

Basale Stimulatie: Mensbeeld en centrale doelen.

Auteurs: Andreas Fröhlich, Christel Bienstein, Peter Nydahl.

Vertaling: Liesbeth Baeten, Philip Vanmaekelbergh

September 2003.

Mensen worden geboren met een verschillende genetische bagage, met verschillende vaardigheden en mogelijkheden. Vanaf de eerste dag zijn ze in interactie met ouders, met hun persoonlijke en hun materiële omgeving. Door de wisselwerking tussen hun zelfactiviteit en de aangeboden beleving ontwikkelen ze zich en ontplooien ze hun talenten. Zelfs als zuigeling en als peuter zijn ze competente acteur van hun eigen ontwikkeling en geenszins alleen objecten van zorg, verzorging en opvoeding.

Wanneer we spreken over de zelforganisatie van alle levenden, bedoelen we daarmee dat de eigenlijke krachten voor de ontwikkeling in elke mens aanwezig zijn. Hij wordt niet van buiten 'gevormd', maar hij is zelf als subject, diegene die de draagwijdte van zijn ontwikkeling bepaalt.

Ontwikkelingsprocessen kunnen door bepaalde voorwaarden binnen het individu maar ook door de omgeving gestoord worden.

Genetische stoornissen, ziektes en ongevallen tijdens de zwangerschap en tijdens de gehele periode van ons leven kunnen de ontwikkelingsmogelijkheden van een mens beperken. Zo ook een gebrekkige toewending en stimulatie, noodsituaties van buitenaf, evenals tekorten in de bevrediging van basisbehoeften. Dit verandert echter niets aan het feit dat ook een mogelijk beperkte ontwikkeling door ziekte of handicap toch altijd nog een zelfbepalende ontwikkeling is.

Vaak is deze ontwikkeling zelfs een bijzondere prestatie vanuit het oogpunt van de persoon met een handicap of verminderde mogelijkheden. Ziekte is een existentiële uitdaging voor elke mens afzonderlijk maar ook voor zijn sociale omgeving, die door deze ziekte mee getroffen wordt. Want de mogelijkheden van de uitwisseling tussen de betrokken interactiepartners wordt plots of geleidelijk aan verstoord. De moeder kan niet meer op haar gewone manier met haar man en kinderen omgaan, de ziekte beïnvloedt rechtstreeks en direct de gehele sociale structuur.

Het gaat om een 'totaalgebeuren'. Niet alleen de patiënt is ziek en hulpbehoevend, de storing grijpt in op het hele systeem. Zo beperkt ziekte en hulpbehoevendheid altijd de interactie tussen de betrokken personen. De interactie wordt bemoeilijkt voor de partners, waardoor de ontwikkeling mogelijks kan verhinderd worden.

Elke mens in ontwikkeling, of hij nu gezond, ziek of gehandicapt is, streeft naar een grotere autonomie: zoveel mogelijk onafhankelijkheid van de noodzakelijke directe steun van anderen. Het kind wil 'zelfstandig en alleen' zijn activiteiten kunnen ontplooien, de patiënt wil de vaardigheden om zichzelf te verzorgen met behulp van de verpleegkundigen zoveel mogelijk terugwinnen.

De gedachte van het streven naar autonomie lijkt in tegenspraak met de behoefte aan nabijheid, tederheid en geborgenheid die voor alle mensen van belang is. Ook de behoefte aan waardering door andere mensen beantwoordt aan de gedachte van autonomie. Het gaat uit van zelfstandigheid in denken, voelen en handelen.

Wanneer we met de patiënt gezamenlijke vooruitzichten kunnen ontdekken, zorgt dit voor een gevoel van saamenhorigheid, waardoor de mogelijkheid ontstaat tot een gezamenlijk handelen op basis van een respectvolle ontmoeting. Dit gezamenlijk handelen is de kern van ons basaal concept.

Het gaat dus niet om een beïnvloeding van buitenaf maar om de ontwikkeling van gemeenschappelijke interesses, gemeenschappelijke doelen en daaruit afgeleid de verwezenlijking van gemeenschappelijke verpleegkundige en zelfverzorgende activiteiten. We respecteren de patiënt als een subject, als een evenwaardige persoon met een unieke levensloop.

