstande og medikamentelle bivirkninger. Patienten fortaber sig i en tåge af sanseindtryk, der ikke kan holdes ude fra hinanden. Ud fra patientens synsvinkel kan hensigtsmæssige mestringsstrategier i sådanne situationer være at lukke af og trække sig tilbage, men det kan også give sig udslag i hospitalisme og stereotypier.

Som kontakttilbud er ÅSM særdeles velegnet til at støtte patienten i hans fornemmelser. ÅSM kan her tilbydes individuelt, idet:

- åndedrætsrytmen er fastsat eller overtages
- ÅSM ganske enkelt er en intensiv følelseserfaring uafhængigt af kvaliteten af patientens vejrtrækning
- man inden ÅSM kan lukke luft ud af trykafastende bløde luftmadrasser eller pumpe dem hårdt op
- patienten selv kan opfatte og føle sin brystkasse
- det er muligt før og efter ÅSM at fremhjelpe patientens erfaring af sig selv med støttende bevægelser.

At opleve tryghed og opbygge tillid

Nogle mennesker føler sig usikre, når de er på hospitalet. De ukendte omgivelser, fremmede mennesker, der manipulerer rundt med en, talrige undersøgelser, der er af betydning for ens fremtid, men som der først senere kan siges noget om, en krise, som kan bringe den fremtidige arbejds- og familiemæssige situation i fare. Hvad kan i denne situation betyde tryghed for patienten? Hvilken adfærd virker tillidsvækkende ud fra hans synsvinkel? Hvor forudselige og strukturerede skal plejemæssige, terapeutiske og diagnostiske aktiviteter være, for at patienten kan forholde sig til dem?

Med sin klare struktur kan netop ÅSM komme på tale hos patienter, hvis mål synes at være *at opleve tryghed og opbygge tillid*, idet:

- patienten bliver spurgt om, hvordan han ville have ÅSM udformet
- ÅSM bliver tilbudt på præcis samme måde (på samme tidspunkt, med samme fremgangsmåde, i samme lejring, af samme plejepersonale)
- plejepersonalet hos *utrygge* patienter angiver åndedrætsrytmen med et håndfast tryk
- plejepersonalet hos *mistroiske* patienter overtager åndedrætsrytmen med et jævnt tryk
- plejepersonalet holder kontakten under *hele* ÅSM-aktiviteten (med hænder, stemme, blik og evt. ved hjælp af et spejl)
- plejepersonalet hele tiden bevæger sig inden for patientens synsfelt
- en eventuel anden tilstedeværende fremtræder klart og trygt for patienten
- patienten er lejret helt trygt (fx med et sammenrullet tæppe under maven).

At udvikle egen rytme

Alting tager sin tid: igen at trække vejret selv og trække vejret regelmæssigt, men også at komme på højkant igen og spise igen. Efter alvorlig sygdom går det ikke så hurtigt som førhen; den normale rytme ved aktivitet og hvile er ændret og skal først genopbygges. Varige ændringer skal også bearbejdes. Her er sorg og tilbagetrækning ligeledes vigtigt, og i så tilfælde kan stimulation og mobilisering virke urimeligt. Samtidig kan et regelmæssigt tilbagevendende element i dagens forløb give tryghed og være en hjælp. Allerede det at opleve sit eget åndedræt som en tydelig, bærende rytme kan ofte være tilstrækkeligt.

Patienter, hvis mål er at udvikle deres egen rytme, kan støttes heri, idet:

- ÅSM finder sted på et fastlagt tidspunkt (fx som indslumringsritual eller som støtte til dag-natrytmen)
- ÅSM kan udføres på det tidspunkt, patienten fortrækker det (fx efter morgenmaden)

- der begyndes og fortsættes i patientens rytme
- der begyndes i patientens rytme, og denne rytme bibeholdes med et jævnt tryk som orientering, selv ved rytmeændringer
- der kan „leges“ lidt med rytmen (spørgende fra plejepersonalets side: „Skal det være dybere? Hurtigere?“).

At opdage omverdenen

Kan jeg vende mig om på siden uden at falde ud af sengen? Kan jeg i det hele taget sidde alene på denne luftmadras? Er ledningerne og slangene lange nok? Hvor langt er der ned til gulvet; jeg kan ikke mærke det under fødderne? Taler de til mig eller til en anden? Hvor kan jeg holde mig fast? Hvad er det der?

