

***BASALE STIMULATIE:
Theoretische uitgangspunten***

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding
 - 1.1. “Theoretische uitgangspunten”, een inleiding
 - 1.2. Definitie “Basale Stimulatie” (B.S.)
 - 1.3. Andreas Fröhlich
2. Wie komt in aanmerking voor B.S. ? Vraag naar de doelgroep
 - 2.1. De fundamentele behoeften van de mens
 - 2.2. Behoeftenbevrediging in de normale ontwikkeling
 - 2.3. Behoeftenbevrediging bij bewoners met een handicap
3. Basisconcepten van B.S.
 - 3.1. Beweging - waarneming
 - 3.2. Communicatie
4. B.S. geïntegreerd in de verzorging en B.S. als activiteit
5. Algemene principes bij het uitwerken van een activiteit B.S.
6. Stereotiep gedrag, een concrete handleiding voor B.S.
 - 6.1. Stereotiep gedrag, een veelkleurig palet van steeds dezelfde gedragingen
 - 6.2. Stereotiep gedrag en haar invloed op de begeleider
 - 6.3. De betekenis van dit stereotiep gedrag
 - 6.4. Stereotiep gedrag als een concrete handleiding
 - 6.5. Stappen om basaal stimulerend in te spelen op het stereotiep gedrag van de bewoner
 - 6.6. Nuancering
7. B.S. en pré-therapie
8. Training van begeleiders B.S.: zelfzorg voor anderen
 - 8.1. Bij onszelf beginnen
 - 8.2. Zelf de ervaringen opdoen die wij aan anderen aanbieden
 - 8.3. Organisatie en integratie van de oefeningen
 - 8.4. Een fiche om die ervaringsoefeningen te inventariseren
9. Hoe verkoop je B.S. als zorgproduct in een instelling?
 - 9.1. Het Vlaams Samenwerkingsverband Basale Stimulatie (V.S.B.S.)
 - 9.2. Basale Stimulatie als continu project, geïntegreerd in de kwaliteitszorg
10. Situering van B.S. binnen de evolutie van de zorg op het B.C. Ter Heide
11. Schema's

1. Inleiding

1.1 “Theoretische uitgangspunten”, een inleiding

- “Theoretische uitgangspunten” is een inleidend hoofdstuk, de basis om de 3 soorten Basale Stimulatie (somatische – vestibulaire – vibratorische) theoretisch uit te werken en te vertalen naar de praktijk van de zorg.
- De definitie “Basale Stimulatie” (B.S.) geeft meteen aan wie voor B.S. in aanmerking komt. Deze doelgroep situeren wij in het ruimer kader van de fundamentele behoeften en de mogelijkheid om die te bevredigen.
- “Theoretische uitgangspunten” tracht aan te tonen en te verduidelijken:
 - Dat “B.S.” verwijst naar een oeroud gegeven: persoonsgerichte zorg voor anderen.
 - Dat “B.S.” als benaderingsmethode de huidige zorgvisie weerspiegelt en blijft evolueren.
 - Dat het lichaam de basis is van waaruit de bewoner, met of zonder hulp, in contact komt met de omgeving.
 - Dat de 3 soorten B.S. meestal samen voorkomen, zij het met een wisselend accent.
 - Dat B.S. liefst geïntegreerd is in de verzorging met mogelijks ook ruimte voor activiteiten.
 - Dat B.S. complementair is met andere benaderingsmethoden.
 - Dat de “zorger” eerst goed voor zichzelf moet zorgen als hij dit goed en lang voor anderen wil kunnen doen.
- In een apart paragraaf gaan we dieper in op stereotiep gedrag waardoor de bewoner ons een concrete handleiding aanreikt om hem basaal te stimuleren.
- B.S. bij bewoners met A.D.H.D. vraagt nog naar uitwerking.

1.2. Definitie “Basale Stimulatie” (B.S.)

Het concept B.S. werd uitgewerkt door Andreas Fröhlich (zie 1.3).

Het gedachtengoed rond B.S. is steeds in beweging en zal blijven evolueren. “B.S.” laat zich niet fixeren in een vastomlijnde definitie. Het is een korf basisbeginselen die men steeds moet herdenken en aanpassen aan de reële zorg. In die zorg voor de andere staat de beleving van zijn eigen lichaam centraal. Vanuit deze ruime visie die vele deuren open laat, kunnen we een poging wagen om B.S. iets concreter te definiëren als een momentopname in een grote beweging.

Basale Stimulatie (B.S.) is een benaderingsmethode waarbij de begeleider *somatische**, *vestibulaire** en *vibratorische** ervaringen uitlokt bij mensen die dit zelf niet of nauwelijks kunnen. Deze lichaamsgebonden ervaringen doen de bewoner zijn lichaam voelen, gewaarworden als vertrekpunt (basis) om mogelijks ook met de ruimere omgeving in *contact* te komen.

* *somatische ervaringen* worden uitgelokt door lichaamsgebonden (somatische) prikkels (stimuli) zoals:

- met de huid van de bewoner tactiel contact nemen (aanraking, massage, ...)
- de bewoner helpen om zelf zijn lichaam te voelen of aan te raken, om contact te nemen met het lichaam van anderen en met allerhande materialen.

* *vestibulaire ervaringen*, ook evenwichts- of bewegingservaringen genoemd, laten de bewoner de plaats van zijn lichaam in de ruimte aanvoelen. Hij oriënteert zich in de ruimte waarin hij zich bevindt.

Deze ervaringen worden uitgelokt door bewegings (vestibulaire) stimulatie zoals:

- de bewoner bewegen in de ruimte (houdingsveranderingen, transferts, schommelen, samen stappen, rolstoelwandelen, dansen, ...)

* **vibratorische ervaringen** worden uitgelokt door tegen of dicht bij het lichaam van de bewoner trillingen (vibraties) aan te bieden zoals:

- zoemen, spreken, zingen, gebruik van geluidmakers, trilkussen, trilvloer, bruisbad.

Deze definitie is schematisch voorgesteld - vanuit de begeleider: op p. 34

- vanuit de bewoner: op p. 35

B.S. is dus hoofdzakelijk gericht op lichaamsgebonden of nabijheidszintuiglijke ervaringen. Smaak- en reukgebaarwordingen zijn daar nauw mee verbonden en ook vertezintuiglijke ervaringen die zich later differentiëren zoals “horen” en “zien” zijn met de hogergenoemde ervaringen verbonden. Zij kunnen, samen met die vorige ervaringen, het contact met de omgeving verruimen. De begeleider zal bij de bewoner de ontwikkeling van al zijn aanspreekbare communicatiekanalen stimuleren, aangepast aan zijn draagkracht.

Deze definitie vraagt nog **enkele nuancerings en aanvullingen**.

“Basaal” betekent dat het volstaat dat de bewoner daar fysiek lijfelijk aanwezig is om met de omgeving contact te ervaren en te nemen. Het lichamelijk in de wereld zijn is een gemeenschappelijke basis voor contact. Het lichaam is een toegangspoort voor contact. Buiten die fysieke aanwezigheid worden er aan de bewoner geen voorwaarden of eisen gesteld. Hij moet niet iets kunnen. Basale stimulatie is er voor alle bewoners met een ernstige beperking in beweging, waarneming en communicatie en die daarbij niet in staat zijn om zichzelf prikkels toe te dienen. De communicatie gebeurt via het lichaam, is lichaamsgebonden. Deze communicatie is zo elementair, zo basaal dat ze in deze meest eenvoudige vorm aankomt bij bewoners met een ernstige handicap. Omdat hij “mijn communicatie” niet kan begrijpen, is er de communicatie via het lichaam.

Winfried Mall spreekt van “Basale Kommunikation”. Daarbij stemt de begeleider zich af op de communicatiekanalen van de bewoner met een verstandelijke handicap of autistisch gedrag. Deze benadering is gericht op het ontstaan van een wederzijdse relatie of ontmoeting tussen beide. Andreas Fröhlich geeft toe dat “Basale Kommunikation” beter de bedoeling weergeeft dan de nogal “stimulerend” overkomende algemeen verspreide term. B.S. is echter een begrip geworden. Fröhlich brengt wel binnen het begrip “Stimulation” enkele nuancerings aan. Daarbij accentueert hij 2 wederzijds op mekaar inwerkende polen. Ze vullen mekaar aan.

- klemtoon op de **bewoner** die men uitnodigt om zelf iets te doen. (“Einladung” – “Invitation” – “Wollen sie?”)

- klemtoon op het aanbod van de **begeleider** die prikkelt, aanspoort, stimuleert (“Anregung”). Beide polen vind je terug in de omschrijving: “Elementaler Bewegungs-Wahrnehmungs- und Kommunikationsförderung” waarbij “Förderung” betekent: ondersteunen, uitlokken, faciliteren. Ter afronding proberen we een **zo eenvoudig en volledig mogelijke definitie**:

B.S. is een manier om mensen te benaderen die ernstige beperkingen vertonen in hun beweging, waarneming en communicatie. Hun fysiek-lichamelijk “daar zijn” is de enige noodzakelijke basis of voorwaarde voor deze benaderingsmethode. Het voelen van aanraking, van beweging en van trilling is voor deze mensen een toegangspoort om hun eigen lichaam te ervaren, te voelen, gewaar te worden. Deze lichaamsgebonden ervaringen zijn een vertrekbasis om zo mogelijk met de ruimere omgeving in contact te komen.

Uit de definitie kan men afleiden dat ook **de doelgroep voor B.S. evolueerde**.

Oorspronkelijk betrof het “diep gehandicapte bewoners die niet in staat zijn om de eenvoudigste motorische patronen alleen te verwerven en met een verstandelijk niveau beneden de 6 maanden. Ook bewoners met een hoger verstandelijk niveau komen in aanmerking. B.S. kan ook regulerend optreden bij mensen met een ongecoördineerd bewegingspatroon. De doelgroep verruimde verder naar de zorg voor demente bejaarden, N.A.H.-patiënten en de verpleegkundige zorg in het algemeen.

Paragraaf 2 toont duidelijk de verruiming van de doelgroep aan.

1.3 Andreas Fröhlich

Andreas Fröhlich ontwikkelde vanaf 1975 de theorie van B.S.. Medische, paramedische en pedagogische benaderingen integreerde hij tot één systematische benaderingsmethode die de deur openzet naar mogelijke ontwikkeling.

Andreas Fröhlich was eerst als orthopedagoog werkzaam in een dagcentrum voor meervoudig motorisch gehandicapte kinderen te Landstuhl (Duitsland). Sinds 1989 is hij professor van de leerstoel “orthopedagogiek”, sectie mentaal gehandicapten, aan de universiteit Koblenz – Landau (Duitsland).

Geleidelijk aan groeide rond Fröhlich een team medewerkers of “Multiplikatoren”. Samen toetsen zij de theorie aan concrete ervaringen in hun werkomgeving. Zij ontwikkelen deze theorie verder, leggen nieuwe accenten en dragen bij tot een steeds ruimere geografische verspreiding en integratie van deze benaderingsmethode. Zij richten werk-, stuur- en intervisiegroepen op. Studie- en trainingsdagen zorgen ervoor dat B.S. steeds meer de kwaliteit van de zorgverlening verhoogt.