Dit respect is zeer nauw verbonden met de gedachte aan menswaardigheid, zoals het in de grondwet van de Bondsrepubliek Duitsland en in het mensenrechtencharter van de Verenigde Naties voorgesteld wordt. Deze waardigheid van de mens is onaantastbaar, ze geldt voor ons als een van de hoogste waarden. Ze kan door een leven in coma en schijnbare diepe bewusteloosheid niet verengd en veranderd worden, ze is eigen aan eender welke mens.

Bedenking van Andreas Fröhlich.

Een verandering van zienswijze dringt zich op. We moeten de getroffen mensen als uitgangspunt van onze overweging nemen en niet zo zeer onze activiteiten in het middelpunt zetten. Er worden negen basale gebieden geformuleerd, te situeren met de patiënt als middelpunt.

- **Veiligheid geven en vertrouwen opbouwen** zijn van centraal belang. De patiënten moeten veiligheid kunnen ervaren en vertrouwen kunnen geven. Dit vergt een zeer grote inspanning en voor de patiënten betekent het een verlichting wanneer wij betrouwbaar zijn. Ons gedrag moet verstaanbaar en voorspelbaar zijn. Daartoe is continuïteit nodig en geen vluchtig opduiken en weer weg zijn. Zoniet ontstaat er irritatie, onzekerheid en een gebrek aan vertrouwen.
- **Relatie aanknopen en vorm geven.** De patiënt gaat een relatie aan en geeft vorm aan de ontmoeting. Een mens, die nauwelijks een relatie kan aangaan, wordt door anderen als relatiegestoord, bewusteloos, enz. gekenmerkt. Wij moeten er zorg voor dragen, dat de patiënt vanuit zichzelf wat kan bijdragen aan de opbouw van een relatie, ook met andere mensen buiten ons. Patiënten en personen met een handicap moeten het recht hebben om relaties te kiezen.
- **De omgeving ervaren.** Hoe kunnen we een mens ondersteunen om de omgeving in zichzelf op te nemen? Daarvoor heb je een aan de persoon aangepaste omgeving nodig en niet een omgeving die door ons wordt opgedrongen.
- **Zichzelf voelen.** Het is onze taak niet om mensen tastinformatie te geven. Wij moeten observeren hoe die mens zichzelf actief kan zijn en daarbij zichzelf voelen.
- **Het leven behoeden.** De meest basale activiteiten zijn ademen, eten en bewegen. Ik hou aan het leven, ik wil leven, dat is mijn “activiteit” als patiënt.
- **Het eigen leven vorm geven.** Hier gaat het om het vormgeven aan de directe omgeving, ook bij bezoek. Welke mogelijkheden geven we de patiënt om zelf de bezoeken momenten en niet overweldigd te worden? Bezoeken zijn activiteiten die betekenis hebben in de eigen levensloop. Het zijn vormen van sociale verrijking. Vergeten we niet dat ongeveer 98 % van de personen die met patiënten te doen hebben, alleen in een functionele relatie met hen staan.

- **Een eigen ritme ontwikkelen.** In het centrum van de aandacht staat de patiënt, die een eigen ritme moet kunnen ontwikkelen. Onze taak daarbij is hem te ondersteunen. Samengevat wil dit ook zeggen dat we een veel grotere mate van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid geven. We bemiddelen bij genezings- en ontwikkelingsmogelijkheden, waardoor de patiënten mee kunnen beslissen. Van daaruit worden individuele prioriteiten geplaatst in wat we hen aanbieden. Voor de toekomst houdt dit in dat we niet meer de eenvoudige oorzaak gevolg principes volgen zonder hen te vragen waar hun prioriteiten als mens liggen en waar we ze kunnen bevorderen.

Bedenking van Christel Bienstein.

Om de hoofdoelen te bereiken hebben we een aantal basisvaardigheden nodig:

- De patiënten observeren
- Zijn eigen mogelijkheden ontdekken, ontwikkelen en de kans bieden om te gebruiken
- Naar zelfreflectie toe: eigen handelen en eigen theoretische achtergrond in vraag stellen en evalueren
- Het eigen handelen erkennen en naar waarde schatten
- Tot relatie en beweging. We hebben nood aan een uitgebreider repertoire om relaties op te bouwen
- Begeleiden en ontwikkelen
- Verzorgen gestuurd door het concept ontwikkelen en leren beheersen
- Conflicten in eigen werkveld erkennen en er oplossingen voor vinden
- Eigen grenzen leren kennen en daarmee omgaan
- Organisatorische structurele voorwaarden erkennen
- De rol als praktijkbegeleider in de verzorging en in het therapeutisch team inschatten
- Informatie opnemen, verwerken en doorgeven
- Familie collega's raad geven en begeleiden
-

De competenties van de patiënt en de verpleegkundigen moeten sterker op elkaar betrokken worden, en terzelfdertijd toch ook onderscheiden worden. Het activisme moet vervangen worden door een doordachte benadering. Het eigen handelen moet consequent geobserveerd worden en de omgevingsfactoren beter ingeschat.

