

Bettina Kirschner

Basale Stimulation ... Fummeln in der Pflege?

Umsetzung des Konzepts der Basalen Stimulation auf der Geriatrischen Rehabilitation der Kreisklinik Roth



Mittleres Management in der Pflege

Kurs 2001/2003

Bettina Kirschner

Hintere Merleinsgasse 7/1

91177 Thalmässing

1. Einleitung 1

1.1 Hypothese 2

1.2 Gedicht "Deine Hände" 2

2. Konzept der Basalen Stimulation 3

2.1 Was bedeutet Bewusstsein 4

2.2 Was bedeutet Wahrnehmung 5

2.2.1 Die Stufen der Wahrnehmungsentwicklung 6

2.2.2 Wahrnehmungsstörungen 7

2.3 Kommunikation 8

2.4 Berührung 8

3. Umsetzung der Basalen Stimulation 9

3.1 Grundvoraussetzungen für Pflegende 10

3.2 Zielsetzung 10

3.3 Ist-Standermittlung durch Fragebogen 11

3.4 Auswertung der Fragebögen 13

3.5 Angst vor Basaler Stimulation 13

3.6 Interview mit Peter Nydahl 14

4. Weitergabe des Konzepts auf Station 16

4.1 Arbeitskreis Basale Stimulation 16

4.2 Die "Basale Site" 16

4.3 Selbsterfahrung 17

4.4 Öffentlichkeitsarbeit 17

4.5 Innerstationäre Fortbildung 18

4.5.1 ASE 18

4.5.2 Initialberührung 19

4.6 Fallbeispiel 19

5. Persönliche Stellungnahme zur Hypothese 20

Quellenverzeichnis und Anhang

1. Einleitung

Einleitend möchte ich darauf eingehen, warum für mich persönlich die Basale Stimulation in der Pflege wichtig ist. Ich arbeite auf einer geriatrischen Rehabilitationsstation mit 30 Betten. Wir pflegen Patienten mit verschiedensten Wahrnehmungsstörungen, (Patienten nach Schlaganfall mit Halbseitenlähmung, Sprach- und Schluckstörungen; verwirrte Patienten; immobile Patienten). Es sind Patienten, die sich zum Teil verbal nicht mehr ausdrücken können. Ich erinnere mich noch sehr gut daran, wie ich oft mit ungutem Gefühl am Bett eines solchen Patienten stand und nach einer Möglichkeit suchte, mit diesem Menschen Kontakt aufzunehmen. Ich wusste nicht, wer er war, was er wollte, wo er momentan ist. In diesen Momenten musste ich oft an eine Schildkröte denken, durch deren dicken Panzer ich nicht dringen konnte obwohl ich wusste, da war etwas. Diese Situation war sehr unbefriedigend und stimmte mich traurig.

Auf der Suche, etwas anders machen zu können, stieß ich immer wieder auf das Schlagwort "Basale Stimulation", ohne zu wissen, was darunter zu verstehen war. Ich las viel über dieses Konzept und wurde neugierig darauf.

Ich bekam die Möglichkeit, einen Basiskurs für "Basale Stimulation in der Pflege" zu besuchen und durch die vorsichtige, langsam herantastende Anwendung der basalen Stimulation war es für mich möglich, zu

diesen Patienten Kontakt aufzunehmen und mit diesen Menschen zu kommunizieren. Nicht nur verbal, ich merkte, dass meine Hände in den Vordergrund traten und Kommunikation ermöglichten.

Basale Stimulation hat mein Pflege- und auch mein Selbstverständnis ganz nachhaltig verändert, mir die Möglichkeit gegeben, den Patienten als Partner zu sehen und mir auch viele Erklärungen auf scheinbar unerklärliches Verhalten von Patienten gegeben.

Diese Erkenntnisse und das bessere Verständnis möchte ich meinem gesamten Pflorgeteam weitergeben.

Um noch einmal auf das Beispiel Schildkröte zu kommen, zum einen hat jeder Mensch seinen eigenen Panzer, den nur einzelne Menschen durchdringen dürfen, zum anderen ist die Arbeit mit wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen wie eine Schildkröte, langsam, aber ausdauernd. Diese Eigenschaften sind auch hilfreich bei der Einführung eines neuen Konzepts im Pflegealltag.

1.1 Hypothese

Ich beschäftige mich mit der Frage: **Basale Stimulation - Fummeln in der Pflege?**

Da das Konzept der Basalen Stimulation sehr viel professionelle Beziehung, Berührung und Nähe vermittelt, sind viele Mitarbeiter, die das Konzept der Basalen Stimulation nicht kennen, erst einmal verunsichert und können nicht abschätzen, was der basal Stimulierende gerade tut ... sind es professionelle Berührungen oder ist es "Gefummel"? Deshalb möchte ich folgende Hypothese aufstellen:

Durch professionelle Berührung, Beziehung und Nähe wird die Wahrnehmung von Patienten mit Wahrnehmungs- und Aktivitätsstörungen gefördert und ihr Tagesablauf strukturiert. Durch diese Nähe entsteht Verunsicherung bei vielen Kollegen, die dieses Konzept nicht kennen.

Diese Arbeit beschäftigt sich aufgrund der vorgegebenen geringen Seitenzahl nicht mit der vollständigen Darstellung des Konzepts der Basalen Stimulation in der Pflege. Der Schwerpunkt wurde auf ein Minimalkonzept der Berührungen beschränkt.

Das nun folgende Gedicht eines unbekanntes Verfassers ist ein wunderbarer Übergang zum Thema meiner Facharbeit

1.2 Gedicht "Deine Hände"

Deine Hand so weich und warm

nimmt die meine zum Gruße an,

oder auch zum festen Griff.

Neben Halten und Gehalten werden,

zwischen Geben und Nehmen.

Ohne Ahnung für die meisten von uns,

ist der Gebrauch der Hand

in der Pflege die größte Kunst.

*Ohne aber hinzuspüren,
wenn sich Haut und Hand berühren,
oft die Schmerzen größer sind.
Zeigt dir selber, wenn es dir gelingt,
wie anders ich jetzt reagiere,
wenn ich deine Liebe spüre.*

*Weil deine Hand das Werkzeug ist,
mit der du all dein Tun vermittelst.
Ohne Ahnung, dass ich spüre
wie im Moment deine Gedanken sind.
Zusammen als Einheit,
ohne Trennung sie dir gegeben sind.*

*Oft ziehst du Handschuhe an,
weil Hygiene Vorschrift ist.
Weißt du, dass es schrecklich ist,
wenn meine Haut nur Plastik spürt?
Es ist so selten geworden,
dass jemand mich berührt.*

*Oder hast du vor mir Angst,
mit Gefühl mir zu begegnen?
Offensichtlich die Barriere ist,
weil du nie die Distanz vergisst.*

*Nähe ist nicht leicht für dich.
Ohne Angst nicht zu ertragen.
Worte können niemals sagen,
was deine Hände wortlos geben:
sie sind Fluch oder der größte Segen*

2. Das Konzept der Basalen Stimulation

Basale Stimulation ist ein Konzept zur Pflege, Förderung und Begleitung schwerstbeeinträchtigter Menschen. 1975 entwickelte der Sonderpädagoge und heilpädagogische Psychologe Prof. Dr. Andreas Fröhlich das Konzept der Basalen Stimulation zur Förderung geistig und körperlich behinderter Kinder.