Persoonlijk contact met Fröhlich heeft ons getoond hoe hij zelf blijft zoeken naar de fundamentele kern van B.S.. Hij doet dit met een grote luistervaardigheid en invoelvermogen voor ervaringen waarin medewerkers hem laten delen.

In de evolutie van B.S. zien we hoe de begeleider door ervaring steeds beter de kunst verstaat om op de achtergrond te blijven en, steeds gevoeliger voor de signalen en de lichaamstaal van de “gehandicapte” bewoner, hem kansen geeft om op zijn eigen volwaardige manier op het voorplan te treden.

Als zorgverlener, geïnspireerd door B.S., mogen wij ons allen tot actieve medewerkers van Fröhlich rekenen.

Zijn werkadres: Prof. Dr. Andreas Fröhlich
Universität Koblenz – Landau
Abteilung Landau
Institut für Sonderpädagogik
Xylanderstrasse 1
D-76829 Landau

De principes van B.S. vind je terug in zijn basiswerk:

FRÖHLICH, A., Basale stimulation, Das Konzept
Düsseldorf, Eigenverlag des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfach
behinderte. 1999, 2^e uitgave, 321 pp.

Dit boek werd in het nederlands vertaald:

FRÖHLICH A., Basale Stimulatie
Leuven, Garant, 1995, 243 pp

2. Wie komt in aanmerking voor B.S.? Vraag naar de doelgroep

We vertrekken van een ruime basis: de fundamentele behoeften van de mens. We geven aan hoe tijdens de ontwikkeling, ook reeds vóór de geboorte, deze behoeften door de omgeving grotendeels worden bevredigd. Daarna richten we onze focus op vier groepen mensen die door een aangeboren of verworven ontwikkelingsstoornis aangewezen zijn op de specialistische zorg van anderen om in een zo goed mogelijk evenwicht met de omgeving verrijkende ervaringen op te kunnen doen. B. S. kan hier een aangewezen benaderingswijze zijn.

2.1 De fundamentele behoeften van de mens

Elk organisme, ook de mens, heeft behoefte aan uitwisseling, aan *contact* met zijn omgeving. Dit evenwicht tussen organisme en omgeving is nodig voor de zelfrealisatie, het zelfbehoud of het in stand houden van het organisme. De interactie tussen mens en omgeving geven we schematisch weer in het wisselwerkingsmodel op p. 36. We trachten eens te verwoorden en op een rij te zetten wat een mens allemaal nodig heeft om te leven en zich daarbij goed te voelen.

- zuurstof - lucht: ademhaling.
- vocht - voedsel: voeding.
- aangepaste temperatuur en vochtigheidsgraad: klimaat.
- licht.
- fysiek comfort, hygiëne, welbevinden: aangenaam aanvoelen van het lichaam in een gemakkelijke houding en met goedzittende kleding.
- een aangenaam stimulerende omgeving: prikkels (stimuli) in de omgeving om te voelen, te smaken, te ruiken, naar te luisteren, te kijken - (verschillende ervaringen opdoen langs verschillende zintuigen waardoor die steeds beter ontwikkelen). – verstrooiing, ontspanning.
- bewegingen ervaren waarbij hij zich veilig voelt (bewogen worden - transferts)
- gestimuleerd worden met een intensiteit en volgens een tempo dat aangepast is aan zijn eigen draagkracht (geen over- of onderstimulatie).
- rust - gerust gelaten worden - slaap - privacy
- stabiliteit, zekerheid, veiligheid, herkenbaarheid, voorspelbaarheid van relaties: structuur in tijd, ruimte, personen.
- greep, controle hebben op iets, nabijheid ervaren, een keuze maken, iets vastpakken, iets (een beweging) veroorzaken, iets doen, iets maken, creatief zijn, eigen invloed ervaren, zich nuttig voelen.
- actieve participatie, zorgen voor, verantwoordelijkheid nemen.
- begrijpen: kennis opdoen, de betekenis van iets of van een boodschap vatten.
- begrepen worden.
- aandacht, waardering, vertrouwen krijgen, bevestiging, jezelf mogen zijn.
- uitdrukking geven en krijgen (ontvangen) van genegenheid, vriendschap, tederheid, liefde.
- knuffelen en geknuffeld of “vastgepakt” worden.
- seksualiteit. (prikkeling – opwinding – ontlading)
- aanhankelijkheid, geborgenheid, binding, hechting, basisvertrouwen.
- onafhankelijkheid, zelf bewegen, vrijheid, zelfzekerheid, zelfstandigheid.
- zelfrespect, zelfvertrouwen.

Samengevat zie ook schema op p37.

Om zichzelf te realiseren en in stand te houden heeft de mens behoefte aan interactie met de omgeving op 3 niveaus:

- biologisch – fysiek
 - emotioneel – sociaal
 - existentieel – cognitief.
- + Deze interactie betekent voor de mens, positief geformuleerd: een verrijking.
- Negatief geformuleerd houdt dit in: vermijden van, zich beschermen tegen, vluchten voor, zich bevrijden van negatieve ervaringen zoals ademnood, dorst, honger, pijn, jeuk, over- en onderstimulatie, stress, onveiligheidsgevoelens, onzekerheid, onduidelijkheid, zich alleen voelen, zich niet begrepen voelen, zich machteloos voelen, zich nutteloos voelen, zich niet gewaardeerd voelen, sociale deprivatie

De behoeften motiveren de mens, zetten hem in beweging om met de omgeving een interactie aan te gaan of “gedragingen” te stellen. De concrete modaliteit van die gedraging wordt door elke (unieke) persoonlijkheid anders ingekleurd, afhankelijk van zijn affiniteiten, mogelijkheden en ervaringen. Wanneer de gedraging leidt tot een bevrediging van die behoefte, dan valt haar bestaansreden weg: haar doel is bereikt en de gedraging houdt op. De gevoelens (+ of -) weerspiegelen het al dan niet bevredigd zijn van een behoefte. Zij komen tot uiting in de lichaamstaal (mimiek, houding), in geluiden en verbale of andere aanvullende communicatiesystemen.

2.2 Behoeftenbevrediging in de normale ontwikkeling

Het kind kan zich steeds beter aanpassen aan de omgeving en de omgeving aan hem.

Vóór de geboorte ontwikkelt de foetus in volkomen evenwicht met de omgeving. Tenminste wanneer het erfelijk materiaal bij de conceptie onbeschadigd terechtkomt in de baarmoeder van een vrouw die in blijde verwachting, gezond en gelukkig leeft in haar omgeving.

Via de navelstreng ontvangt de foetus alle nodige zuurstof, voeding en emotionele betrokkenheid. Het omgevende vruchtwater is een rond zijn lijf gegoten meebewegende bufferzone, op lichaamstemperatuur binnen de baarmoeder waarin hij geborgen is.

Prénataal, ook bij de gestoorde ontwikkeling, wordt de foetus reeds basaal gestimuleerd en begint hij zelf stimulatie op te zoeken:

- *somatisch*: lijfelijk contact van de foetus met de baarmoederwand en met hemzelf.
- *vestibulair*: hij beweegt in het vruchtwater van de moeder die ook zelf beweegt.
- *vibratorisch*: trillingen van het organisme van de moeder en geluiden van haar stem en de omwereld verplaatsen zich via het vruchtwater en stimuleren de spieren, het skelet en de gehoorsorganen van de foetus. Ook de foetus zelf is een organisme dat vibreert.

Men beweert zelfs dat deze 3 soorten ervaringen voor de foetus noodzakelijk zijn om de zwangerschap te overleven.

Bij onderzoek op spontane abortusfoetussen stelt men dikwijls vast dat hun chromosomenstel zo afwijkend is dat zij deze ervaringen onmogelijk maken waardoor de vrucht de zwangerschap niet overleeft.

Andersom geredeneerd kan men dus stellen dat een boorling, ook al is hij gehandicapt (en dat is steeds meervoudig), tenminste deze 3 soorten B.S. heeft ondergaan. Vóór de geboorte zijn er dus reeds ervaringen aanwezig waarop de boorling kan steunen in zijn verdere ontwikkeling of waarop de zorg kan aansluiten waar hij dit zelf niet kan. (2.3)

Bij de boorling krijgt zijn eigen actieve inbreng geleidelijk een groter aandeel in de bevrediging van zijn behoeften.

- De geboortekreet betekent organisch een opstart van de longen als ademhalingsapparaat. Het huilen van de baby vordert meteen de zorg van de moeder op om de behoefte aan welbevinden, aan voedsel, aan aandacht en tederheid te bevredigen. De moeder bewerkstelligt dus contact met bevorderlijke elementen. Negatief geformuleerd kan moederzorg dorst, honger, sensorische deprivatie, pijn ... wegnemen. We kunnen hier spreken van vermijden, zich bevrijden van, zich beschermen tegen, vluchten voor schadelijke elementen.
Huilen wordt, samen met de mimiek en de globale lichaamsmotoriek, een taal, een communicatiemiddel om zorgvragen te stellen. Het adequate zorgantwoord van de moeder doet het kind zich begrepen voelen. Het kind toont dit welbevinden in zijn lichaamstaal. Er groeit basisvertrouwen, een gunstige voedingsbodem voor verdere ontwikkeling.
De moeder begrijpt het kind.
Het kind voelt zich door de moeder begrepen.
“Begrijpen” en “begrepen worden” zijn complementair. Zij versterken het doelmatig gedrag van beide polen in de interactie. Er ontstaat een positieve vicieuze cirkel.
- In de sensorimotorische ontwikkelingsfase (eerste en tweede levensjaar) zien we hoe de baby gedurende de eerste 6 maanden vooral het eigen lichaam tracht te ontdekken en te beheersen door functiespelletjes te doen: zichzelf vastpakken, de eigen toevallige bewegingen aanvoelen, daarnaar luisteren en kijken en opnieuw en opnieuw ...
We komen hierop terug in paragraaf 6.

Concentreren we ons even op de ontwikkeling vanaf 6 maanden:

- Reiken verfijnt tot intentioneel grijpen door een nauwkeurige oog-hand coördinatie (rijping – oefening) (organisme – omgeving)
- Het kind ontdekt een middel - doel relatie. Het kan iets veroorzaken.
- Het veroorzaken van beweging (zien) bij een mobiel geeft ook prettige geluiden (horen). Ook die beloning zet het kind aan om verder te doen.
- Dit succes maakt hem zelfstandiger, de vreugde van het “zelf kunnen” motiveert hem intrinsiek (van binnen uit) om het nog beter te doen en verder te oefenen.
- De zorgers kijken vol waardering toe en bevestigen het kind dat vlug opnieuw probeert.
- De aandacht voor organisch zelfbehoud is nu verruimd naar de nabije omgeving via de vertezintuigen (sensorisch: zien en horen) en de motoriek (grijpen).
- Het leren lopen rond de leeftijd van 1 jaar zal die actieradius nog verruimen. Rond het 2^e levensjaar is het zelfbewustzijn reeds sterk aanwezig. Waar de huid eerst enkel een fysiologische grens was tussen organisme en omgeving, ervaart het kind zich nu als handelend persoon steeds meer van die omgeving onderscheiden.
- Rond de 6^e maand manifesteerde zich het “gehechtheidsgedrag”. In de “Eenkenigheid” toont het kind zijn afhankelijkheid aan de moeder die er altijd voor hem is.
Eens 2 jaar geworden is de hechting een feit. De afhankelijke baby werd aanhankelijk en maakt zich nu los tot zelfstandigheid. Het basisvertrouwen stelt het kind in staat om los te laten en verder de ruimere omgeving te exploreren.