In het middelpunt staat:

Wat kan de patiënt vanuit zichzelf ervaren?

Uittreksel uit: Fröhlich, A.; Nydahl, P.: Basale stimulatie in de verpleging. Thieme's verzorging. Thieme Stuttgart 2004, 10^e druk.

We hebben binnen het concept basale stimulatie centrale doelen ontwikkeld, die de persoon van de zieke mens helemaal in het middelpunt plaatsen. Daarbij komt het er vooral op neer dat patiënten niet als object van de verzorging worden gezien, maar als zelf actieve subjecten die op dit moment verpleging nodig hebben. Om die reden beschrijven de centrale doelen activiteiten uit het leven van de patiënten en geen verzorgende activiteiten uit het beroepsleven van de verpleegkundigen. Daarvoor is er dus een wisseling in het perspectief nodig, een verandering van standpunt. Het wordt een vereiste om zich in te leven in de situatie van de patiënten en van daaruit samen de verpleging uit te bouwen.

We hebben de centrale doelen ingedeeld en we lichten ze toe. Er is een volgorde waarvan natuurlijk kan afgeweken worden, houdend met een zekere opbouw, die natuurlijk niet altijd streng aangehouden moet worden. Een strikt systematisch gebruik zou tegen het principe van individualisering ingaan.

De centrale doelen:

- Het leven behouden en ontwikkeling ervaren
- Het eigen leven voelen
- Veiligheid beleven en vertrouwen opbouwen
- Zijn eigen ritme ontwikkelen
- De omgeving ervaren
- Relaties aangaan en vorm geven
- Zin en betekenis geven
- Zijn eigen leven vorm geven
- Zelfstandigheid en autonomie

Het leven behouden en ontwikkeling ervaren

Allereerst is het belangrijk om te helpen het leven van de patiënt te behouden. Vaak zijn daarvoor medische interventies nodig, waarbij de verpleging de patiënten ondersteunt om deze maatregelen te accepteren door hen te begeleiden en individuele hulp te geven. Tot de basisfuncties van het levensbehoud horen: ademen, eten en bewegen.

Leerdoelen (oefening):

Vraag aan een persoon van jouw keuze gemakkelijk te gaan zitten of zich neer te leggen en de ogen te sluiten. Houd een hand van die persoon vast en begin met die hand regelmatig enkele centimeters mee te bewegen op het ritme van de ademhaling: omhoog tijdens het inademen, omlaag tijdens het uitademen. Volg met je beweging behoedzaam het ritme van de ademhaling. Na 5 minuten probeer je terug gedurende vijf minuten, de ademhaling door grotere of kleinere, door snellere of meer langzame bewegingen te beïnvloeden. Wissel daarna met elkaar jullie ervaringen uit: wat heeft er gewerkt en hoe? Waar liggen de verschillen tussen begeleiding, het willen bevorderen en het overvragen? Wat kan in de verpleging zinvol en als passend ervaren worden?

Verpleegkundigen proberen patiënten te ondersteunen in het zelfstandig ademen, in het vinden van een eigen ritme. Zij maken het mogelijk dat patiënten weer zelfstandig kunnen eten en daardoor een stuk autonomie herwinnen, zij lokken eigen bewegingen van de patiënt uit en bevorderen daardoor zijn waarnemingsmogelijkheden en levendigheid.

Wat kan ik als verpleegkundige doen om de patiënten in hun ontwikkeling te begeleiden?

Help de patiënten hun ademritme terug te vinden, bij wijze van spreken door een ademstimulerende massage of ademsynchrone bewegingen. Stimuleer de eetlust van de patiënten door zijn lievelingseten te geven en accepteer op een rustige manier wanneer de patiënt geen eetlust heeft vanwege de zorgen. Ondersteun het zelfstandig bewegen van de patiënten, help hen om zichzelf en de omgeving te begrijpen of om ook weer de eerste stappen te zetten. Maak daarbij gebruik van vroegere gewoontes.