Unter dem Wort "basal" verstehen wir grundlegende Angebote für den in seiner Wahrnehmung eingeschränkten Menschen. Sie knüpfen an die sehr individuellen Erfahrungen aus der embryonalen und fötalen Entwicklung an. Der Patient braucht keine Vorleistungen zu bringen.

Mit dem Wort "Stimulation" ist gemeint, dass ein Mensch, der in seinem Bewusstsein und in seiner Wahrnehmung eingeschränkt ist, positive Angebote braucht, damit Entwicklung (körperliche, soziale, geistige, emotionale) für ihn möglich wird.

In den 80er Jahren nahm die Krankenschwester und Diplompädagogin Christel Bienstein Kontakt zu Prof. Fröhlich auf und gemeinsam begannen sie, dieses Konzept in die Erwachsenenpflege zu übertragen.

Durch Basale Stimulation wollen wir Wahrnehmung vermitteln und Reaktionen fördern. Es kann eine effektivere, therapeutische Pflege und somit auch ein neues Pflegeverständnis aufgezeigt werden.

Ziel der Basalen Stimulation ist die Anregung und Förderung individueller Lernprozesse in dem betroffenen Menschen. Pflege wird hier als Angebot verstanden, über dessen Annahme der Patient entscheidet. Pflege ist Basis zur Kommunikation. Es wird eine Kommunikationsform gewählt, die der Patient wahrnehmen und verarbeiten kann. Wir begeben uns hier auf die Ebene des Patienten und vermitteln ihm dabei Kommunikation, die sich bei schwer wahrnehmungsgestörten Patienten auf elementare Inhalte bezieht: sich selbst erleben, Grenzen des Körpers zu erspüren, die Welt außerhalb des Körpers wahrnehmen und die Gegenwart eines anderen, interessierten Menschen zu fühlen.

2.1 Was bedeutet Bewusstsein

Den Begriff "Bewusstsein" genau zu definieren, würde den Rahmen dieser Facharbeit sprengen, dennoch erscheint es mir wichtig, diesen Begriff zu behandeln. Im Brockhaus steht folgendes über Bewusstsein:

"1. Philosophie: die Gewissheit des >ich selbst< im Denken und Wahrnehmen

2. Psychologie: die besondere Art des Erlebens, in der der Mensch seelische Vorgänge als gegenwärtig in ihrer Zugehörigkeit zum Ich erfährt."

Und dort steht auch folgendes über Bewusstlosigkeit:

"(Besinnungslosigkeit) völlige Ausschaltung des Bewusstseins, schwerster Grad der Bewusstseinsstörung"

Nach Beobachtungen auch von Pflegenden greift diese Definition oft nicht. Es muss die Frage gestellt werden, ob der Begriff "Bewusstlosigkeit" seine Gültigkeit besitzt. Bewusstlosigkeit ist nicht gleichzusetzen mit Erlebnislosigkeit. Wir können keine Bewusstlosigkeit feststellen, sondern nur das Fehlen einer bestimmten Form von Bewusstsein. Entscheidend ist hierbei unsere innere Haltung und Wahrnehmung, wenn ich den Patienten potenziell als erlebnis- und kommunikationsfähig betrachte, werde ich seine Aktionen sinngebend wahrnehmen und beantworten können.

Es gäbe noch viel mehr über Bewusstsein und Bewusstlosigkeit zu sagen, aber ich möchte das Thema je abschließen mit einem Satz von Fred Salomon (1994)

"Die Diagnose Bewusstlosigkeit ist nur ein Deutungsversuch von uns, den Mangel an Rückkoppelung zu als Handelnde zu beschreiben. Er sagt nur, dass uns die Antenne fehlt, Botschaften dieser Menschen zu empfangen."

2.2 Was bedeutet Wahrnehmung

Sehr früh in der Entwicklung eines Menschen ist ihm die Fähigkeit der somatischen, vibratorischen und vestibulären Wahrnehmung gegeben. Ein Kind im Mutterleib nimmt schon wahr, wenn die Mutter sich bewegt, geht oder sich hinlegt. Schon in dieser Phase wird das Vibrationsempfinden und das Gleichgewichtsempfinden geschult. Mit zunehmender Reifung werden die Wahrnehmungsmöglichkeiten immer differenzierter.

Die entwicklungsbedingte Ausgestaltung und Vernetzung der Wahrnehmungsbereiche unterliegen dabei ganz individuellen Begebenheiten, die intrauterinen Ursprung haben und sich nach der Geburt voll ausdifferenzieren. Von daher hat jeder von uns eine andere Vorstellung von dem, was er als "Wirklichkeit" wahrnimmt und welche Bedeutung das Erlebte für ihn hat. Es kann zum Beispiel ein Geruch oder Geschmack von einem Menschen als wohlriechend und wohlschmeckend, von einem anderen Menschen aber als ekelerregend empfunden werden.

Wahrnehmung ist ein ganzheitlicher Prozess, wobei die einzelnen Wahrnehmungsbereiche sich gegenseitig beeinflussen. Wir nutzen unsere Wahrnehmung nahezu selbstverständlich. Wir können uns fühlen, uns bewegen und mit uns und unserer Umwelt kommunizieren. Wahrnehmung ist so natürlich, dass wir erst dann über sie nachdenken, wenn wir in eine Lage geraten, in der wir ihre möglichen Grenzen erfahren.

Bewegung, Wahrnehmung und Kommunikation beeinflussen sich gegenseitig. Bewegung macht Wahrnehmung erst möglich. Umgekehrt beeinflusst unsere Kommunikation unsere Wahrnehmung und unsere Bewegung.

Mittlerweile weiß man, dass ein Mensch selbst im Stadium der Bewusstlosigkeit noch wahrnimmt. Man sollte also immer davon ausgehen, dass ein Mensch wahrnimmt, solange er lebt.

2.2.1 Die Stufen der Wahrnehmungsentwicklung:

visuell

taktil-haptisch

auditiv

olfaktorisch

gustativ

oral

somatisch vestibulär vibratorisch

Somatische Wahrnehmung umfasst die Empfindung der Körperoberfläche und des ganzen körperlichen Bereichs

Vestibuläre Wahrnehmung dient der Gleichgewichtssteuerung orientiert über Position und Lageveränderungen im Raum

Vibratorische Wahrnehmung gibt Informationen über Körpertiefe und Fülle

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass vibratorisches Erleben im Zusammenspiel mit unserer somatischen und vestibulären Wahrnehmung die Grundlage für unser Körper-Ich bildet.