2.3 Behoeftenbevrediging bij bewoners met een handicap

Het kind heeft een beperkt aanpassingsvermogen. De begeleider past de omgeving aan aan de bewoner.

Deze schets van het normale ontwikkelingsverloop, waar alles steeds beter gaat, geeft ons meteen info over situaties waar de ontwikkelingsvoorwaarden en –mogelijkheden beperkt zijn. Achteruitgang of regressie in de ontwikkeling draait deze film terug met de nodige verlieservaringen en emotionele impact op de omgeving. De vicieuze cirkel keert zich om en alles gaat steeds moeilijker.

We onderscheiden bij bewoners met een handicap:

- ***Bewoners met een aangeboren hersenletsel in strikte zin:*** het hersenletsel is het gevolg van beschadigd erfelijk materiaal. Dit geeft meestal aanleiding tot een syndroom met organische, motorische en/of verstandelijke beperkingen.
- ***Bewoners met een aangeboren hersenletsel in ruimere zin:*** het hersenletsel is het gevolg van prenatale, perinatale of postnatale hersenbeschadiging – tot de leeftijd van 3 jaar.
- ***Bewoners met een verworven hersenletsel in enge zin*** (N.A.H. of: personen met een Niet Aangeboren Hersenletsel). Het hersenletsel is ontstaan na de leeftijd van 3 jaar en vóór de leeftijd van 65 jaar.
 - * Dit hersenletsel kan veroorzaakt zijn door een ongeval, dikwijls gevolgd door coma waarna in een revalidatieperiode sommige verloren functies terugkeren en andere lichamelijke en psychische letsels als restverschijnsel blijven (uitval van motoriek, van verstandelijke mogelijkheden, spraak, zintuigen, geheugen - emotionele, psychische en sociale problemen).
 - * Dit hersenletsel kan het gevolg zijn van een *Cerebro Vasculaire Aandoening* (C.V.A.) zoals hersenbloeding, hersentrombose ...
We merken op dat een N.A.H. bewoner dus over normale verstandelijke vermogens kan beschikken.
- ***Bewoners met een verworven hersenletsel ten gevolge van regressie of dementie*** bv. Alzheimerdementie.

Wij illustreren hoe de behoeftenbevrediging bij die bewoners in het gedrang kan komen en hoe zij, omdat zij dit zelf niet kunnen, binnen een specialistische zorg in aanmerking komen voor B. S.. In 2.2 toonden we reeds aan dat ook bewoners met een aangeboren hersenletsel basaal worden gestimuleerd tijdens de zwangerschap die zij overleven.

Ouders die weten dat ze een gehandicapt kind verwachten en die niet kiezen voor abortus, zijn niet in blijde verwachting. Samen met de zuurstof en de voeding deelt de foetus de emotionele angst en de spanningen van de ouder(s). De foetus ontwikkelt in een minder rustige en minder gunstige omgeving.

Dit kan mede leiden tot een vroeggeboorte in een nog minder aangepaste bedreigende omgeving met zuurstof-, vocht-, voedings- en temperatuurproblemen.

Ouders die bij de geboorte of kort daarna de handicap van hun kind vernemen of vaststellen, vallen emotioneel in een knoop. Ze hebben een lange tijd nodig om daarmee te leren leven (verwerken). Aanvaarden doen ze het meestal nooit. Waar zij volgens het boekje juist nu hoognodig zijn om hun kind liefdevol met zorg en waardering te omringen, kunnen ze dit emotioneel soms moeilijk opbrengen. Zij benaderen hun kind met angstogen naar de toekomst. Hun handelingen zijn onzeker of overbeschermend, tenminste indien zij voor hun kind nog blijven zorgen.

Ziekenhuisopname in handen van meerdere zorgers en met sporadisch tot geen contact met de ouders, maken het voor kinderen met een verstandelijk niveau van 6 maand en meer onmogelijk om het proces van hechting door te maken als noodzakelijke stap naar zelfzekere vertrouwensvolle exploratie.

In plaats van een nieuwe boeiende wereld te ontdekken ervaren ze hun lichaam dikwijls als een bron van pijn. Die pijn kan veroorzaakt zijn door lange tijd niet van houding te veranderen, door een oncomfortabele houding. Onevenwicht in spiertonus kan leiden tot vervorming van het skelet waardoor later vitale organen in het gedrang kunnen komen. Het kind ervaart dikwijls mensen die hem benaderen als pijngevers tijdens behandeling en wondverzorging. Het wijst die contacten af, valt op zichzelf terug, ontwikkelt depressief teruggetrokken gedrag of sluit zich op in stereotiepe gedragingen. Verstandelijke en zintuiglijke uitval leidt tot een angstig leven in een bizarre, vijandige, aanstootgevende onbegrijpelijke wereld die hem niet begrijpt. Ontmoedigde zorgverleners kunnen nalaten voldoende stimulatie aan te bieden waardoor de zintuiglijke en motorische ontwikkeling nog moeilijker verloopt en de verankering in een voorspelbare, herkenbare aantrekkelijke omgeving nog weinig kansen krijgt.

Bewoners met een motorische handicap in die zin dat ze zich niet zelfstandig kunnen verplaatsen op een veilige wijze, hebben de hulp van anderen nodig om hun lichaam te ervaren door vastgepakt (tactiel contact) en bewogen te worden (transferts).

Maar ook kinderen met “Attention Deficit and Hyperactivity Disorder” (A.D.H.D.) zijn motorisch beperkt: ze fladderen rond en zijn de speelbal van hun oncontroleerbare impulsen. Ook zij kunnen geen doelgerichte gedragingen stellen.

Deze bewoners vragen begeleiding om structuur in hun beweging aan te brengen. Bewoners met houderige motoriek en dikwijls ook stereotiep gedrag vragen dan naar bewegingsvariatie op het thema dat ze zelf aangeven. (zie ook paragraaf 6).

N.A.H. bewoners en bewoners met regressie of dementie kunnen in één of meerdere functiogeringsgebieden het niveau van de vorige groepen evenaren, maar hun voorgeschiedenis verschilt. Het verlies van verworvenheden is moeilijk te verwerken door de betrokkene, als hij zich daarvan bewust is, en is een zware emotionele belasting voor zijn omgeving. Ook de rolomkering van soms kostwinner en ouder – zorggever naar afhankelijke zorgontvanger is een zware klap.

Ook zij komen in aanmerking voor B. S.. Professionele hulpverleners zullen daartoe dikwijls eerder in staat zijn dan de emotioneel te nauw betrokken familieleden.

Het leven is niet altijd eerlijk: “Wie veel heeft krijgt dikwijls meer; wie weinig heeft wordt nog ontnomen.” Door hun handicap hebben deze bewoners een hogere behoeftegraad, maar door die handicap zijn ze niet in staat om zelf voor behoeftenbevrediging te zorgen. Ze hebben daarvoor hoofdzakelijk anderen nodig. Tevens beschikken ze over minder mogelijkheden om die zorg van anderen op te vorderen.

Waar bij de normale ontwikkeling aandacht, bevestiging en waardering van de omgeving belonend en stimulerend werken, geven de hierboven geschetste kenmerken daar spontaan geen aanleiding toe, integendeel. Er is een inspanning nodig om aandacht en waardering te hebben voor hun kleine nog observeerbare mogelijkheden en vorderingen. Het is niet steeds gemakkelijk om het eigen materieel en psychisch leefcomfort aan de gehandicapte bewoner aan te passen en hem onvoorwaardelijk te benaderen zoals hij is: hij mag zo zijn. Hij moet aan geen enkele voorwaarde of norm beantwoorden om onze zorg, aandacht en waardering te verdienen en samen maken we er het beste van.

Tenslotte is het opmerkelijk hoe de meeste bewoners met een gekwetste leefbaarheid toch “vasthouden” aan het leven. Ze leven graag, ze verdragen veel en kunnen eigenlijk veel moed en geduld opbrengen!

Fröhlich formuleert **negen hoofddoelen van B.S.**, gezien vanuit de bewoner met een handicap. Deze hoofddoelen groeperen de eerder opgesomde fundamentele behoeften van de mens.

- het leven behouden
- het eigen leven voelen
- veiligheid beleven en vertrouwen opbouwen
- een eigen ritme ontwikkelen
- de omgeving ervaren
- relatie aanknopen en vorm geven
- betekenis verlenen
- het eigen leven vorm geven
- zelfstandigheid en verantwoordelijkheid opnemen

B. S. kan voor deze bewoners met een handicap, zoals in 2.3 omschreven, een geschikte specialis-tische benaderingswijze zijn. Het herlezen van de definitie maakt na deze wandeling de kring weer rond.

De behoeftenbevrediging - vóór en na de geboorte, bij een normale en gestoorde ontwikkeling - stellen we schematisch voor op p. 38.

Als zorgverleners mogen we tenslotte niet aan onszelf voorbijlopen: ook wij komen in aanmerking voor B.S.. Wij kunnen daar ook zelf voor zorgen. Maar met onze ruime ervaringsmoge-lijkheden heeft deze B.S. bij ons een beperktere impact dan bij een bewoner waar de ervarings-mogelijkheden nauwelijks of niet verder reiken.

3. Basisconcepten van B.S.

B. S. benadert de mens als geheel: een persoonlijkheid met fysieke, psychische, emotionele, cognitieve en sociale componenten die op mekaar inwerken. De interactie tussen die aspecten is sturend voor de ontwikkeling.

Ook B. S. werkt op die aspecten in. Drie belangrijke aspecten zijn daarbij:

beweging - waarneming - communicatie

Het zijn de 3 basisconcepten van basale stimulatie die ook in de definitie zijn opgenomen.

3.1 Beweging - waarneming

Beweging en waarneming gaan voortdurend samen. Beweging is nodig om waar te kunnen nemen: Beweging en waarneming sturen de cognitieve ontwikkeling reeds tijdens de eerste 6 maanden (fase 1-2-3 binnen het sensorimotorisch stadium) Wanneer het kind zich dan kan verplaatsen, verruimt het zijn waarnemingswereld. Het gaat op exploratie naar dingen die het op een afstand ziet of hoort. Het tracht er vat op te krijgen en gaat ermee experimenteren.