Voorbeeld:

Een patiënte zag voor zichzelf geen perspectief meer na een beroerte. Het leek alsof ze de hoop had opgegeven alhoewel ze aan de meer getroffen zijde alweer iets kon voelen en ook al iets van beweging in gang kon zetten. “Ik zal nooit meer kunnen lopen!” Ik vroeg haar wat ze vroeger graag gedaan had en zij somde enkele activiteiten op, waaronder ook het dansen. Ik nodigde haar met een lachje uit om met me te dansen. Verbaasd stemde zij toe en was ze bereid om zich aan de zijkant van het bed te laten mobiliseren. Toen ze recht stond nam ik ze in een klassieke danshouding in de armen, terwijl ik lichtjes haar zwakke knie steunde begon ik een walsritme te neuriën en bewoog haar tegelijkertijd heen en weer. Zij liet zich leiden door de maat en ten slotte konden we kleine danspassen doorheen de kamer maken. Toen we de halve kamer doorkruist hadden, bedankte ik haar en ging – niet dansend – met haar aan de arm terug. Zij nam haar leven terug op.

Het eigen leven voelen

In leven blijven, het leven in stand houden is één ding, dit leven dan in enige vorm waarnemen is de volgende belangrijke stap: zichzelf voelen, zijn lichaam in vol bewustzijn waarnemen in het hier en nu. En dit te beleven in tegenstelling tot de materiële, directe omgeving: “Ik ben een individu, ik voel mezelf, ik sta in relatie met anderen en tot de dingen. Ik blijf ondanks alles een ‘eigenheid’.” Wat kan ik als verpleegkundige doen waardoor de patiënt zichzelf weer kan voelen? Help hem om een voor hem goede positie te vinden, in bed of in de stoel, stimuleer hem om zijn lichaam waar te nemen door wasbeurten en aanrakingen die de lichaamsvormen volgen. Laat hem zelf kleding kiezen en zorg dat hij tijdens het uit- en aankleden lichamelijke ervaringen kan opdoen.

Voorbeeld:

Een jonge bedlegerige man met hersenvliesontsteking was zeer onrustig. Hij hyperventileerde, opende geregeld zijn ogen, keek precies door iemand heen en leek sterk te fantaseren. Hij was motorisch onrustig en scheen vaak in een nachtmerrie te zitten. Wanneer hij aangesproken werd, reageerde hij niet. Ik raakte zijn hand aan, gaf diepe druk en wachtte of hij mogelijks aandacht zou geven. Omdat het resultaat niet duidelijk was, begon ik zijn lichaam met stevige aanrakingen van boven naar onder met stevige aanrakingen te betasten, het leek alsof zijn blik veranderde. Daaropvolgend liet ik de lucht uit zijn alternerende matras en dekte ik hem toe met een grote röntgenshort, de borstkas daarbij vrij latend. Het leek alsof hij naar binnen aan het luisteren was en hij werd rustiger, de ademhaling verliep langzamer en normaler. Na ongeveer een uur begon hij terug onrustig te worden, waarna ik hem in de oorspronkelijke positie terugbracht. Daarop kalmeerde hij terug. Zo ontstond een afwisselend spel: vanaf het moment dat hij onrustig werd en hij zichzelf dreigde te verliezen, veranderde ik de situatie. Tijdens het verdere verloop ging hij steeds rustiger ademhalen.

Veiligheid beleven en vertrouwen opbouwen

Veiligheid beleven kan men alleen dan, wanneer bepaalde van elkaar te onderscheiden gebeurtenissen, zich telkens weer voordoen en herkend, omdat ze elke keer opnieuw gebeuren.

Veiligheid kan men enkel beleven wanneer men als patiënt merkt dat een kreunen, een in zweet uitbreken, beantwoordt wordt door een activiteit van een verzorgingspersoon. En pas wanneer het lukt om bij de patiënt een gevoel van veiligheid te laten ontstaan en hem de mogelijkheid te geven om vertrouwen in de verpleegkundige op te bouwen, mag men erop hopen dat er zoiets als samenwerking kan ontstaan. Hoe moet ik me als verpleegkundige gedragen opdat de patiënt me kan vertrouwen en hij zich veilig kan voelen?