Orale Wahrnehmung umfasst Empfindungen im Mundbereich

Gustative Wahrnehmung umfasst Empfindungen und Informationen über den Geschmack

Olfaktorische Wahrnehmung umfasst die Empfindungen und Informationen über den Geruch

Auditiv Wahrnehmung ist Hören von Geräuschen und Warnsystem

Taktil-haptische Wahrnehmung Be-Greifen, Tasten, Spüren und Identifizieren

Visuelle Wahrnehmung umfasst das Sehen, Farben, Größen, Hell, Dunkel

2.2.2 Wahrnehmungsstörungen

Da ich auf einer geriatrischen Rehabilitation arbeite, möchte ich speziell auf die Wahrnehmungsstörungen im Alter eingehen. Wenn uns bewusst ist, dass im Alter die kindliche Wahrnehmungsentwicklung quasi ihren umgekehrten Weg nimmt, können schon von vornherein viele Missverständnisse aus dem Weg geräumt werden. Im Alter verändern sich die Wahrnehmungsqualitäten, die Differenzierungsfähigkeiten lassen nach. Die Berührungsempfindlichkeit vor allem an Händen und Füßen lässt nach (50% > 80jährigen), ebenso die Fähigkeit, sich Temperaturveränderungen anzupassen. Der Vibrationssinn nimmt ab einem Alter von 50 Jahren ab. Das Gehör wird bei 50% der Männer und bei 30% der Frauen ab 65

schlechter. 12% der über 70-jährigen klagen über Geschmacksverluste. 75% der über 80-jährigen haben Probleme mit den Augen, z.B. wird das Gesichtsfeld enger, die Fähigkeit, sich Hell-Dunkel-Änderungen anzupassen, lässt nach, oder Linsenverunreinigungen können schwarze Flecken und den Effekt des "Nachfliegen-Greifens" hervorrufen.

Wenn jetzt ein älterer Mensch der schon allein durch sein Alter an Wahrnehmungseinschränkungen leidet mit der Diagnose Apoplex in die Klinik eingeliefert wird, eine Hemiparese entwickelt hat, sich dadurch nicht bewegen und sich verbal nicht mehr äußern kann, wird fast zwangsläufig eine Habituation eintreten. Habituation ist der Prozess, in welchem sich die Wahrnehmung an eine nahezu immer gleiche reizarme oder reizüberflutete Situation degenerierend anpasst. Die Konsequenz kann eine undifferenzierte, mit der gegenwärtigen Realität im Widerspruch stehende subjektive Wirklichkeit des Patienten sein. Der Patient liegt im Bett, eventuell auch noch auf einer Antidekubitusmatratze und könnte die gleichmäßigen Bewegungen der Matratze wie das Schaukeln eines Schiffes empfinden. Neben ihm "blubbert" vielleicht noch der Sauerstoff, was den Eindruck auf einem Schiff zu sein verstärken könnte. Er fühlt sich nach einer gewissen Zeit (oft schon nach 30 Min. der Bewegungslosigkeit) mit seinem Bett verschmolzen, spürt seine Körpergrenzen nicht mehr und seine Wirklichkeit ist vielleicht die, dass er auf einer Schiffsreise ist. Der Patient wird sich immer mehr in sich zurückziehen und mehr und mehr auf Reise gehen. Dieses Beispiel veranschaulicht, dass Patienten auch in der Habituation versuchen, ihrer gestörten Wahrnehmung einen Sinn zu geben, um sich in einer glaubwürdigen Wirklichkeit wieder zu finden.

2.3 Kommunikation

Unter Kommunikation verstehen wir normalerweise gesprochene oder geschriebene Sprache. Das setzt voraus, dass zwei oder mehrere Menschen sich verständigen können, beispielsweise die gleiche Sprache beherrschen. Diese Kommunikation setzt eine umfassende Wahrnehmung voraus. Was passiert aber, wenn wir einen demenzten oder durch einen Schlaganfall in seiner Wahrnehmung schwer beeinträchtigten Menschen vor uns haben? Wir müssen versuchen, die nonverbalen Signale, die der Patient aussendet, zu verstehen und richtig zu deuten. Was oftmals auch auf Versuch und Irrtum basiert. Unsere Hände werden zum Kommunikationsmedium, unsere Pflege bedeutet hier Kommunikation. Pflege wird hier als Angebot verstanden, über das der Patient entscheidet. Gerade in der Basalen Stimulation können Pflegenden ihre ganze Kreativität, ihre Fähigkeiten, verwirklichen. Genauso wichtig ist es aber auch, sich selbst wahrzunehmen, die persönlichen Grenzen zu erkennen und zu akzeptieren.

2.4 Berührung

Die Pflege von Menschen bedingt naturgemäß ein großes Maß an Haut- und Körperkontakt zwischen der Pflegeperson und dem Patienten. Dabei treten vor allem die Hände der Pflegenden in den Vordergrund. Patienten werden täglich unzählige Male von uns berührt. Berührungen lösen immer Gefühle aus. Es können angenehme, aber auch unangenehme Gefühle sein. Deshalb ist es wichtig, zu wissen, dass wir, die Pflegenden Möglichkeiten haben, das Anfassen und Berühren für den Patienten eindeutig einzusetzen. Es ist eine Form der Kommunikation, eine Art Sprache ohne Worte. Zu schnelle oder hastige Berührungen können den Patienten verunsichern oder verwirren. Der Patient kann dann nicht verstehen, welchen Sinn und Gefühl eine Berührung hat. Berührungen sagen auch immer etwas über den Berührenden aus. Je mehr ich als Pflegendende meine Sinne auf den Patienten richte, umso deutlicher spüre ich, dass er mich spürt. In der Berührung zeigen sich die Gefühle, die für den Berührten empfunden werden. Die Wahrnehmung, wie geht es mir momentan, aber auch wie geht es dem Patienten mit meiner Berührung, ist enorm wichtig. Jede Berührung, die ich einem Schwerverkranken gebe, ist ein Angebot meinerseits, das mein Partner, also der Patient, annehmen aber auch ablehnen kann.

"Berühren und Bewegen sind Fähigkeiten eines jeden Menschen, jeder ist dazu in der Lage. Wird diese Fähigkeit kultiviert, wird es zur Kunst und gleichzeitig mit Wissen und Erkenntnis zu professionellem Handeln." (A. Montague)

3. Umsetzung der Basalen Stimulation

Für mich stand nach einem Grundkurs "Basale Stimulation in der Pflege" außer Frage, dass ich mit diesem Konzept auf meiner Station arbeiten möchte. Dieser Grundkurs war vor ca. 2 Jahren. Danach habe ich ein wenig eigene Erfahrungen mit der Basalen Stimulation gesammelt, denn anfangs war ich recht unsicher bei der Umsetzung. Vor einem Jahr bot sich mir noch einmal die Möglichkeit einen Grundkurs und ein halbes Jahr später einen Aufbaukurs zu besuchen. Im Anschluss daran war ich so weit, mein Wissen weiterzugeben. Ich habe bei der Umsetzung des Konzepts auch die volle Unterstützung meiner Stationsleitung, da auch sie schon einen Basiskurs "Basale Stimulation in der Pflege" besucht hat. Meiner Erachtens nach ist es sehr wichtig, dass die Stationsleitung hinter dem Projekt steht. Als stellvertretende Stationsleitung bin ich mir meiner Vorbildfunktion für meine Mitarbeiter bewusst und durch das Vorleben der basal stimulierenden Pflege werden auch meine Kollegen neugierig. Ich gehe gerne auf die Fragen der Kollegen ein und bringe die Basale Stimulation bei den Übergaben und bei Teambesprechungen ins Gespräch. Die Kollegen werden neugierig und aufmerksam, wenn eigene, als positiv empfundene Erlebnisse mit der basal stimulierenden Pflege, für alle transparent gemacht werden.