På grund af utryghed har patienter med forstyrrelser i opfattelsesevnen behov for klare informationer for at kunne opfatte deres omverden, der primært er sygestuen, og som oven i købet for det meste kun kan ses fra sengen. Under ÅSM-aktiviteten kan disse patienter støttes heri, idet:

- man har forberedt omverdenen, så den er til at opfatte med sanserne.
- dynen bliver fjernet med et tydeligt tryk i takt med åndedrættet.
- skjorten trækkes til side i takt med åndedrættet.
- patientens hænder føres fra brystkassen ned på madrassen i takt til åndedrættet.
- der på forhånd evt. er lukket luft ud af madrassen, og madrassen bliver befølt med hænder og fødder.
- patienten får en fast pude eller et uldtæppe foran brystet som holdespunkt og støtte.
- der stilles en skammel e.l. under patientens fødder, når han sidder på sengekanten.
- lys- og støjforhold afpasses, så patienten evt. kan benytte sine briller og høreapparater.

- de genstande, der kan være stabile holdepunkter for patienten – som sengekant, sengehest, en stol eller et bord – alt efter placeringen kan opfattes af patienten. Ved hjælp af åndedrætsbevægelsen kan patienten atter og atter opfatte disse genstande.
- der, når ÅSM foregår som en koncentreret aktivitet på en flersengsstue, sandsynligvis vil være behov for, at det foregår i enrum, hvilket kan opnås med et skærmbæret.

At tage kontakt og kunne mødes

Hånden på hjertet, kære læser, hvem af dine kolleger må udføre ÅSM hos dig? Hvem må ikke? Hvornår og hvordan skal det foregå? Må der være andre kolleger til stede?

Patienter, for hvem det synes at være vigtigt at udvikle kontakter kan på en god måde støttes heri gennem ÅSM, idet:

- de ganske enkelt bliver spurgt om, hvem, hvornår og hvordan der skal tilbydes ÅSM.
- der tages hensyn til patientens privatsfære og blufærdighed. Nærhed og distance skal være passende.
- det måske er en anledning til at inddrage de pårørende? (Det skal naturligvis aftales med patienten i forvejen!)
- der lægges vægt på det saglige i situationen og det terapeutiske aspekt. Så man undgår en urealistisk atmosfære af „hyggestund“.
- plejepersonalets egen åndedrætsrytme er orienteret mod patientens,

Hos bevidsthedsforstyrrede patienter bør vi nøje observere:

- Med hvilken person synes patienten at ville tage kontakt (fx ved gentagen øjenkontakt)?
- Hvordan kan han vise, at han gerne vil afslutte ÅSM-aktiviteten (fx ved at sukke)?

At tillægge mening og betydning

Efter respiratorbehandling eller en åndedrætskrise som status asthmaticus oplever patienter åndedrættet på en anden måde og vil efter den overstående krise tillægge åndedrættet ny betydning. Her kan ÅSM være en særdeles meningsfuld mulighed for uden ord at støtte patienterne i deres sygdomsbearbejdelse.

Patienter, der har visse vanskeligheder med at orientere sig og forveksler betydningsindhold, har snarere behov for sanselige og betydningsgivende erfaringer. Her kan de også støttes, idet:

- åndedrættet kan ledsages af ord eller lyd
- de spiralformede bevægelser evt. kan gøres større, så det bliver muligt tydeligere at mærke og opfatte dem
- man evt. kan benytte et spejl, så patienten kan se, at han trækker vejret
- man først kan forklare betydningen af en god vejrtrækning, og patienten derefter kan blive opmærksom på, at hans oplevelse af åndedrættet har ændret sig.