Bewoners met een gestoord of afwezig bewegingspatroon hebben het moeilijk om zichzelf als handelend lichaam waar te nemen. *(Het betreft hier vooral somatische, vestibulaire en vibratorische waarnemingen die we nabijheidszintuiglijke waarnemingen noemen.)*

Voor deze bewoners wordt het immobiele lichaam zelfs dikwijls ervaren als een bron van spanning en pijn. Deze bewoners missen de basis om vanuit een hanteerbaar lichaam contact te nemen met de ruimere omgeving *(ook door vertezintuiglijke waarnemingen).*

B. S. biedt deze bewoners gestructureerde bewegingservaringen aan. De bewoner wordt aangeraakt en bewogen en neemt daardoor waar. Andersom brengt de begeleider de omgeving naar de bewoner toe die zelf niet in staat is om zich gericht en met een veilig gevoel naar die wereld toe te wenden.

Bewegen doet waarnemen. Om waar te nemen hebben we beweging nodig. Verstarring doet de waarneming uitdoven. Enkele concrete voorbeelden:

- Een nieuwe prikkel (bv. een voorwerp dat men in onze handpalm legt) nemen we waar. Na een tijdje treedt er gewenning op en voelen we het voorwerp niet meer. Om het weer waar te nemen zullen we het met de hand betasten (= bewegen). Wanneer deze oefening met gesloten ogen gebeurt, zal dit betasten dikwijls nodig zijn om het voorwerp te herkennen.
- Dit geldt ook voor auditieve waarnemingen (steeds hetzelfde geluid horen) en voor visuele waarnemingen (steeds op dezelfde visuele stimulus gericht zijn).

Bewoners die lange tijd onbeweeglijk in dezelfde houding zitten of liggen, verliezen voeling met zichzelf en hun omgeving.

Om de bewoner te bewegen moeten wij naar hem toe gaan. De begroeting en het eerste contact dient geleidelijk te gebeuren zodat de bewoner met zijn beperkte waarnemingsmogelijkheden daarop kan anticiperen en zich daarbij veilig voelt. Hij kan immers niet vluchten.

3.2 Communicatie

Winfried Mall spreekt van “Basale Kommunikation” en dit geeft beter de bedoeling van B.S. weer. Wie basaal stimuleert zoekt communicatiekanalen tussen hem en de bewoner in beide richtingen. Stimulatie is contact nemen en stimulatie is gericht op het bevorderen van contact van de bewoner met zijn lichaam. Een lichaam dat uitgerust is met verschillende waarnemingszintuigen die ook contact mogelijk maken met verschillende aspecten van de omgeving. In die ruimere omgeving onderscheiden we:

- de *begeleider* * die samen met de bewoner iets – hetzelfde – doet “Gemeinsamkeit”
* die toont dat hij de bewoner onvoorwaardelijk accepteert, waardeert en begrijpt.
- de *wereld van andere mensen en dingen* waarmee de bewoner, zonodig met hulp, op 3 niveaus een interactie kan aangaan om zich te realiseren.

Bij B.S. is het belangrijk dat de begeleider gevoeligheid aankweekt voor de communicatiekanalen van de bewoner die zo al beperkt is om zijn zorgvraag te stellen of aan te geven. Hij zal zich bij onze contactname veilig voelen wanneer hij ervaart dat wij voldoende tijd nemen om de communicatie in beide richtingen volledig te laten verlopen.

Dit betekent concreet:

- Dat wij de bewoner duidelijk tonen bij de begroeting dat wij met hem een interactie zullen aangaan.
- Dat wij voldoende lang bij hem blijven en de tijd nemen om zijn lichaamstaal in ons op te nemen en er een juiste betekenis aan te geven.
- Dat wij passend daarop reageren zodat de bewoner zich begrepen voelt.
- Dat wij de bewoner de kans geven om ons in zijn lichaamstaal te tonen dat de communicatiecirkel rond is.
- Dat wij door een afsluitritueel aangeven dat “deze” interactie stopt.

Beweging, waarneming, communicatie...zou je eigenlijk kunnen samenvatten in:

CONTACT

Contact is leven...

Zie schema op p. 39.

4. Basale stimulatie, geïntegreerd in de verzorging en B.S. als activiteit

B.S. mag dan voor velen een nieuw woord zijn, de werkelijkheid waarnaar zij verwijst is ingebakken in het oeroude menselijke zorgen, opvoeden en begeleiden. Ook de dieren stimuleren hun jongen somatisch, vestibulair en vibratorisch zolang zij dit zelf niet kunnen, en ook nog daarna. Vóórdat bewoners met een handicap in een deeltijdse of in een voltijdse voorziening terecht komen werden zij thuis verzorgd en dus ook basaal gestimuleerd. Denk maar aan wassen, afdrogen, aankleden, opnemen en verplaatsen, ronddraaien, dansen en stoeien Een moeder die haar kind op de schoot zingend in slaap wiegt doet tegelijk aan somatische, vestibulaire en vibratorische “stimulatie”. Deze 3 vormen komen dikwijls samen voor met een wisselend accent.

Het werkt bemoedigend wanneer men ouders en ook opvoeders er vooral op wijst dat zij reeds heel wat aan B.S. doen zonder het zelf te weten. Wie met B.S. uitpakt alsof hij het warm water heeft uitgevonden, krijgt daar aversieve reacties voor terug. Een specialistische begeleiding die van een positieve waardering vertrekt kan er wel voor zorgen dat, wat reeds gebeurt, nog doelmatiger verloopt en dus meer is dan het uitvoeren van technieken vanuit een positieve betrokkenheid.

Begeleiders maken wel eens de opmerking dat zij eerder verzorgers zijn dan opvoeders. Verzorgen leunt dan vooral aan bij het medisch-paramedische en staat ver van het pedagogische.

Waar B.S. in de verzorging geïntegreerd is, groeit verzorging uit tot een pedagogische activiteit die meer is dan proper maken en calorieën toedienen.

Wanneer de bewoner kwaliteitsvolle lichaamsverzorging heeft gekregen en wanneer er nog tijd en ruimte is, én wanneer de draagkracht van de bewoner dit toelaat, dan kan men een activiteit. B.S. met de bewoner doen.

Niet alleen bewoners in residentieel verband, maar ook patiënten die tijdelijk in een ziekenhuis verblijven, zijn gesteld op verpleging met Basaal Stimulerende kwaliteit. Ook daarnaast kan B.S. als activiteit worden aangeboden. Voor patiënten die bvb. tijdelijk weinig kunnen bewegen, kan lichaamsmassage ervoor zorgen dat ze met hun lichaam in contact blijven. Een activiteit B.S. kan ook afleiden, ontspannen en zelfs helend werken. Zeer bepalend is natuurlijk of de patiënt op dat moment wel stimulatie verdraagt. De pijn kan zo intens zijn dat zij elke andere lichaamsbeleving overstemt. Ook de houding van de patient tegenover de persoon die de activiteit aanbiedt zal mede zijn ervaring inkleuren.

Elke begeleider, ouder, opvoeder, verpleegkundige of specialist kan een activiteit B.S. aanbieden. Die activiteiten zijn spontaan uit de zorgrelatie gegroeid maar ze kunnen ook worden aangeleerd en bijgestuurd.

Shantala bvb. is een Indische moeder die spontaan haar kind ook somatisch stimuleerde. Zij heeft niet eerst het boek gelezen “Shantala, babymassage” dat Frédéric Leboyer heeft geschreven nadat hij haar, in langzit op de grond, met haar kind spontaan had bezig gezien.

Wie voldoende fantasie heeft hoeft dus niet op activiteitsfiches te wachten om een activiteit met de bewoner te doen. Het kan evenwel handig zijn over enkele uitgeschreven activiteiten te beschikken.

Ik geef enkele voorwaarden die een gunstig klimaat scheppen om een activiteit B.S. te doen:

- De begeleider kent voldoende de mogelijkheden en beperkingen van de bewoner (dossierkennis, ervaring) zonder daardoor de bewoner vanuit die focus te weinig ruimte te laten voor verandering en verrassing.
- Hij is voldoende gemotiveerd om, buiten de kwaliteitsvolle lichaamsverzorging van de bewoner om, ook daadwerkelijk een activiteit B.S. te doen.
- Door opleiding en zelfstudie krijgt hij voldoende informatie die de activiteit situeert in een ruimer ervaringsgeheel.
- Hij kan beroep doen op een assortiment fiches met concrete en duidelijke richtlijnen om met de bewoner activiteiten B.S. te doen.
- Naast zijn lijfelijk werkinstrument, beschikt hij over de nodige materialen.
- Hij krijgt de nodige demonstratie, ondersteuning en bevestiging bij het uitvoeren van zo een activiteit.

In paragraaf 5 vermeld ik algemene principes bij het uitwerken van de activiteit zelf.

De activiteitenfiches zijn geordend naar de verschillende, mekaar overlappende, waarnemingsgebieden waarop de stimulatie inspeelt. De meest basale, nabijheidszintuiglijke waarnemingen staan bovenaan omdat zij bij de ruimste doelgroep aan bod kunnen komen.

somatisch-tactiel	
vestibulair	
vibratorisch	
ademhaling	
smaak-oraal	
geur	
auditief	
visueel	

Verder wordt op elke fiche vermeld:

- naam van de activiteit
- doelstelling (geformuleerd van uit de bewoner)
- materiaal
- uitgangshouding bewoner
- uitgangshouding begeleider
- beschrijving van de activiteit
- opmerkingen
- schematische illustratie (waar nodig)

Voor een activiteit B.S. is een half uur per bewoner, inclusief het beginritueel (eerste contact) en het afsluiten (het loslaten) zeker voldoende.

Activiteitenfiches zijn enkel nuttig wanneer ze gebruikt worden met de nodige nuancerings. De activiteit zal steeds aangepast worden aan elke individuele bewoner.

B.S. is vooral een grondhouding, een attitude die in elke handeling zichtbaar wordt, eerder dan het uitvoeren van pasklare recepten die het activiteitenlijstje aanvullen.

Activiteiten B.S. hebben het voordeel dat ze concreet zijn. Zij kunnen de kwaliteit van de zorg (lichaamsverzorging) op hun beurt gunstig beïnvloeden terwijl een basaal stimulerende grondhouding als onderliggende variabele van die zorg eerder riskeert aan onze focus te ontsnappen.

Als besluit zal het nu wel duidelijk zijn dat alle bewonersbetrokken verzorgingsactiviteiten (ped)agogische activiteiten zijn. Een karikatuur zou het zijn wanneer men haastig een bewoner wast en aankleedt zodat hij klaar is om tijdig te genieten van onze activiteit somatische stimulatie onder vorm van lichaamsmassage.

5. Algemene principes bij het uitwerken van een activiteit B.S.

Deze principes dienen door de begeleider steeds vertaald te worden naar de eigenheid van de bewoner waarmee hij samen in een activiteit betrokken is.