Da Pflegende einer zunehmenden Arbeitsbelastung bzw. -dichte ausgesetzt sind, habe ich zusammen mit meiner Stationsleitung beschlossen, die Basale Stimulation nicht als 24-Stunden-Konzept umzusetzen, sondern vorerst ein Minimalkonzept, bestehend aus ASE (Atemstimulierende Einreibung), grenzgebende Lagerung, basaler Waschung und Initialberührung einzuführen, wobei das Minimalkonzept aber für alle Mitarbeiter gilt.

Während der Überlegung, ob unser Pflegesystem der Bereichspflege auch passend ist für eine Umsetzung des Konzepts der Basalen Stimulation, haben wir festgestellt, dass sie eine sehr gute Basis für alle therapeutischen Konzepte darstellt, so auch für die Basale Stimulation. Bereichspflege gewährleistet eine kontinuierliche Patientenbetreuung, wodurch ein Bezugsaufbau zum Patienten gefördert wird.

Unsere Pflegeanamnese nach Monika Krohwinkel trägt auch positiv zum Umsetzen des Konzepts bei, da diese sehr viel Biographiearbeit beinhaltet, die absolut wichtig ist, für das Verständnis, welche Angebote der Patient fordert.

3.1 Grundvoraussetzungen für Pflegende

Braucht es Grundvoraussetzungen zur Anwendung der Basalen Stimulation in der Pflege? Ich meine ja! Pflegende, die nach dem Konzept der Basalen Stimulation arbeiten, pflegen anders. Die Pflegenden müssen bereit sein, mit jedem Betroffenen eine individuelle Beziehung aufzubauen, zu erhalten und ihn bestmöglich zu lassen, wo es langgeht. Wir müssen eine hohe Wahrnehmungsfähigkeit für unseren Patienten entwickeln, um kleinste Fort- und Rückschritte zu bemerken und um zu erkennen, welches Angebot der Betroffene braucht und fordert. Der Mensch wird so angenommen, wie er ist. Kein Fordern, nur ein Dasein für ihn, keine Suche nach Defiziten, die ausgeglichen werden müssen. Eine Suche, wo sich der Patient befindet, ihn dort vielleicht abzuholen, wenn der Patient selbst sich selbst dafür entschieden hat.

Pflegende brauchen aber auch eine hohe Bereitschaft, professionelle Nähe zu geben und zuzulassen. Pflegende, die keine Selbsterfahrungen beispielsweise in einem Basiskurs "Basale Stimulation in der Pflege" gemacht haben, können leicht auf die Idee kommen, Basale Stimulation ist doch "fummeln" und aufgrund der für sie unverständlichen, scheinbar hemmungslosen Nähe zum Patienten das Konzept ablehnen. Grundvoraussetzung vor Einführung des Konzepts auf meiner Station ist, dass jeder Mitarbeiter den Inhalt des Konzepts kennt. Ansonsten könnten sie aus Angst vor zuviel Nähe das Konzept ablehnen bevor sie es überhaupt kennen.

3.3 Zielsetzung

Mein Ziel ist, dass alle Mitarbeiter ein Grundwissen über das Konzept der Basalen Stimulation erhalten. Jedes Teammitglied bietet dem wahrnehmungsgestörten Patienten die Initialberührung an. Jeder Mitarbeiter

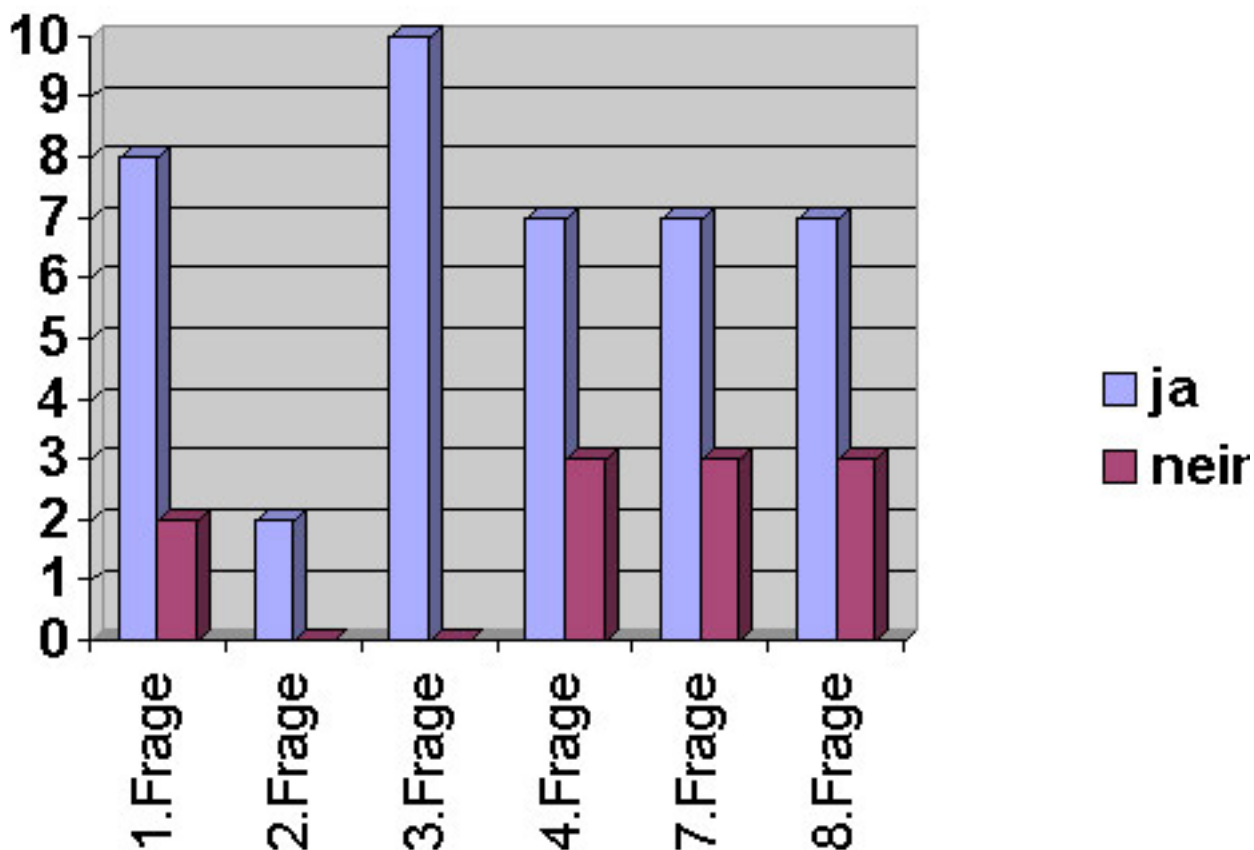
kennt die ASE, weiß wie eine basal stimulierende Ganzkörperwäsche angeboten wird, kennt die grenzgebenden Lagerungen und kann erkennen, welcher Patient welches Angebot fordert. Meine Kolleg erkennen, dass Basale Stimulation keine Aneinanderreihung von Techniken ist, sondern ein Angebot, da ganz individuell mit dem Patienten entwickelt wird. Die Angebote werden dokumentiert und kontinuierlich von jedem Mitarbeiter angeboten, damit dadurch eine Strukturierung des Tagesablaufs des Patienten gewährleistet wird. Durch ein partnerschaftliches Verhältnis und ein aktives Mitbestimmungsrecht bei der Pflege wird die Zufriedenheit unserer Patienten und letztlich auch die der Mitarbeiter gefördert.