Als een patiënt zijn omgeving niet zelf kan waarnemen en controleren kan het vertrouwen geven wanneer de verpleegkundigen hem steeds op dezelfde manier benaderen. Dit kan zijn: kloppen op de deur, hem aanspreken met zijn naam en ook een aanraking geven. Enkel wanneer een patiënt met zijn naam aangesproken wordt en op een bepaalde duidelijke waarneembare plaats wordt aangeraakt, gebeurt er iets met hem. We gebruiken daarvoor het begrip “beginaanraking” of “gevoelsvolle aanraking” of “aanraking vanuit volle betrokkenheid”.

Praktijktip: betrokken aanraking:

Vóór een verpleegkundige handeling wordt de patiënt eerst op een aangepaste manier aangesproken, waarna een rustige, duidelijke aanraking van het lichaam in de bovenste streek van de romp, echter niet over de hals of het borstbeen. De aanraking gebeurt eerder ondersteunend onder de schouder (hand tussen schouder en matras). Deze aanraking houdt eventjes aan en gaat dan in een glijdende beweging naar dat lichaamsdeel waar iets moet gebeuren. De betrokken aanraking kan ook als afscheid gebruikt worden. Opnieuw blijft de hand rustig op de schouder liggen, geeft kort meer druk om zich dan te verwijderen. Deze betrokken aanrakingen kunnen natuurlijk, naargelang verschillende situaties ook op een ander lichaamsdeel gebeuren. Hiervoor moet met de patiënt naar goede oplossingen gezocht worden.

Van daaruit kan een ritueel groeien, dat voorspelbaar en betrouwbaar wordt. Om de activiteit af te sluiten kan men op eenzelfde manier te werk gaan. Werk ondertussen binnen een zodanige afstand dat de patiënt opmerkzaam blijft, zorg dat je waarneembaar bent, zodat de patiënt zich niet schrikt wanneer je hem plots aanraakt. Geef je patiënt het gevoel dat je hem opmerkt: je inhouden wanneer het pijn doet en dan proberen het anders te doen, het herhalen wanneer het aangenaam en prettig is, zich laten leiden als het belangrijk is.

Voorbeeld:

Een verwarde, bedlegerige patiënt trok meermaals zijn maagsonde uit. Ik had de opdracht gekregen een nieuwe maagsonde te plaatsen. Nadat ik hem verbaal informatie had gegeven, die hem echter niets scheen te zeggen, lichtte ik zijn hoofd wat op en legde hem alles nog eens uit: “Mijnheer Müller, ik moet een nieuwe maagsonde plaatsen. Die breng ik dadelijk aan via uw neus.” Een aanraking aan de neus. “Dan gaat deze slang verder door de slokdarm naar uw maag. Daarlangs geven we u later soep en drinken.” Weer een aanraking, deze keer ter hoogte van de buik. Hij leek opmerkzaam en ik nam de sonde in mijn hand vast. Weer een aanraking aan zijn neus en het verder binnenschuiven van de sonde over enkele centimeters. Hij fronste zijn wenkbrauwen en scheen achteruit te neigen. Ik hield me in, trok de sonde een stukje terug en zei: “Ik vind het jammer dat de sonde voor u zo vervelend is”. Korte pauze, in en uitademen. “Het wordt direct wat makkelijker, als u kan slikken... kunnen we?” Hij knikte. Ik schoof de sonde verder, passeerde tijdens zijn slikken zijn luchtpijp. Op dat moment kokhalsde hij en hief zijn hand omhoog. Ik hield mezelf weer in en wachtte tot hij rustig werd. Zijn hand kwam verder omhoog en ik bood hem aan om deze op mijn arm te leggen, waardoor hij mij kon onderbreken als hij dat nodig vond. Weer konden we samen verder doen

en de sonde tot in de maag schuiven. Hij vertrouwde me, ondanks zijn verwardheid, want er werd met hem rekening gehouden (of er werd naar hem geluisterd).

Zijn eigen ritme ontwikkelen

Het gaat er om dat patiënten ook in de vreemde omgeving van het ziekenhuis een eigen ritme van wakker zijn, rusten en slapen kunnen ontwikkelen. Er is echter ook iets als een eigen persoonlijkheidsritme: fases van activiteit, fases van nadenken en een schijnbaar passief opnemen. Sommige mensen werken rustig op zichzelf en kunnen dit gedurende lange tijd volhouden, terwijl anderen buitengewoon intensief werken, afgewisseld met momenten van rust. En zelfs de verwerking van de ziekte, het letsel, verloopt niet gelijkmatig, doch ritmisch. Sommige mensen hebben veel tijd nodig om zich doorheen de donkere kant van hun huidige situatie te worstelen, terwijl anderen dit doen met een bewonderenswaardige vrolijkheid waarbij ze slechts zelden in zwaarmoedigheid vallen.