- Zorg goed voor jezelf: veiligheid, rust en geborgenheid kan je pas overdragen als je jezelf zo voelt.
- Wees bewust van je eigen lichaam: hoe beter je je eigen lichaam aanvoelt, hoe beter je je lichaam kan inzetten om in contact te komen met je partner.
- Ervaar steeds eerst zelf het effect van de aan te bieden stimulatie, eventueel met hulp van een collega.
- Kies een rustige ruimte en schakel overtollige prikkels uit. Wees spaarzaam met licht- en geluidseffecten. Zorg dat er een rustige sfeer heerst.
- Werk steeds in een 1-1 relatie: één begeleider - één te stimuleren persoon. Andere bewoners kan je daar als toeschouwer bij betrekken.
- Omdat visuele communicatie wel stimuleert om een activiteit te doen, is het aangewezen dat je als begeleider deze activiteit met je bewoner niet alleen doet, maar samen met een collega die ook in een 1-1 relatie zijn bewoner in dezelfde ruimte basaal stimuleert (coactie).
- Doe de activiteit met een beperkt aantal bewoners, elk in relatie met één begeleider.
- Zet bij het installeren van de activiteit de nodige materialen binnen handbereik vooraleer je met de bewoner contact neemt.
- De basale stimulatie begint reeds bij het eerste contact: in het blikveld van de bewoner komen, hem aanspreken en uitnodigen, hem aanraken, verplaatsen, ontkleden.
- Laat de activiteit verlopen volgens een vast ritueel: inleiding – activiteit – afsluiting. Dit geeft herkenbaarheid en voorspelbaarheid.
- Neem zelf een comfortabele (niet krampachtige) houding aan met steun in de rug als je neerzit.
- Plaats de bewoner op een voor jou goed werkbare hoogte. Een gemakkelijke houding stelt bijkomende energie beschikbaar voor de bewoner. Een begeleider die een gemakkelijke houding aanneemt, draagt dit prettig gevoel over.
- Hou tijdens de activiteit je houding en ademhaling goed onder controle.
Blijf rustig doorademen
- Ga volgens een gelijkmatig ritme te werk. Dit structureren in de tijd laat toe dat de bewoner zich kan instellen op wat er komen zal. Hij bouwt een verwachtingspatroon op en dat geeft een gevoel van veiligheid.
- Las regelmatig een rustpauze in. Dit accentueert de stimulatie.
- Praat tijdens de activiteit enkel met de te stimuleren bewoner en niet met de collega's.
- Bied de activiteit rustig aan en voldoende lang. Geef de bewoner tijd om zich aan te passen, te wennen aan elke nieuwe stimulus. Geef hem tijd om drempelproblemen te overwinnen.
- Vermijd teveel herhalingen van dezelfde stimulatie. Dit vermindert bij de bewoner gaandeweg de gevoeligheid voor de waarneming en dit zou ook kunnen leiden tot stereotiep gedrag bij jezelf.
- Stimuleer de 2 lichaamshelften van de bewoner gelijkmatig en evenveel, ook wanneer zijn lichaam niet symmetrisch gebouwd is.
- Pas je handelingen aan aan de lichaamsvorm van de bewoner zodat hij zichzelf gemakkelijk en comfortabel voelt. Ga van de bewoner uit zoals hij is. Wil hem niet veranderen.
- Neem naast lichaamscontact ook oogcontact met de bewoner. Spreek hem aan.
- Observeer voortdurend om na te gaan hoe de bewoner reageert op je aanbod.
- Pas je aanbod aan aan de reacties van de bewoner. Dring je stimulatie niet op, respecteer een eventuele afwijzing en herhaal de stimulus bij een positieve reactie.
- Vul na de activiteit een gestructureerd observatieschema in.

6. Stereotiep gedrag, een concrete handleiding voor B.S.

6.1 Stereotiep gedrag, een veelkleurig palet van steeds dezelfde gedragingen

We kennen allemaal bewoners met een verstandelijke handicap die tenminste nog motorische mogelijkheden hebben om zichzelf basaal te stimuleren. Dit gebeurt dan dikwijls onder de vorm van stereotiep gedrag. Ze wrijven steeds op dezelfde plaats en soms kan dit leiden tot zelfverwonding. Anderen schommelen voortdurend, zittend, liggend of staand, in dezelfde richting. Nog anderen zoemen en versterken die ervaring of sensatie wel eens door één of twee handen aan het hoofd te houden. Anderen blijven hangen in klak-, smak-, blaasgeluiden of zelfs vocalisaties en woorden. Je ziet bewoners het licht filteren tussen de vingers van hun hand die dan als een ruitenwischer op en neergaat. Andere bewoners fladderen met de handen of ze flapperen met één onvervangbaar doekje, een koord of een stukje papier. Weer anderen doen het met een geluidmaker die ze steeds op dezelfde wijze bewegen met steeds dezelfde stereotiepe beloning van steeds hetzelfde geluid. Elk voorwerp kan een geluidmaker worden als men ertegen klopt ofwel met het voorwerp klopt tegen iets anders. Stereotiep gedrag met materialen gaat dikwijls samen met de eerstgenoemde gedragingen waarbij enkel het lichaam betrokken is. In zeer veel gevallen geeft schommelen het ritme aan van het soms meervoudig stereotiep gedrag.

6.2 Stereotiep gedrag en haar invloed op de begeleider

Bewoners die de hele dag zulk gedrag stellen kunnen de begeleider wel eens ontmoedigen en zelfs op de heupen werken.

Je krijgt zo de indruk dat de bewoner je helemaal niet nodig heeft. Hij sluit zich met zijn beperkt repertorium op in zijn voor anderen ontoegankelijke wereld. Je kan er gewoon niet bij, je hebt geen contact met de bewoner en je hebt het gevoel er “voor spek en bonen” bij te lopen. De bewoner “speelt” niet in de enge zin van het woord. Je kan hem ook moeilijk een spel aanbieden. Je aanbod bedreigt hem, hij duwt je weg en herneemt het stereotiep gedrag dat je zojuist onderbroken had: zijn spel.

Komt daarbij nog dat die steeds terugkerende bewegingen en geluiden gaan irriteren, niet zozeer de specialist die even langskomt, maar de begeleider die 8 uren per dag met die bewoners in huis werkt. Daarvoor alleen al is het aangewezen om geluidmakers aan te bieden die kwaliteitsvol en aangenaam klinken.

6.3 De betekenis van dit stereotiep gedrag

Elke mens maakt in zijn ontwikkeling een periode door waarbij hij stereotiep gedrag stelt. Dit situeert zich hoofdzakelijk tijdens de eerste 6 levensmaanden. (*Volgens Piaget is dit fase 1-2-3 binnen het sensorimotorisch stadium – 0 tot 2 jaar – van de cognitieve ontwikkeling. Volgens Dösen is dit de eerste adaptatiefase – 0 tot 6 maanden – van het sociaal-emotioneel ontwikkelingsprofiel.*)

Na de geboorte tracht het kind controle te krijgen over zijn eigen organisme, als basis om later met de ruimere omgeving in contact te komen, die te controleren en te veranderen of “naar zijn hand te zetten” voorzover dit mogelijk en nodig is.

Een toevallige beweging van de armen trekt zijn aandacht. Het kind ligt erbij en kijkt ernaar. Het

zien en voelen van de beweging op zich is voor het kind een nieuwe aandacht trekkende sensatie die als aangenaam wordt ervaren. Men spreekt hier van bewegings-, functie- of experimenteer-spel: het bewegen om het bewegen zelf. Daardoor wekt het kind bij zichzelf een zekere alertheid of arousal op en het leert zijn bewegend lichaam in de ruimte te oriënteren. De functielust die dit veroorzaakt werkt als een beloning en dit positief effect zet het kind aan om die gedraging te herhalen: het stereotiep gedrag is geboren.

Een binnen handbereik opgehangen speeltje, dikwijls een felgekleurde geluidmaker, wordt daar al gauw bij betrokken. Tijdens het stereotiep bewegen slaat het kind er wel eens toevallig tegen. De beweging ervan zien en het geluid horen is het belonend effect. Reiken evolueert naar doelgericht grijpen waardoor het kind greep ontwikkelt op zijn omgeving. Het zelf bewegen krijgt een instrumentele betekenis: het dient om iets te veranderen of te veroorzaken in de onmiddellijke omgeving. Uit ervaring leert het kind be-grijpen hoe zijn omgeving functioneert. Het voorziet het effect van zijn handelen. De gebeurtenissen krijgt het deels onder controle. Die voorspelbaarheid geeft het kind een zelfzekerder en veiliger gevoel. Rond het eerste levensjaar zoekt het andere middelen om die omgeving te beïnvloeden en te veranderen, om problemen op te lossen.

Ook de taalontwikkeling volgt via keuvelen, lallen, vocalisaties, brabbelen en de eerste woordjes dezelfde weg. Het kind krijgt vat, ook op een fysiek niet aanwezige wereld. Het tracht steeds meer te begrijpen en voelt zich pas volledig goed wanneer het ook door anderen begrepen wordt. In de eerste levensmaanden oefent het kind door stereotiep gedrag een beperkt segment om, wanneer dit verworven is, dit in te passen in een ruimer en complexer geheel. Stereotiep gedrag verdwijnt geleidelijk en gaat op in veelsoortig gevarieerde willekeurige gedragingen die het organisme en de omgeving op mekaar afstemmen. Dit "intelligent gedrag" is nodig voor de mens om te overleven in een wereld die daardoor minder bedreigend wordt en hem zelfs mogelijkheden biedt om steeds zelfstandiger verrijkende ervaringen op te doen.

Doorheen het stereotiep gedrag kan het kind / bewoner bepaalde behoeften (2.1) realiseren. Dit gedrag helpt ook om sommige hoofddoelen te bereiken zoals Fröhlich dit formuleert (2.3)

Vele volwassenen dragen nog de sporen van dit stereotiep gedrag. Sprekers bedienen zich soms van stereotiepe uitdrukkingen. Iedereen heeft wel zijn stokpaardje, zijn rituelen of tics. We proberen die wel handig te camoufleren en we voelen ons geremd wanneer iemand ons wijst op de aanwezigheid ervan.

In de normale ontwikkeling is deze periode van stereotiep experimenteren dus tijdelijk. Het doorlopen ervan is nodig om naar de volgende ontwikkelingsfase te kunnen doorgroeien.

Een bewoner met een **verstandelijke leeftijd onder de 6 maanden** en met motorische mogelijkheden, stelt stereotiep gedrag. Wanneer hij onder dit verstandelijk niveau stabiliseert, dan blijft hij in de fase van stereotiep gedrag steken. Hetzelfde gebeurt met een bewoner die, onafgezien zijn verstandelijke leeftijd, zich **sociaal emotioneel** situeert **onder de 6 maanden**.

Hij ervaart de omgeving dikwijls als een bedreiging die niet overgaat. Hij heeft moeilijk zicht op het geheel en komt van de ene verrassing in de andere terecht. Hij blijft aangewezen op begeleiding om die wereld te vatten en te begrijpen op zijn niveau, om die wereld minder als vijandig te ervaren maar eerder als een mogelijkheid om verrijkende ervaringen op te doen. Wanneer de begeleider zijn leefwereld structureert (vaste opeenvolging van activiteiten in daartoe voorziene ruimten, begeleid door vaste personen), dan wordt deze wereld voor hem iets meer herkenbaar en voorspelbaar. Die vertrouwde ervaringen verhogen zijn veiligheidsgevoel en zetten hem aan om aanspreekbaarder te zijn voor een wereld die ruimer is dan hemzelf.