3.3 Ist-Standermittlung durch Fragebogen

Um mit dem Konzept der Basalen Stimulation auf Station arbeiten zu können, muss als erstes ein Grundwissen bei allen Mitarbeitern vorhanden sein. Deshalb habe ich einen Fragebogen zum Thema erstellt, um festzustellen, wie viele Mitarbeiter das Konzept der Basalen Stimulation kennen, ob Interesse an Vertiefung besteht, und was die häufigsten Hinderungsgründe sind, basal stimulierend zu pflegen.

Die Fragebögen wurden auf Station ausgelegt, mit dem Hinweis, dass der Fragebogen völlig anonym ausgefüllt und in einem Sammelbehälter abgegeben werden kann. In einem Zeitraum von 14 Tagen haben 10 von 15 Mitarbeitern den Fragebogen ausgefüllt. 3 Mitarbeiter waren in diesem Zeitraum wegen Krankheit und Urlaub nicht anwesend, 2 Mitarbeiter haben den Fragebogen nicht ausgefüllt.

Das Ergebnis des Fragebogens möchte ich hier zum besseren Verständnis graphisch darstellen.

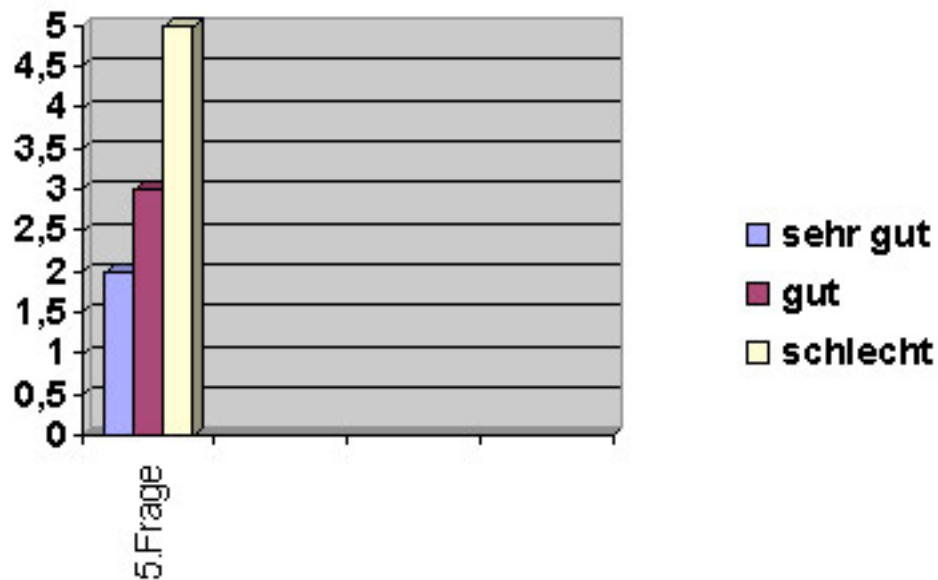


1. Frage: Ich kenne das Konzept der Basalen Stimulation in der Pflege.

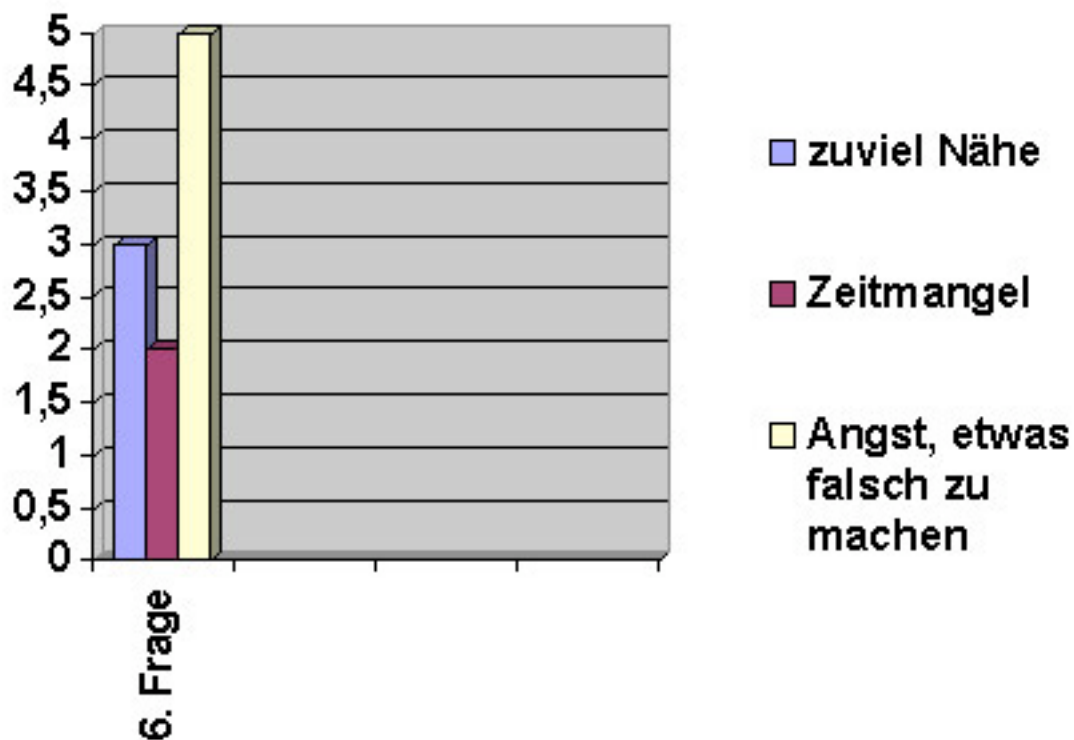
1. Frage: Ich habe Interesse daran, das Konzept kennen zu lernen.

2. Frage: Ich habe Interesse an einer weiteren Vertiefung des Konzepts.

3. Frage: Ich biete das Minimalkonzept (Initialberührung, ASE, grenzgebende Lagerung, Basale Waschung) an.
1. Frage: Seit ich das Konzept der Basalen Stimulation mit in meine Pflege einbeziehe, nehme ich den Patienten anders wahr.
2. Frage: Hat sich mein Pflegeverständnis durch die Anwendung der Basalen Stimulation verändert?



Frage: Die Sicherheit bei der Anwendung des Minimalkonzepts (s.o.) ist:



6. Frage: Was hindert mich daran, das Minimalkonzept anzuwenden?

3.4 Auswertung der Fragebögen

Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass ein großes Interesse der Mitarbeiter am Konzept der Basale Stimulation in der Pflege auf meiner Station vorhanden ist. Ein Teil der Mitarbeiter kennt das Konzept und arbeitet auch schon damit. Was meine Mitarbeiter daran hindert, trotz Kenntnis des Konzepts dem Patient basal stimulierende Angebote zu machen, ist eine große Unsicherheit und die Angst, etwas falsch zu machen. Das ist ein wichtiger Punkt, an dem ich ansetzen und meinen Kollegen weitere Angebote machen kann, um mit der Umsetzung weiterzukommen.