Wat kan ik doen om de patiënten te ondersteunen in de ontplooiing van hun eigen ritme?

Oefening:

Schrijf op een blad jouw ochtendrituelen. Ga uit van een normale vroege dienst en noteer wat je wanneer en in welke volgorde doet, vanaf de eerste wekkergeluiden tot het verlaten van je huis. Hoeveel tijd heb je alles bijeen nodig? Sta je direct op of blijf je nog 5 minuten liggen? Ga je direct daarna naar de badkamer of ga je eerst naar de keuken? Wanneer poets je je tanden? Was je je of neem je een douche? In welke volgorde doe je dat? Neem je een klein ontbijt? ...

Noteer al je gewoontes. De leerkracht kan dan alle bladen ophalen, door elkaar mengen en terug in de groep verdelen, waarna je de volgende morgen de gewoontes van een ander uitvoert en beleeft. Wissel daarna je ervaringen uit en heb het dan ook over de consequenties daarvan hij het verplegen. Speciaal bij deze opdracht wens ik jullie veel plezier!

Observeer de patiënten goed en coördineer jouw handelen met de relatief goede aandachtsmomenten van de patiënten. Het verwachten van medewerking is zinloos, wanneer de patiënt oververmoeid is. Soms kan het raadzamer zijn om slechts een gedeeltelijke wasbeurt aan te bieden. Vraag aan de patiënten of aan de familieleden, welk een actie-en rustritme ze tot nu toe hadden en probeer om je handelen daarnaar te richten. Hetzelfde geldt voor de bezoekmomenten van de familie. Accepteer ook, afhankelijk van de fase van ziekteverwerking, dat de eerder gemotiveerde patiënt gedurende een bepaalde periode helemaal niets wil.

Voorbeeld:

Ik heb een patiënt met een beroerte bij het ochtendtoilet geholpen. Hij was relatief wakker, motorisch echter nog zeer beperkt en met een grote nood aan ondersteuning. Vanaf het moment dat hij aan zijn grens leek te komen en zijn aandacht verslaptte, heb ik de activiteit afgerond en hem pauze gegund. Het scheren, het wassen, het ontbijt, de mondverzorging,... voltrok zich met tussenpauzes over een periode van 3 uur. In zijn pauzes heb ik andere dingen kunnen doen en telkens, wanneer hij weer wakker werd, heb ik met hem verder gedaan. Op een keer was de patiënt erg zenuwachtig en vroeg hoe lang het nog zou duren. Ik was verbaasd want mijn werkritme gebeurde in een continu vanuit-mijzelf-uit-werken met korte pauzes. Zijn ritme bestond er blijkbaar uit , eerst 'iets-af-te-werken', om dan een lange pauze te nemen.

Ik heb hem mijn ritme eenvoudigweg opgedrongen, het was wel goed gemeend, maar het was niet zijn ritme. Het eenvoudigste was eigenlijk om het hem gewoon te vragen.

De omgeving ervaren

Het gaat hier niet om “alle prikkels binnen bereik brengen” of een hectisch laten zien van alles wat de patiënt omringd. Er moeten zinvolle relaties met elk object op zich opgebouwd worden. Het nachttafeltje in zijn functie kan maar dan door de patiënt als zinvol beleefd worden, wanneer hij telkens opnieuw kan ervaren, dat dit voorwerp met hem in een rechtstreeks verband staat, dat hij er iets mee kan doen. Hoe kan ik de patiënten helpen om hun omgeving te ervaren?

Oefening

Wees moedig en ga met gesloten ogen naar een andere ruimte. Tast deze ruimte af evenals de voorwerpen in de ruimte verander iets in die ruimte. Daaropvolgend tracht je het beginpunt terug te vinden. Ga voor jezelf na wat je tijdens die belevens als belangrijk of eerder bijkomstig ervaren hebt. Ga dan kijken wat je in de andere ruimte hebt veranderd. Wanneer het mogelijk is herhaal je deze oefening met een tweede persoon. Sluit nogmaals je ogen en laat je deze keer door de andere persoon (die alles ziet), leiden en begeleiden. Is de ervaring hetzelfde?