Het niet begrijpen van de wereld rondom hem, het zich overvallen voelen door onvoorspelbare gebeurtenissen, leidt tot angstgevoelens. Om zich daartegen te beschermen tracht een bewoner die

daartoe in staat is zich af te sluiten van die bedreigende wereld door stereotiep gedrag te stellen. Hij verbreekt het als negatief ervaren contact met de omgeving en valt op zichzelf terug door een gedraging te stellen die hij fijn vindt: zijn stereotiep gedrag. Hij wordt niet verrast door het gedrag dat hij zelf veroorzaakt, dat steeds voorspelbaar terugkeert, gestructureerd in tijd (het ritmisch aspect) en ruimte (zijn vast territorium), en dat hij ook naar believen kan stoppen. Hij heeft vat op zijn gedraging en hij heeft daarvoor niemand anders nodig.

Wellicht vraagt de bewoner die stereotiep gedrag stelt aan ons op zijn manier om voor milieuvriendelijkheid te zorgen, om voor hem een wereld te maken die hij als veilig, vertrouwd en voorspelbaar ervaart.

We moeten wel zeer voorzichtig zijn bij het interpreteren van zijn lichaamstaal. De bewoner kan met zijn stereotiep gedrag zelf zijn voorspelbaar dagprogramma invullen omdat niemand anders hem iets biedt wat hem meer aanspreekt. (zie 6.6)

Vooraf merken we op dat we bij de bewoner fixatie aan stereotiep gedrag trachten te voorkomen door zijn omgeving te structureren en door voldoende stimuli aan te bieden, aangepast aan zijn draagkracht

6.4 Stereotiep gedrag als een concrete handleiding

Door dit stereotiep gedrag te stellen geeft de bewoner aan wat hij fijn vindt. Dit gedrag is een concrete handleiding voor de begeleider om met die bewoner in contact te komen en een leefwereld op te bouwen die minder als bedreigend wordt ervaren.

Eerder dan dit stereotiep gedrag te willen stoppen of te doorbreken, kan de begeleider aansluiten op het niveau van de bewoner door dit stereotiep gedrag te “spiegelen” en samen met hem, eventueel in lijfelijk contact, als hij zich daarbij veilig voelt, uit te voeren.

Op de verschillende modaliteiten om gedrag van een bewoner te spiegelen, gaan we verder in op paragraaf 7.

De bewoner geeft met dit stereotiep gedrag zijn geliefkoosd thema aan. Wij spelen daarop in en brengen geleidelijk variaties aan op dit thema. We lassen korte pauzes in, bevestigen hem. Eigenlijk laten we hem voelen dat ervaringen, die van dit stereotiep gedrag iets afwijken, ook fijn kunnen zijn en veilig en lustvol kunnen verlopen. We hopen een klein beetje dat hij deze kleine verruiming ook zal opnemen in zijn vast repertorium.

6.5 Stappen om basaal stimulerend in te spelen op het stereotiep gedrag van de bewoner

Om bij bewoners met stereotiep gedrag de basaal stimulerende benaderingsmethode toe te passen kunnen volgende stappen nuttig zijn:

- We observeren en noteren het stereotiep gedrag van de bewoner met positieve waardering voor de unieke eigenaardige wijze waarop hij aan ons verschijnt, zonder de nogal aanwezige neiging om dit te willen veranderen. Dit stereotiep gedrag kan meerdere aspecten inhouden.
- Naast elk aspect duiden we aan of dit nu hoofdzakelijk een somatische of een vestibulaire of een vibratorische zelfstimulatie inhoudt. Het kan ook een auditieve, visuele of olfactorische (reuk) stimulatie zijn.
- Dit geeft meteen aan binnen welke sector de bewoner zichzelf graag basaal stimuleert en welke soort basale stimulatie hij eventueel van anderen verdraagt.
- Storende elementen in de omgeving trachten we vooraf uit te schakelen.

Dan benaderen we in een 1-1 relatie de bewoner in zijn vertrouwde omgeving tot op een afstand die hij verdraagt of veilig vindt. Zelf geeft hij wel aan als we te dicht komen.

We respecteren eventuele afwijzing.

- We voeren zijn stereotiep gedrag samen met hem uit. Zo mogelijk nemen we daarbij lijfelijk contact. De bewoner ervaart een begeleider die volledig aansluit op zijn niveau. Hij ervaart dat zijn gedrag door iemand anders wordt nagebootst, dat hij bij iemand anders iets veroorzaakt. Door die ervaring wordt hij zich bewust van zichzelf en ontstaat de eerste vonk van contact met iemand anders dan hemzelf. Hij ontsluit zich, opent zich naar een omgeving die hij nu eerder als voorspelbaar, veilig en prettig ervaart. Door dit stereotiep gedrag na te bootsen ervaart de begeleider meteen zelf het stimulerend effect van dit gedrag.
- Met onze creativiteit trachten we geleidelijk een kleine variatie in het stereotiep thema aan te brengen: andere materialen, andere beweging, ander geluid... We lassen op vaste tijden een korte pauze in. Dit accentueert bij de bewoner de aandacht voor de stimulatie en voorkomt dat we zelf vervallen in stereotiep gedrag.
- We bevestigen de bewoner op een rustige manier, zeker bij elke glimp van contactname.
- We bepalen zelf het einde van de activiteit door afscheid te nemen met het eerdere begin- of begroetingsritueel. We trachten steeds te eindigen tijdens een positieve ervaring en dus niet omdat de bewoner negatief gaat reageren.
- Het zou ons niet mogen ontmoedigen wanneer de bewoner nu weer op zichzelf terugvalt en zijn gekend stereotiep gedrag herneemt als een voor hem zinvolle bezigheid. Als begeleider zullen we minder vlug geneigd zijn om stereotiep gedrag bij een oudere bewoner te veranderen. Met de jaren zijn deze gewoontes vastgeroest. De bewoner is rigide geworden. Zijn stereotiep gedrag profileert mede de presentatie van zijn unieke persoonlijkheid. Zo is hij en zo mag hij blijven. Jongere bewoners zijn uiteraard soepeler. Wat er ook van onze basale verrijking bij de bewoner al dan niet mag overblijven, de positieve ervaring die hij tijdens dit contact opdoet is op zich reeds waardevol.

6.6 Nuancering

Een bewoner is natuurlijk meer dan zijn stereotiep gedrag.

Een begeleider die zich op dit stereotiep gedrag fixeert als een aanknopingspunt – dat ook voor hem veilig en voorspelbaar is – riskeert voorbij te gaan aan de eigenlijke zorgvraag van die bewoner.

Bewoners die stereotiep gedrag stellen, doen dit niet steeds als een positief gekozen bezigheid of om zich te beveiligen tegen een omgeving die onveilig overkomt. Sommigen houden wellicht gewoon zichzelf bezig omdat niemand anders met hen bezig is.

Een voorzichtige interpretatie van zijn volledige lichaamstaal voorkomt dat we de bewoner verenigen tot zijn stereotiep gedrag en een behandeling instellen die hij misschien helemaal niet vraagt. Deze zogenaamd voorspelbare bewoner zal wel op zijn tijd voor de nodige verrassingen zorgen.

We zien bewoners die hun stereotiep kringetje loslaten wanneer zij onze nabijheid voelen. Ze hoeven zichzelf precies niet meer vast te houden nu ze zich eindelijk via de begeleider kunnen “verankeren” in een als veilig ervaren omgeving.

Sommige bewoners klemmen zich aan de begeleider vast. Als je ze een vinger geeft, pakken ze je hand. Ze krijgen je helemaal in hun greep en laten niet meer los. Dat kan pijn doen. De bewoner geniet zichtbaar van zijn bezit terwijl het nu aan de begeleider is om zich onveilig te voelen. Wanneer hij zijn ene hand vinger na vinger heeft bevrijd, zit nu de andere weer klem.

Misschien kan een collega even komen helpen.

Na een tijdje kan nabijheid, die door de bewoner eerst als veilig en positief werd ervaren, overgaan in een bedreigd gevoel. Zijn draagkracht is ook in duur beperkt. Voorzover hij dit kan, duwt hij je weg of hij staat op om elders weer zijn draad op te nemen. Daar zit je dan.

Stereotiep gedrag basaal stimulerend verrijken kan dan een interessante benaderingsmethode zijn waar wij ons goed bij voelen, misschien vraagt de bewoner ons iets helemaal anders:

Ook op die zonnige voormiddag wiebelt Marc in zijn rode zetel mee met zijn wit slabbetje in zijn rechterhand. Geboeid volgt hij de twee koordjes die in opkrullende spiralen uit zijn vingers komen. Dat is zijn stereotiep gedrag.

Wanneer ik hem begroet, naderbij kom en in de tweezit dichterbij schuif, gooit hij zijn slabbetje weg en neemt me bij de hand om op te staan.

Ik neem het slabbetje mee en laat me door hem leiden. Het gaat richting buitendeur die nog op slot is. Ook buiten wil Marc van geen slabbetje weten. Met eindelijk iemand voor zich alleen heeft hij wel iets beters te doen: gewoon buiten wandelen, de zon voelen, de wind en het verse gras.

De lente is begonnen en uit de wind is het zonder jas al heerlijk warm.

De behandeling van bewoners met stereotiep gedrag toont duidelijk aan dat B. S. een nuttige benaderingswijze kan zijn, niet alleen voor bewoners die fysiek extreem kwetsbaar zijn, maar ook voor bewoners met extreem psychische kwetsbaarheden, voor overbeweeglijke bewoners en bewoners die rigide houderig gedrag vertonen. Ook dus voor bewoners die zich wel zelfstandig kunnen verplaatsen. Bij bewoners met stereotiep gedrag kan B. S. de bewegingsarmoede verrijken. Andersom kan B. S. bij overbeweeglijke bewoners overtollige bewegingen kanaliseren naar doelgerichte gedragingen.

7. B.S. en pré-therapie

B. S. tracht de bewoner te helpen om in zijn lijf thuis te komen en zich met dit lustvol en handig instrument te openen voor de omgeving.

Basale stimulatie wil eigenlijk basale communicatie zijn: bij de bewoner mogelijkheden ontwikkelen om contact te leggen door zijn sluimerende contactmogelijkheden aan te spreken en wakker te maken.

De begeleider gaat hierbij uit van de bewoner zoals hij is zonder vooraf voorwaarden of eisen te stellen.

Pré-therapie is een benaderingsmethode die Garry Prouty ontwikkelde om contact tot stand te brengen of te herstellen bij mensen waarbij dit contact afwezig of verbroken was. Het gaat om mensen die lijden aan psychose, autisme, depressie, en ook om contactgestoorde geestelijk gehandicapten.

B.S. gebruikt, net als pré-therapie, de spontane op zichzelf betrokken gedragingen van de bewoner als aanknopingspunt om mogelijkheden tot contact te ontwikkelen waar hij dit alleen niet kan.

Bij pré-therapie gebeurt dit door reflecties of spiegelingen (nabootsingen).