3.5 Angst vor Basaler Stimulation

Bei Diskussionen mit meinen Kollegen ist mir aufgefallen, dass manche Pflegenden das Konzept der Basale Stimulation aus Angst vor zuviel Nähe ablehnen. Sie sehen im Vorbeigehen, dass bei der basal stimulierenden Pflege anscheinend sehr enger Körperkontakt zu den Patienten gesucht wird, dass Pflege in den Betten der Patienten sitzen, den Patienten oft mit dem eigenen Körper abstützen und sich scheinbar hemmungslos nahe sind. Basal stimulierende Pflege kann manchmal sehr nahe aussehen, für manche Kollegen zu nahe. Hier ist es wichtig, Berührungsqualitäten erfahrbar zu machen, die Kollegen Selbsterfahrung sammeln zu lassen, um nicht Sprüche wie "Basale Stimulation- der Fummelkurs in der Pflege" hören zu müssen. Die Kollegen sollen und müssen wissen, es geht um aktive, emphatische Wahrnehmungsförderung und das hat mit "Fummeln" nicht das Geringste zu tun.

Basale Stimulation in der Pflege ist etwas Neues, etwas Unbekanntes. Wenn Pflegenden erstmalig versuchen diese Pflege umzusetzen, fühlen sie sich oft unsicher und nervös, haben Angst, etwas falsch zu machen. Viele Menschen, nicht nur Pflegenden, haben doch am liebsten etwas "Handfestes", etwas, woran sie sich halten können, zum Beispiel eine Betriebsanleitung. Dann lernen wir im Grundkurs Basale Stimulation in der Pflege, dass Basale Stimulation keine Aneinanderreihung von Pflorgetechniken ist, sondern kontinuierlich und individuell mit dem Patienten weiterentwickelt wird, eine Pflegephilosophie. Diese innere Haltung muss aber erst bei der Arbeit mit dem Konzept gewonnen werden. Das bedeutet, das

bisherige Pflegeverständnis über Bord zu werfen und sich voll auf den Patienten und die Situation einzulassen. Kollegen, die das tun, sind trotzdem oft verunsichert, etwas falsch zu machen. In diesen Fällen kann ich meinen Kollegen nur mit auf den Weg geben: Nehmt euren Patienten nicht mehr als "Kranken", sondern als ganzheitlichen Menschen wahr. Stellt euch auf eine Ebene mit eurem Patienten und seht eure Pflege als eine Art Begegnung an. Hört darauf, was euch euer Gefühl sagt und nehmt vor allem wahr: **WILL MEIN PATIENT IN DER MOMENTANEN SITUATION?** Dann kann eigentlich nichts mehr schief laufen oder falsch gemacht werden. Es kann passieren, dass unser Patient falsche Informationen bekommt, aber mit ein bisschen Fingerspitzen- und Bauchgefühl bekommen wir sehr schnell heraus, was der Patient wirklich will. Nur dieses "auf den Patienten einlassen" ist oft ein großes Problem, denn das heißt auch viel von sich selbst preisgeben.

Ein Problem möchte ich noch aufgreifen, das ist der Zeitmangel. Woran liegt es, dass nicht wenige Kollegen basale Pflege mit dem Kommentar: "Zu viel Zeitaufwand" ablehnen, während basal Pflegende diese Beobachtung selten bis nie machen. Wenn ich zum Beispiel für eine Ganzkörperwäsche 30 Minuten Zeit habe, kann ich die Waschung basal stimulierend gestalten oder eine "normale" Waschung machen. Die Körperpflege dauert so oder so 30 Minuten. Das können für den einen 30 Minuten der Begegnung mit einem anderen Menschen sein ... ein gemeinsames Erleben der Situation. Es können aber auch 30 qualvolle Minuten sein, die sowohl ich als auch der Patient aushalten muss, im Angesicht einer Situation, die für den Patienten als Pflegende sehr schwer vorstellbar ist: von Fremden berührt zu werden, abhängig zu sein, nicht sprechen zu können das Gefühl des Ausgeliefert sein zu haben.

3.6 Interview mit Peter Nydahl

Bei der Erstellung meiner Facharbeit sowie bei der Umsetzung des Konzepts auf meiner Station sind bei mir noch viele Fragen aufgetreten. Ich habe einige meiner Fragen per E-Mail an Peter Nydahl gestellt und möchte mich hier noch einmal bei Peter Nydahl für die Beantwortung meiner Fragen bedanken.

Bettina Kirschner (BK): Kann ich bei der Umsetzung und Weitergabe des Konzepts der Basalen Stimulation nicht auch sehr viel falsch machen und "daneben stimulieren"?

Peter Nydahl (PN): Was für den Einen richtig ist, kann für den Anderen falsch sein. Anbieten und Beobachten... und selbst wenn Sie Fehler machen... passiert das im normalen Leben nicht auch?

BK: Wie kann ich meinen Kollegen begreiflich machen, dass Basale Stimulation nicht nur eine Aneinanderreihung von Techniken ist, sondern eine "innere Haltung", keine Manipulation am Patienten, sondern Interaktion mit dem Patienten?

PN: Stellen Sie das Konzept aus Sicht der Patienten dar: Wie erlebt er die Situation, was ist ihm wichtig und wie nimmt er wahr und erst dann weisen Sie auf die pflegerischen Möglichkeiten hin. Dann orientieren Sie sich an den KollegInnen mehr an den Patienten. Wir brauchen Techniken, keine Frage... die aber auf den einzelnen Menschen mit seinen Bedürfnissen variiert werden müssen.

BK: Ich möchte zuerst ein Minimalkonzept bestehend aus ASE, basaler Waschung,

Initialberührung und grenzgebender Lagerung umsetzen, aber ist das nicht auch mehr Technik als Basale Stimulation?

PN: Ja, gute Auswahl und leicht umzusetzen. Weisen Sie in jeder "Technik" auf Variationen hin, damit Sie erhalten die KollegInnen Auswahlmöglichkeiten, um die jeweilige Technik individueller gestalten zu können, z.B. geht die ASE so und so, aber es gibt noch die Variationen, den Atemrhythmus vorzugeben (für Menschen, die Sicherheit brauchen) oder im Atemrhythmus der Patienten anzufangen (für selbstbestimmte Menschen). Basale Waschung: Variation: beruhigend, belebend, Waschung bei Hemiplegie oder hier Variation Tageszeit oder Reihenfolge. Umgrenzende Lagerung: mit einer Decke, mit zwei Decken, als Umlagerung, Kissen, die KollegInnen wollen Techniken, um sich sicher zu fühlen, also geben Sie ihnen die gewünschte

Sicherheit, andernfalls fühlen sie sich zu unsicher und machen dann gar nichts. Die Integration des Konzeptes heißt auch, die KollegInnen zu stimulieren, zu locken und ihnen innerhalb ihrer "Biografie" u ihrem Erleben etwas anzubieten.

BK: Was ist mit Kollegen, die dieses Konzept nicht akzeptieren können?