Laat de patiënt zijn matras vastnemen en aftasten, opdat hij kan voelen hoeveel plaats hij heeft om zich op zijn zij te draaien. Laat hem zijn nachtkast zien, beweeg met het bed waardoor hij de ruimte vanuit een ander oogpunt kan bekijken. De bodem is stabiel en draagt en er zijn zoveel objecten, zoals deuren, kranen, schuiflades waardoor die door de patiënt bewogen kunnen worden waardoor hun functies duidelijk worden.

Een patiënt vertelde mij eens dat hij na het ontwaken de indruk had dat hij tijdens het slapen op een enkele trede van een trap had gelegen. Daardoor had hij zich heel angstig gevoeld. Het was een grote zware man en het was altijd moeilijk om hem te verplaatsen omdat hij vóór en tijdens de verplaatsing zijn lichaam altijd opgespannen hield. We hebben over het algemeen zeer positieve ervaringen opgedaan wanneer we patiënten vóór het verplaatsen hun omgeving hebben laten voelen. Na het laten voelen van het lichaam kunnen de handen of ook de voeten van de patiënten na elkaar over de matras tot aan de rand begeleid worden. Daardoor krijgen de patiënten de mogelijkheid om zich een ruimtelijk beeld te vormen. Op die manier beginnen ze de omgeving te begrijpen en kunnen ze zich ook veel beter daarin gaan bewegen.

Een relatie aangaan en vorm geven

Normaal gezien zoeken wij, verpleegkundigen, “onze” patiënten uit of worden ze ons eenvoudigweg toegewezen. Het zou wenselijk zijn wanneer patiënten de keuzen zouden hebben om met bepaalde personen contacten te kunnen nemen. Mensen met ernstige beperkingen kunnen dat niet, daarom is het belangrijk hen goed te observeren en met alle mensen die op de dienst werken te overleggen hoe deze vrouw, deze man met hun overgebleven mogelijkheden hier en nu contact zoekt en contact kan nemen. Kreunen kan zo'n signaal zijn, evenals een lichtjes bewegen van de hand of een poging het hoofd naar het gebeuren te draaien.

Voorbeeld:

Een jonge man met hersenvliesontsteking en quadriplegie leek mij zeer aandachtig naar zijn vriendin te kijken. Deze was tijdens zijn verblijf van meerdere weken zeer geëngageerd en wij probeerden de intensieve relatie die schijnbaar tussen hen bestond te ondersteunen. We boden de jonge vrouw aan om zich naast de patiënt in bed te leggen en hem in haar armen te nemen. Korte tijd later waren we verbaasd toen we merkten hoe de patiënt de mogelijkheid had om

zich te ontspannen. In haar armen liggend, kon hij zijn armen strekken en haar ook omarmen. Dat was tot dan toe onmogelijk.

Oefening:

Denk eens even na: wie van je collega's van jouw team zou jou als eerste mogen verzorgen? Wie zou jou mogen verplaatsen? Wie mag jou je eten geven? Wie mag jou in geen enkel geval verzorgen? Wie zou jou als patiënt in een ziekenhuis mogen bezoeken? Wanneer en hoe vaak zou dit moeten gebeuren? Mogen jouw familieleden ook bepaalde verzorgingstaken op zich nemen?

Hoe probeer je een voor jou onaangename situatie met andere mensen te beëindigen? Zeg je iets? Word je stil, ga je weg, ga je doen alsof je met iets anders bezig bent?

Als het mogelijk is, wissel je je bevindingen met je collega's uit en ontdek jullie overeenkomsten en verschillen. Stel deze vragen ook aan niet-verpleegkundigen.

Zin en betekenis geven

De ziekte verandert mogelijks het leven van patiënten radicaal. Het eigen lichaam is veranderd, het staat niet meer ter beschikking, het is vervreemd. Het is een ongewone situatie, er ontbreken oriënteringsmogelijkheden. Gevestigde waarden gelden niet meer en er zijn nog geen nieuwe gevonden.

Als veiligheid en vertrouwen opnieuw ervaren kunnen worden, kan dat voor een mens een hulp zijn om nieuwe betekenissen te vinden en eventueel ook om zin te aan het afscheid van dit leven..