We onderscheiden 4 soorten reflecties:

- situationele reflecties (verbaal)
- de gelaatsreflecties (verbaal en non-verbaal)
- de woord-voor-woordreflecties (verbaal)
- de lichaamsreflecties (verbaal en non-verbaal)

B. S. gebruikt onder meer ook gelijkaardige technieken.

- samen met de bewoner ademen volgens zijn ritme (zie basale communicatie van Winfried Mall)
- stereotiep gedrag van een bewoner spiegelen of nabootsen (zie paragraaf 6)
 - * zijn gelaatsuitdrukkingen (gelaatsreflecties)
 - * zijn geluiden (woord-voor-woord reflecties)
 - * zijn houdingen en handelingen (lichaamsreflecties)

Opvallend is dat beide benaderingsmethoden om te spiegelen enkel beroep doen op het lichaam als contactfacilitator. De begeleider zet zijn lijf in als werkinstrument. “Unplugged”. Je hebt er geen electriciteit voor nodig.

A. Fröhlich definieert communicatie met de bewoner als “samen iets doen” eerder dan een boodschap uitsturen naar een ontvanger. Die ontmoeting in het vrijblijvend samen iets (hetzelfde) doen vinden we zeker terug in de pré-therapie.

Deze paragraaf illustreert de complementariteit van vele benaderingsmethoden:

Basale Stimulatie volgens A. Fröhlich
Basale Communicatie volgens W. Mall
Pré-therapie volgens G. Prouty
Kinesitherapie volgens B. Bobath
Holding therapie volgens N. Tinbergen
Relatietherapie volgens A. Dösen
Bewegingspedagogiek volgens V. Sherborne
enzovoort

8. Training van begeleiders B.S.: zelfzorg voor anderen

Waar basaal stimulerende verzorging eventueel nadien nog ruimte laat voor een activiteit B.S. gebeurt de sensibilisering van de zorgers dikwijls in de omgekeerde volgorde: men doet activiteiten B.S. en dit beïnvloedt de verzorgingskwaliteit.

Bij training begeleiders B.S. is dit net zo: men is meestal al een tijdje voor anderen aan het zorgen eer men beseft dat men eigenlijk eerst goed voor zichzelf zou moeten zorgen, wil men geen roofofbouw plegen op zichzelf. Alles voor een ander en niets voor zichzelf blijft niet lang duren. Het is toch de bedoeling dat we zo lang mogelijk goed voor een ander kunnen zorgen.

Het verstand ordent dus chronologisch:

1. eerst goed voor mezelf zorgen
2. dan met die kwaliteiten de bewoner goed verzorgen
3. als er nog ruimte is, dan een activiteit B.S. doen.

Maar de gedrevenheid en de emotie naar de bewoner toe keert de volgorde gewoon om: eerst goed voor mezelf zorgen komt dikwijls laatst aan de orde.

8.1 Bij onszelf beginnen

De kwaliteit van de B.S. die wij onze bewoners bieden begint bij onszelf. Wie goed in zijn vel zit kan pas de andere helpen om bij zichzelf thuis te komen. Wie zelf rustig is en zich veilig voelt kan die geborgenheid en zekerheid ook doorgeven aan anderen. Als wij een bewoner basaal stimuleren, dan zetten wij ons in met lijf en leden. Wij hanteren ons eigen lijf als werkinstrument. Hoe beter wij ons lijf doorleven, hoe beter wij de bewoner kunnen helpen om zichzelf te ervaren.

Bewoners met een beperkt mentaal niveau voelen ons aan en leiden daaruit af hoe ze zichzelf moeten voelen. De reactie van een kind dat bij zijn eerste pasjes valt, zal grotendeels afhangen van de reactie van omstanders ...

De mate waarin men zijn lijf als contactmiddel doorleeft krijgt men mee met de cultuur, de geur en de warmte van het nest waarin men is opgegroeid.

Je ontmoet wel eens mensen die precies leven in het lijf van iemand die hen vreemd is, ze verplaatsen zich precies met een auto waarmee ze nog nooit gereden hebben. Elk van ons heeft wel nog ergens een stukje onontgonnen terrein. De training van begeleiders B. S. tracht ons daar in de eerste plaats bewust van te maken. Dit is de eerste voorwaarde om te kunnen veranderen. Doorheen verschillende ervaringsoefeningen leert de begeleider zijn lijf aan te voelen, zijn ademhaling en bloedsomloop, zijn huid als begrenzing en tastzintuig, zijn meegaan met de zwaartekracht waartegen hij zich afzet door zich op te richten en te bewegen in de ruimte waar ook andere mensen zijn, voorwerpen, geluiden ...

In onze kijkcultuur herontdekken wij als begeleiders de nabijheidszintuigen.

We staan bewust stil bij die stap die velen overslaan: de fase waarin lichaamsgebonden ervaringen centraal staan. Op die wijze restaureert deze training de dikwijls verwaarloosde basis van onze persoonlijkheidsontwikkeling. Dit laat ons begeleiders toe om ons beter in te leven in de ervaringswereld van onze bewoners, om in hun huid te kruipen en gevoeliger te worden voor hun zorgvraag.

Bij onszelf beginnen en daarbij goed voor onszelf zorgen is een belangrijke basis om goed en lang basaal te stimuleren. Wie energie in bewoners investeert zonder zichzelf te herbronnen, komt in een vacuüm terecht en eindigt met een burn-out. Elke activiteit die wij voor een ander doen begint bij onszelf met een bewuste uitgangshouding zoals bij een pianist die zich goed op zijn stoel installeert alvorens de toetsen van zijn klavier aan te raken.

8.2 Zelf de ervaringen opdoen die wij aan anderen aanbieden

Ons inleven in de ervaringswereld van de bewoner betekent ook dat wij ons bewust worden van de ervaringen die wij hem aanbieden. Dit kan ertoe leiden dat wij de modus, het tempo en de intensiteit van onze stimulatie gaan nuanceren. Weten wij wel wat het betekent om, liggend op de grond, rondlopende begeleiders te ervaren? Weten wij wat het geeft om, zonder te zien, allerlei geluiden te moeten incasseren en verwerken?

Hoe hard kan een tongdrum klinken of een gitaar als men die tegen het oor van een bewoner bespeelt? ... Realiseren wij ons dat de bewoner dikwijls van de ene verrassing in de andere terecht komt omdat wij onze intenties met hem niet voldoende herkenbaar aankondigen? Hij kan zo weinig voorspellen. Hij ondergaat wat hem overkomt. Hij kan wel niet anders.

Ervaringsoefeningen, individueel of met begeleider en partner, geven ons die informatie. Wij leven ons in in het lijf van de bewoner. We schakelen zonodig bepaalde communicatiemogelijkheden uit. Ons eigen referentiekader kunnen we wel niet loslaten. We zullen tijdens de training nooit echt een bewoner zijn en we weten dat er aan de *stimulatie* een einde komt.

8.3 Organisatie en integratie van de oefeningen

De training van begeleiders B.S. zonder bewoners gebeurt best in een voldoende grote rustige ruimte. Er zijn zachte matten voorzien en steunkussens voor de rug. Voor sommige oefeningen zijn materiële hulpmiddelen nodig zoals geluidsinstallatie, dekens, oliën, De begeleiders dragen losse kledij en het is soms aangewezen om de oefeningen blootvoets te doen.

Men houdt best trainingen voor begeleiders van bewoners waarvan de eigenschappen niet te ver uit mekaar liggen. Dergelijke homogene trainingsgroepen hebben het voordeel dat de verwachtingen van de deelnemers naar toepasbaarheid niet te ver uiteenlopen en dat gelijkaardige ervaringen mekaar kunnen aanvullen.

Als inleiding van een basale stimulatie-activiteit met bewoners kan men een minitraining houden voor de begeleiders terwijl de bewoners in de rolstoel klaarzitten.

Tijdens een korte ontspanningsoefening tracht de begeleider na een soms drukke voormiddag weer tot rust te komen om die kwaliteit dan door te geven tijdens de eigenlijke basale stimulatie. De begroeting en het afscheid, de verplaatsing en het klaarmaken van de bewoner vóór en na de basale stimulatieactiviteit gebeurt in dezelfde ontspannen sfeer en is een aanzet om basale stimulatie te integreren in de totale verzorging.

8.4 Een fiche om die ervaringsoefeningen te inventariseren

De leden van het Vlaams Samenwerkingsverband Basale Stimulatie (V.S.B.S.) inventariseren ervaringsoefeningen voor de training van begeleiders B. S.. Een goed ingevulde fiche is naar collega's toe vlot overdraagbaar. B. S. is nog volop in ontwikkeling. Zij wordt niet enkel door Fröhlich uitgewerkt en gepubliceerd. Wellicht doen wij zelf originele ervaringen op in ons werk. Wij kunnen de B.S. mee helpen uitbouwen door ook onze eigen creatieve trainingsvoorstellen op een fiche te inventariseren en te verspreiden

9. Hoe verkoop je B.S. als zorgproduct in een instelling

9.1 Het Vlaams Samenwerkingsverband Basale Stimulatie (V.S.B.S.)

Het V.S.B.S. groepeerd in Vlaanderen beroepsmensen die werkzaam zijn in instellingen uit de zorgsector. Deze professionelen voelen er voor om het concept “Basale Stimulatie” op de werkvloer uit te werken. Zij hopen daardoor de kwaliteit van de zorg te helpen verbeteren.

Het V.S.B.S. is een niet gesubsidieerde vereniging.

Het V.S.B.S. startte haar activiteiten in 1991 en telt nu ongeveer 80 leden. Ze zijn elk werkzaam als orthopedagoog of als kinesist, als logopedist, ergotherapeut, opvoeder, leerkracht ... in de thuisbegeleiding of in instellingen voor gehandicaptenzorg, in de dagopvang, in scholen voor buitengewoon onderwijs... Er is ook toenemende interesse merkbaar bij hulpverleners in de bejaardenzorg, bij verpleegkundigen.

Twee keer per jaar organiseert deze vereniging een vormingssamenkomst voor haar leden. De werking wordt inhoudelijk en organisatorisch geleid door een stuurgroep. Het beroepsprofiel van die stuurleden weerspiegelt dat van de totale ledengroep.

In die samenkomsten worden verschillende aspecten van B.S. voorgesteld, uitgewerkt en gelinkt aan de praktijk. Men wisselt er informatie uit in beide richtingen via teksten, video's en te verkrijgen werkmaterialen. Alle leden worden uitgenodigd om, vanuit de eigen werkervaring, creatief mee te werken aan de verdere invulling van het concept B.S. Om de twee jaar richt de vereniging een “basiscursus” in met trainingssessies en oefeningen voor geïnteresseerde leden.