PN: Akzeptieren Sie diese Kollegen, sie haben sicherlich andere Kompetenzen, die Sie nutzen können u die für das gesamte Team wichtig sind, z.B. Arbeitsorganisation, Monitoring, PC (d.h. Erstellung von Tabellen für Tagespläne oder Initialberührung) Integrieren Sie auch "Gegner", damit die sich integriert fühlen und nicht ausgegrenzt. Letztendlich werden Sie nur dann Erfolg haben, wenn das ganze Team sich weiterentwickelt.

4. Weitergabe des Konzepts auf Station

Nach vielen eigenen Erfahrungen mit der basal stimulierenden Pflege und Dank der Unterrichtsstunden Projektarbeit und Umsetzung von Konzepten im Kurs "Mittleres Management in der Pflege 2001/2003", habe ich die Umsetzung des Konzepts der Basalen Stimulation weiter strukturiert und kann dieses jetzt gezielt an meine Mitarbeiter weitergeben. Mein erster Schritt war die Ist-Standermittlung, auf der ich da aufbauen konnte. Ich werde noch einmal in einem halben Jahr einen zweiten Fragebogen austeilen und auswerten, um vergleichen zu können, was sich verändert hat.

4.1. Arbeitskreis Basale Stimulation

Zur Umsetzung eines neuen Konzepts ist es sicherlich gut, eine Arbeitsgruppe zu bilden, um die Einföhr nicht von einer Person abhängig zu machen. Denn häufig werden vorpreschende basal stimulierende Pflegende als Exoten oder Einzelkämpfer belächelt. Diese Erfahrung musste ich anfangs machen, als ich begeistert von meinen Kursen, angefangen habe, nach dem Konzept der Basalen Stimulation zu pflegen. Nach der Auswertung der Fragebögen habe ich festgestellt, dass großes Interesse an einer Vertiefung de Konzepts besteht, und schon sehr viel Wissen schon vorhanden ist. Im Team wurde beschlossen, eine Arbeitsgruppe "Basale Stimulation" zu bilden. Sie wird aus vier Mitarbeitern und mir bestehen. Unser Z ist es, Akzeptanz zu schaffen für die Umsetzung der Basalen Stimulation auf unserer Station. Akzeptanz kann nur durch Transparenz geschaffen werden. Aus der Gruppe heraus wird ein Koordinator bestellt (k jedes Arbeitskreismitglied sein und wird nach jedem Workshop neu bestimmt), dessen Aufgabe es ist, Informationen aus dem Arbeitskreis an das gesamte Team weiterzugeben.

4.2 Die Basale Site

Eine weitere Idee von mir ist, auf dem Stationscomputer eine "Basale Site" mit Informationen und einer Ideensammlung "basal stimulierender Angebote" zu entwerfen. Die Ideensammlung soll als Anregung dienen, um die ersten Schritte auf dem neuen basalen Weg etwas einfacher zu gestalten, ist aber nicht al Vorgabe von Techniken gemeint, nach denen genau gearbeitet werden muss. Die Idee kam mir bei den Internetrecherchen für meine Facharbeit und wurde auch positiv von meiner Station aufgenommen. Um Arbeit unseres Arbeitskreises transparent zu machen, ist die Basale Site ein optimales Medium, denn vo dort aus erreicht sie wirklich jeden Mitarbeiter. Eine weitere Möglichkeit wäre die Basale Site per Intran in der ganzen Klinik zu veröffentlichen, um auch auf anderen Stationen die Akzeptanz für die Basale Stimulation zu erhöhen.

4.3 Selbsterfahrung

Das Wichtigste bei der Umsetzung des Konzepts der Basalen Stimulation in der Pflege ist jedoch die Selbsterfahrung. Die Mitarbeiter müssen die Möglichkeit haben, die verschiedensten Berührungsqualität am eigenen Körper zu spüren. Sie müssen auch die Möglichkeit haben, ihre Sensibilität für einen wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten zu schulen und zu vertiefen, die ermöglicht ein Grundkurs Bas Stimulation in der Pflege. Es ist klar, dass nicht sofort alle Mitarbeiter einen Grundkurs besuchen könne

deshalb muss auch auf Station die Möglichkeit bestehen, im Rahmen von stationsinternen Fortbildungen oder "Basalen Treffs" die verschiedenen basalen Angebote am eigenen Körper zu spüren, was bei uns auf Station auch schon stattgefunden hat. Wichtig ist auch einfach einmal im Zimmer unseres Patienten innezuhalten und darauf zu achten, was hört oder sieht der Patient momentan, wie fühle ich mich mit die Eindrücken, zum Beispiel dem "blubbern" des Sauerstoffs, dem Fußgetrappel der Kollegen außerhalb des Zimmers, dem Staubsaugerlärm der Putzfrau und der weißen Decke, an die der Patient jetzt schon seit einer Stunde starrt.

4.4 Öffentlichkeitsarbeit

Eine weitere Aufgabe unseres Arbeitskreises wird es auch sein, die Pinnwand auf unserer Station zu gestalten, mit Informationen rund um das Thema Basale Stimulation in der Pflege. Nur wenn wir Pflege transparent machen, was zu unserem Aufgabenbereich gehört, und welche neuen Konzepte in der Pflege entwickelt wurden, merken Angehörige und Patienten, es tut sich etwas in der Pflege.

4.5 Innerstationäre Fortbildung

Ein weiterer Schritt ist das Anbieten einer Fortbildungsveranstaltung über das Konzept der Basalen Stimulation in der Pflege, die sich allerdings auf das Minimalkonzept beschränkt. Im Einverständnis mit meiner Stationsleitung Sr. Ingrid Dietrich und meiner Pflegedienstleitung Sr. Irmgard Hautum bekam ich zwei Stunden für eine innerstationäre Fortbildung genehmigt.

Ich bin bei meiner Fortbildung zuerst auf das Stufenkonzept der Wahrnehmungen eingegangen und habe anhand einer Pinnwand und Kärtchen veranschaulicht. Ich habe allerdings darauf hingewiesen, dass ich vorerst verstärkt auf die unterste, aber grundlegendste Stufe der Wahrnehmungen, die somatische, vestibuläre und vibratorische Stimulation Wert lege. Meine Kollegen hatten die Möglichkeit, verschiedene Berührungsqualitäten wahrzunehmen. Sie konnten den Unterschied zwischen plötzlichen Berührungen und Berührungen mit vorheriger Initialberührung spüren. Wir machten uns auch bewusst, wie es sich anfühlt mit einem Handtuch, Waschlappen oder auch Handschuh als Medium berührt zu werden. Danach bin ich noch kurz auf die basale Waschung und grenzgebende Lagerungen eingegangen. Wir sind übereingekommen, dass wir die Waschung und auch die grenzgebenden Lagerungen gemeinsam während einem "Basalen Treff" erarbeiten wollen, da dies den Rahmen der Fortbildung gesprengt hätte. Abschließend haben wir noch die Ziele einer ASE erarbeitet und gegenseitig aneinander eine ASE ausgeführt. Ich habe für meine Mitarbeiter ein Skript zusammengestellt, welches nach der Fortbildung ausgehändigt wurde.