At opleve autonomi og ansvar

I institutioner som hospitaler og plejehjem er egen livsførelse afhængig af, hvor megen selvbestemmelse og hvor meget personligt ansvar patienterne har, dvs. den såkaldte tvangssituation. I praksis er det et bestemt kompromis. Nogle patienter forventer sikkert af os, at vi fortæller dem, hvad de skal gøre og ikke gøre under indlæggelsen, De er endda så usikre, at vi kan gå ind på stuen og sige til dem, at vi vil foretage ÅSM, og de vil affinde sig med det. Andre patienter vil være med til at bestemme. Vi bliver derfor nødt til at finde ud af, hvilken grad af autonomi og ansvar den enkelte patient gerne vil have, så alle parametre såsom tidspunkt, lejrning, plejeperson, åndedrætsrytme, trykforhold og varighed kan besluttes.

Især i slutningen af afvænningsfasen ved respiratorbehandling kan man i et for patienten overskueligt tidsrum tilbyde ÅSM og/eller kontaktvejtrækning i tilgift til den autonome vejtrækning, som patienten selv er ansvarlig for.

Indsatsområdet ved ÅSM kan varieres alt efter situation og centralt mål.

Bortset fra alle tekniske beskrivelse er konceptet Basal Stimulation i Plejen fremragende koncentreret i ÅSM. ÅSM er efter vores erfaring særdeles velegnet til et intenst møde med andre mennesker og således netop til at „tale“ og arbejde videre med, når ord ikke længere rækker.

Sygeplejerske, leder af kurser i basal stimulation i sygeplejen, leder af videreuddannelsen til praksisvejleder i basal stimulation, Essen

Peter Nydahl

Neurological Clinic

Neimannsweg 147

D-24105 Kiel

peter.nydahl@basale-stimulation.de

Ansgar Schürenberg

Auf der Klippe 40

D-58453 Witten

LITTERATUR

1. Eichler E. Wickel und Auflagen – aus der Praxis geisteswissenschaftlicher Medizin. Bad Liebenzell: Verein für ein erweitertes Heilweisen; 1982.
2. Thiemes Pflege 2000. Stuttgart: Thieme Verlag; 2000.
3. Bienstein C, Fröhlich A. Basale Stimulation in der Pflege. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben; 1991.
4. Buchholz T, Schürenberg A. Lebensbegleitung alter Menschen. Bern: Huber Verlag; 2003.
5. Nydahl P, Bartoszek G. Basale Stimulation – Neue Wege in der Pflege Schwerstkran-

ker. München: Urban & Fischer Verlag; 2003.

6. Theus B. Atemstimulierende Einreibung. 1: Bienstein C, Klein G, Schröder G, eds. Atem. Stuttgart: Thieme Verlag; 2002.
7. Bienstein C, Fröhlich A. Basale Stimulation in der Pflege. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben; 2003.
8. Schürenberg A. Die atemstimulierende Einreibung als einschläfförderndes Mittel in der Klinik. Pflege 1993; (2); 135-43.
9. Nasterlack B. Die Wirkung der atemstimulierenden Einreibung spricht für sich. Pflegezeitschrift 2001; (4): 254-9.
10. Bischof N. Kann ASE Einschlafstörungen und Schmerzen reduzieren? Lazarus 1998; (5/6).
11. Lehmann A, Schürenberg, Lengauer M, Taubenberger P. Atemstimulierende Einreibung und Basale Stimulation und Basale Stimulation in verschiedenen Bereichen der Kranken- und Altenpflege. Dorsten-Wulfen: Verlag I Zimmermann; 1994.
12. Geppert G. Die rythmische Einreibung bei Patienten nach Apoplex im Hinblick auf Wahrnehmung und Konzentration. Upubliceret. München: DBfK; 1994.
13. Pfister I. Berühren ist Begegnen – Wohlbefinden fördern durch ASE am Beispiel von Patienten in Umkehrisolation. Pflege Aktuell 1995; 95 (5): 355.
14. Peinsold F. Atemstimulierende Einreibung bei Angst und Schlafstörungen. Projektarbeit im LKH Graz. Stainz: LKH Graz; 1999.
15. Rößmann E. Erleben der Atemstimulierende Einreibung. Osnabrück: 2001.

SUPPLERENDE LITTERATUR

Layer M, ed. Praxishandbuch Rythmische Einreibung nach Wegmann/Hauschka. Bern: Huber Verlag; 2003.

Schröder A. Atemstimulierende Einreibung. 1: Bienstein C, Klein G, Schröder G, eds. Atem. Stuttgart; 2000.

Oversat af Suzanne Pelch