Zijn eigen leven vorm geven

Het is een wezenlijke eigenschap van "levendige" mensen dat ze hun eigen leven vorm geven. Hier gaat het erom patiënten zo te ondersteunen dat ze hun eigen leven enigszins vorm kunnen geven. Het gaat hier over het bed, de nachtkast, kleine aanpassingen aan de kamer. Wie in een wereld leven moet die enkel door anderen ingericht wordt, kan die wereld niet als de zijne ervaren. Welke mogelijkheden tot een individuele vormgeving kan ik de patiënten aanbieden? Laat aan je patiënten zien en leg hen uit welke mogelijkheden hij daarvoor heeft: de nachtkast, een muur, mogelijks een prikbord of magneettafel. Indien mogelijk zijn er naast foto's nog andere voorwerpen waar de patiënt graag naar kijkt of die hij graag bij zich heeft, die persoonlijke betekenis voor hem hebben. Waar kunnen die een plaats krijgen? Het beddengoed, het nachtkleed kan van thuis meegebracht worden en ook, naargelang de stemming, veranderd worden. Laat de patiënt foto's zien en maak hem daarop attent. Zelfs wanneer iemand alleen maar kan kijken, dan kan je daarvan een soort spel proberen te maken. Waar kijkt de patiënt naar, wat lijkt voor hem van belang te zijn? volgt hij met zijn ogen wanneer ik dit voorwerp beweeg? Wat is voor hem belangrijk?

Voorbeeld:

Ik verzorgde een patiënt met een hersenbloeding en afasie, die zeer verward was. Zo vroeg ik aan zijn vrouw om enkele voorwerpen van thuis mee te brengen waarmee hij graag bezig was. Het idee voor de volgende dag was om hem aan een tafel te plaatsen, hem te laten tasten en actief te laten worden. De volgende dag bracht zijn vrouw enkele voorwerpen mee. We mobiliseerden de patiënt op de rand van zijn bed en van daaruit begon hij de voorwerpen die op de tafel voor zich lagen te bekijken.

Vanuit zichzelf nam hij een foto vast waarop hij met zijn vrouw voor hun huis stond. Hij aanschouwde een tijd lang het beeld en begon te huilen. Blijkbaar had die foto hem duidelijk laten ervaren dat die situatie veranderd is en hij zijn vertrouwde leven miste. We sloten af. We legden hem neer en stopten hem goed toe met een opgerold laken achter zijn rug.

De volgende morgen keek hij geïnteresseerd rond en dat konden we interpreteren als een duidelijk signaal dat hij contact met de omgeving zocht.

Zelfstandigheid en autonomie

We zijn er van overtuigd dat elke mens de mogelijkheid in zich draagt om in een zeker mate autonoom te leven en verantwoordelijk te zijn voor anderen. Verpleging kan in het ideale geval mensen ondersteunen om autonoom en verantwoord te leven, ook om autonoom en verantwoord te sterven.

Verpleging draait om de mens in zijn geheel, niet alleen om de ziekte. In de ontmoeting met de verplegende kan de patiënt altijd nog, elke keer opnieuw, mogelijks tot op het einde van zijn leven deze ervaring beleven: dat hij in een nauwe sociale relatie enerzijds autonoom is en anderzijds toch nooit alleen is.

Oefening:

Stel je voor dat je een patiënt bent in een ziekenhuis. Zou je mee willen bepalen welke onderzoeken gebeuren? Zou je mee willen bepalen wanneer je gewassen wordt? Wil je verantwoordelijk zijn op welke zijde je de volgende twee uur zal liggen? Overdenk eens in welke dagdagelijkse activiteiten je zelf graag beslissingen zou treffen en welke je door andere wil laten bepalen?. Wissel met je collega's ervaringen uit.

Samenvatting:

Basale stimulatie is een totaalomvattend verzorgingsgebeuren dat het welbevinden en de zelfactiviteit van de patiënt in het midden plaatst. Patiënten worden geholpen om met andere mensen te communiceren, de omgeving en vooral zichzelf eerst waar te nemen.

Basale stimulatie helpt om mensen met verminderde waarnemingsmogelijkheden zichzelf in beweging te beleven en uit te drukken. Ze wil ook bij de diepste waarnemingsgestoorde patiënten, niet alleen de vitale basisfuncties verzekeren, doch ook de ontmoeting tussen verpleegkundigen en patiënten vorm geven. Deze ontmoetingen worden gestructureerd, ze vermijden onnodige irritaties en stoornissen, ze geven veiligheid.

Het bevorderen van een basisvertrouwen door aangepaste individuele rituelen, herhalingen en persoonlijke verpleegmomenten behoren tot de kern van basale stimulatie. De patiënt is de acteur van zijn eigen ontwikkeling – verpleging biedt daarbij een ondersteunend, soms ook beschermend kader.