4.5.1 ASE

Unsere Atmung drückt unser momentanes Lebensgefühl aus. Bei Aufregung oder Nervosität atmen wir schnell und flach, bei Entspannung atmen wir ruhiger und tiefer. Vom Atemmuster können wir also auf Gefühlszustände schließen. Gleichzeitig können wir durch eine Beeinflussung der Atmung diese Zustände verändern. Bei der ASE handelt es sich um eine rhythmische, mit unterschiedlichem Händedruck arbeitende Einreibung zur Atemtherapie im Rücken- und/oder im Brustbereich. Durch sich angleichende Atemrhythmen entsteht zwischen Patient und Pflegekraft ein kommunikativer Prozess, der sehr viel Nähe, Entspannung und Sicherheit vermitteln kann. Indikationen zur ASE sind unter anderem: angespannte, nervöse, unruhige, unsichere Patienten mit einer angespannten und insuffizienten Atmung. Die ASE bedarf einer kontinuierlichen Übung und deshalb werden wir sie auch bei unserem "Basalen Treff" nicht aus den Augen verlieren, sondern uns gegenseitig die ASE anbieten und reflektieren, was der Berührende, aber auch der Berührte, wahrgenommen hat.

4.5.2 Initialberührung

Während der Fortbildung für meine Kollegen ließ ich sie eine Übung machen, um hinterher den Aspekt Berührungsqualitäten zu diskutieren. Die Kollegen berührten sich auf unterschiedlichste Weise gegenseitig.

am Arm, z.B. punktuelle Berührungen, flächige Berührungen, flüchtig streifend oder feste Berührungen. Berührungen waren zuerst plötzlich und ohne vorherige "Warnung" für den anderen, was die meisten Kollegen als sehr unangenehm empfanden. Danach führten wir die gleiche Übung noch einmal durch, diesmal bekamen die passiven Kollegen durch eindeutigen Druck an der Schulter oder an der Hand zu spüren ... jetzt passiert gleich etwas mit dir. Was die Kollegen übereinstimmend als sehr viel angenehme empfunden haben.

Diese Übung sollte meinen Kollegen veranschaulichen, wie sich ein Patient fühlen muss, der durch Wahrnehmungsbeeinträchtigung seine Umwelt nicht mehr richtig wahrnehmen kann und der dann plötzlich für ihn, scheinbar ohne Vorwarnung, gewaschen oder auch im Bett bewegt wird. Diese Situation bedeutet für den Patienten beträchtlichen Stress, weil er sich nie entspannen kann, denn er weiß nicht, wann der nächste "Schock" kommt. Wenn der Patient aber lernt, dass nur etwas mit ihm geschieht, wenn er z.B. an der linken Schulter berührt wird, dann gewinnt er an Sicherheit, er kann seinen Stress reduzieren und sich entspannen. Die Initialberührung ist eine ritualisierte Begrüßung und Verabschiedung, durch die der Patient Respekt, Sicherheit und Vertrauen wahrnehmen kann.

4.6 Fallbeispiel

Zum Abschluss möchte ich noch anhand eines Fallbeispiels darstellen, wie die basal stimulierende Pflege den Ablauf des Tages oder in diesem Fall des Abends strukturieren kann.

Herr S. kam zur Rehabilitation mit folgenden Diagnosen:

- Zustand nach Apoplex
- Hemiparese rechts
- Aphasie
- Motorische Unruhe, vor allem nachts

Ich hatte mehrere Tage hintereinander Spätdienst und merkte, dass Herr S. nach dem Abendessen immer sehr unruhig wurde. Also beschloss ich, den Patienten direkt nach dem Abendessen in sein Bad zu bringen. Jeden Abend fand nun das gleiche Ritual statt. Herr S. nahm sein Gebiss aus dem Mund, anfangs noch durch meine Anleitung, aber schon nach zwei Tagen hielt er mir sein Gebiss ohne Aufforderung entgegen. Er spülte seinen Mund aus, was anfangs noch geführt passierte, nach einigen Tagen hat Herr S. das dann selbstständig übernommen. Ich half ihm, seinen Schlafanzug anzuziehen und danach bot ich ihm eine ASI an. Herr S. nahm dieses Angebot an, ich spürte, wie seine Atmung während der ASE deutlich ruhiger wurde. Nach zwei Tagen hat Herr S., nachdem ich ihm half, den Schlafanzug anzuziehen, von selbst seinen Rücken frei gemacht und mich so nonverbal aufgefordert, ihm den Rücken atmestimulierend einzureiben. Ich bot eine kurze Weile innezuhalten und mit ihm gemeinsam zu atmen. Ich dokumentierte dieses Angebot und gab es bei der Übergabe weiter. Meine Kollegen haben die abendliche Pflege so weitergeführt. Herr S. wurde aufmerksamer und schlief vor allem besser, da die nächtliche Unruhe nachließ. Wenn Herr S. im Bett lag, verabschiedeten wir uns mit einem Händedruck und einem "Servus", denn dies war ein Wort, das der Patient trotz seiner Aphasie sprechen konnte.

5. Persönliche Stellungnahme zur Hypothese

Die intensive Beschäftigung sowohl mit dem Konzept der Basalen Stimulation in der Pflege als auch mit der Projektarbeit und Umsetzung hat mir viel Spass gemacht. Die Wirksamkeit des Konzepts Basale Stimulation in der Pflege steht für mich außer Frage, dennoch hängt die Verarbeitung und Umsetzung von der freiwilligen Entscheidung und dem persönlichen Engagement des Einzelnen ab. Ich habe gelernt, dass Basale Stimulation in der Pflege nicht nur ein Angebot für meine Patienten bedeutet, sondern auch ein Angebot für meine Kollegen. Dieses Angebot können sie sowohl annehmen als auch ablehnen. Überrascht hat mich an meiner Station das Ergebnis des Fragebogens, dass das eigentliche Problem meiner Kollegen nicht die Nähe zum Patienten ist, sondern die Angst, etwas falsch zu machen.

Ich denke, durch mein Fallbeispiel konnte ich gut veranschaulichen, wie Basale Stimulation den Tagesablauf von Patienten mit Wahrnehmungsstörungen strukturiert und die Wahrnehmung fördert. Ich möchte noch einmal betonen, Basale Stimulation steht nicht im Widerspruch zur herkömmlichen Pflege sondern baut auf dieser auf.

Und die Schildkröte? Sie ist ja bekannt für ihre Langsamkeit, aber auch für ihre Ausdauer und deshalb w ich, dass ich bei der Einführung des Konzepts nicht in Wochen oder Monaten rechnen darf, sondern eher Jahren. Trotz Höhen und Tiefen hat die basale Stimulation in der Pflege für mich nichts an Faszination u Spannung verloren, sie hat gewonnen.

Quellenverzeichnis

- Basale Stimulation Neue Wege in der Intensivpflege, 3. Auflage, Peter Nydahl Gabriele Bartoszek, Urb: und Fischer ISBN 3-437-26500-8
- Brockhaus, 2. Auflage 1995, ISBN 3-7653-1512-5
- Skript Grundkurs Basale Stimulation, Horst Gottschalk
- Skript Projektmanagement, Modul 5, Weiterbildung Mittleres Management in der Pflege 2001/2003, Fr. Gabriele Bayer
- Skript Qualitätsziekel, Modul 5, Weiterbildung Mittleres Management in der Pflege 2001/2003, Herr Reichert
- www.alzheimer-selbsthilfe.at
- www.basale-stimulation.de
- www.pflegeboard.de