Stuurleden hebben persoonlijk contact met de inspirator Andreas Fröhlich om samen ervaringen te toetsen aan het concept en daar concreet als “Multiplikatoren” verder aan te werken. De actieradius van het V.S.B.S. reikt via de eigen leden tot op de werkvloer van de instellingen waar zij werkzaam zijn. Op eigen initiatief en op vraag worden studiedagen en cursussen georganiseerd in Vlaanderen, maar ook in Wallonië, in Nederland, in Frankrijk tot in Tsjechië ...

www.basalestimulatie.be

www.vsbs.be

9.2 Basale Stimulatie als continu project, geïntegreerd in de kwaliteitszorg

Het is belangrijk dat elke zorgvoorziening die kwaliteitsvolle zorg wil blijven bieden, voeling houdt met de hartslag van B.S. Voelen wat er nu leeft, hoe het concept B.S. verder gestalte krijgt, is noodzakelijk om in de hulpverlening niet stil te staan.

Doornemen van lectuur rond B.S., raadplegen van het internet, is al een belangrijke stap. Toch is het levend contact met collega's in dezelfde zorg door niets te vervangen. Het is zeker zinvol dat uit elke instelling een medewerker actief lid is van het V.S.B.S. Deze medewerker heeft uiteraard de nodige affiniteit voor B.S. Zijn taak is het om op zijn beurt ook de uitwerking van B.S. te sturen in de voorziening waar hij werkzaam is.

Paragraaf 10 geeft ons concrete voorbeelden hiervan op Ter Heide vanaf 1993. Daar werkte de Stuurgroep B.S. bijna 10 jaar als een eigen geprofileerde entiteit. Vanaf 2003 wordt B.S. als een continu project geïntegreerd in de kwaliteitszorg. (zie uitwerking paragraaf 10).

B.S. is best geïntegreerd als een vanzelfsprekend kenmerk van kwaliteitsvolle zorg. Regelmatige evaluatie en bijsturing waar nodig zal ervoor zorgen dat dit concept niet vanzelf wegeeft in de “routine” van die zorg.

10. Situering van B.S. binnen de evolutie van de zorg op Ter Heide

Zoals elke organisatie is ook Ter Heide sinds haar ontstaan in 1971 enorm geëvolueerd binnen verschillende aspecten die mekaar duidelijk beïnvloeden: evolutie van gebouwen en infrastructuur met uitbreiding over 4 campussen; evolutie van de interne organisatie; evolutie van de zorgvisie, van benaderingsmethoden en hulpmiddelen. Vernieuwingen in de zorgvisie verspreiden zich in tijd en ruimte over alle instellingen zoals een virus door de lucht. Men is overal ongeveer met hetzelfde bezig. Er zijn wel steeds pioniers en nakomers.

Voor personeelsleden die Ter Heide niet hebben weten ontstaan is het wellicht goed om een versneld zicht te krijgen op de evolutie van de zorg hier en hoe B.S. daarin een plaats kreeg.

Ter Heide werd vanaf het begin opgevat volgens het pedagogisch model: bewoners begeleiden in leefgroepen met de kwaliteit van het warme nest van een groot gezin. Die “gezinnen” waren op Ter Heide vrij groot: 14 tot zelfs 17 bewoners. Men geloofde sterk in de weldadige kracht van de groep op elke bewoner afzonderlijk.

In de zorg op Ter Heide kunnen we ruim de volgende evolutiestadia onderscheiden:

1971: **groepsmatig activisme – aanbodgerichte en prestatiegerichte zorg**

We willen bewijzen dat we met “zogenaamd onopvoedbare bewoners” toch iets kunnen doen. Om zeker niet het verwijt te krijgen dat we met deze bewoners niets doen (medische benadering in de psychiatrie) doen we van alles. Het is vooral een aanbodgerichte zorg waarbij wij onszelf willen overtuigen en ons daarbij goed trachten te voelen. “De bewoner kan er maar wel bij varen”. Wandelingen met “de lopers” tot in Bokrijk en uitstappen doen we liefst met de hele leefgroep: samen uit, samen thuis. De bewoners die niet kunnen lopen: “de liggers”, zijn aangewezen op verzorging in een zo aangenaam mogelijke omgeving. Bij een dergelijke leefgroep van 17 is de werkdruk wel zeer groot. Ter Heide wordt naar buiten uit via diamontages gepresenteerd als “een pretpark waar voor eenieder wel altijd iets te beleven valt”. Wat Ter Heide aan activiteiten kan bieden voor haar bewoners behoort niet tot de materiële mogelijkheden van een modaal gezin.

±1978: **individuele benadering: vraaggerichte zorg met zichtbaar resultaat voor de begeleider**

We ervaren probleemgedrag bij bewoners die dit ritme niet kunnen volgen. Men wordt gevoelig voor begrippen als over- en onderstimulatie. Het evenwichtspunt “draagkracht van die bewoner” houdt het midden tussen beide uitersten.

Een begeleider durft het aan met 2 bewoners een wandeling te doen op het terrein. Als men met een groepje het terrein verlaat is dit wel eens “richting Bokrijk”. Tijdens die wandeling blijft er ook een opvoedster thuis want niet iedereen gaat mee.

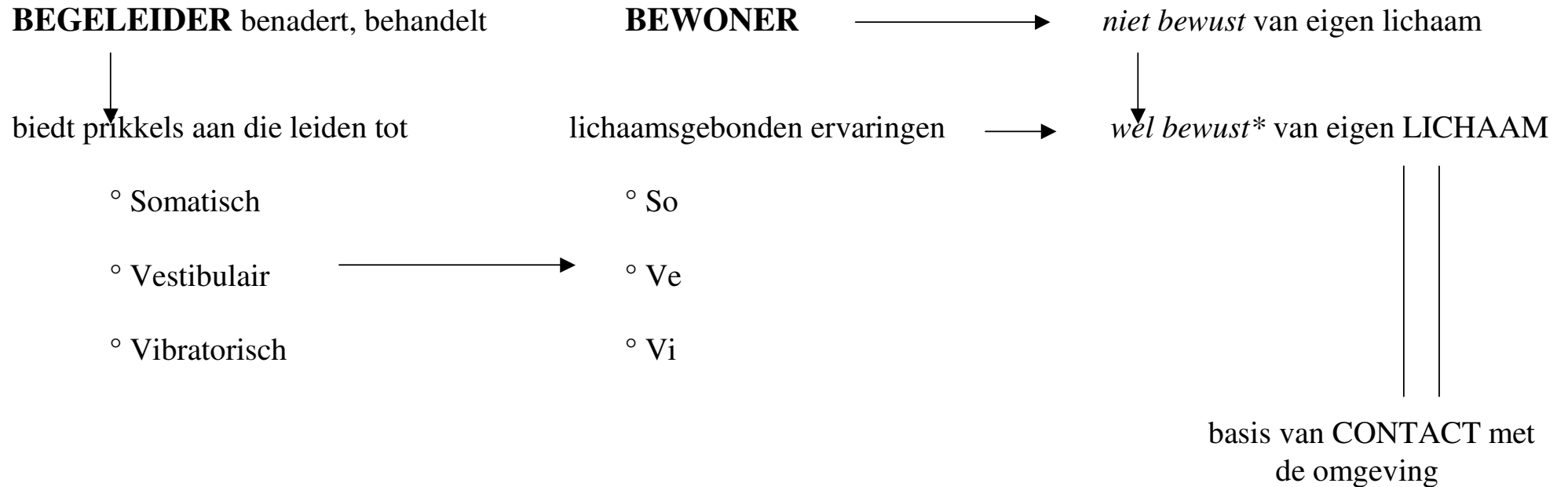
In navolging van het onderwijs werkt men vanaf 1980 elke maand rond een “maandthema”. Het resultaat is zichtbaar op vensters en muren. Met enkele bewoners gaat de begeleiding een 1-1 relatie aan om b.v. iets te maken. Het is duidelijk een bewoner met een hoger mentaal niveau die deze investering kan bewijzen met een werkje macramé dat prompt wordt opgehangen.

- ± 1983: **Sensopatisch spel: de beleving van de activiteit zelf is belangrijk**
 Resultaatgerichte werkjes waren vooral het werk van opvoedsters. Die kwamen goed aan op vader- en moederdag.
 De prettige ervaring die de bewoner zelf opdoet tijdens een activiteit komt nu op de voorgrond bij activiteiten die een bewoner, zelfs met beperkte motorische mogelijkheden, nog aankan: spel met vervormbaar materiaal zoals zand, klei, deeg, water, schuim, rijst, maïs, papier Zonodig kan de ervaring onder fysieke begeleiding gebeuren. Na de activiteit schiet er geen zichtbaar resultaat meer over: alles is opgeruimd.
- ± 1985: **Snoezelen: deugd hebben van je leven in een ontspannen sfeer**
 Steeds meer worden bewoners met minder verstandelijke en motorische mogelijkheden in Ter Heide opgenomen.
 Alle bewoners genieten graag en ze kunnen dat met onze hulp. Er worden geen eisen meer aan hen gesteld. Daar hoeven ze zelf niets voor te doen. Die levenskwaliteit wordt bij bewoners opgewekt door begeleiders die ook zelf durven genieten in het bijzijn van hun collega's. Zij dragen die kwaliteit over op hun bewoners. Dit gebeurt in een snoezelruimte, eerst geïmproviseerd, dan geïnstalleerd buiten het huis en later ook in een hoek van de eigen leefgroep. Nadruk ligt op het aanbieden van pregnante tactiele, auditieve, visuele individuele stimuli als figuur op de achtergrond van een rustige aangename ruimte.
 Ook medisch zorgenbehoevende bewoners en bewoners met een motorische handicap kunnen in dit snoezelen betrokken worden.
- ± 1993: **Basale stimulatie**
 Reeds sinds 1975 ontwikkelde A. Fröhlich B.S.. Hij steunt daarbij op de verworvenheden van de neurofysiologie, de medische en paramedische wetenschappen, de ontwikkelingspsychologie en de orthopedagogiek.
 De stimuli die bij het snoezelen werden aangeboden worden nu meer gespecialiseerd opgesplitst in somatische, vestibulaire en vibratorische stimulatie.
 Het lijf van de bewoner is basis, vertrekpunt van elke benadering.
 Op 13 oktober 1993 start op Ter Heide de Stuurgroep Basale Stimulatie (S.B.S.).
 De benaderingskwaliteit van basale stimulatie vinden we in aparte activiteiten terug, maar ook steeds meer geïntegreerd in de verzorging van bewoners die volledig van anderen afhankelijk zijn.
 De aangename sfeer van een snoezelruimte kan een geschikt kader zijn voor deze activiteiten B.S.
 Op Ter Heide evolueert de zorgvisie naar 3 woonomgevingen met relatief zelfstandig sturende teams.
 Vooral binnen woonomgeving 2 - de medisch paramedische woonomgeving - wordt B.S. uitgewerkt. Stimulerende kracht daarbij is de S.B.S., die nu enkel nog bestaat uit opvoeders en specialisten van deze woonomgeving.
- ± 2000: **Theoretische verruiming van de doelgroep B.S.**
 De doelgroep B.S. verruimt zich naar prematuren, comapatiënten, zieken en (demente) bejaarden. Ook op Ter Heide komen bewoners met N.A.H., bewoners met stereotiep gedrag, met A.D.H.D. of ander probleemgedrag voor B.S. in aanmerking.

- 2002: Aandachtspunten om binnen de B.S. verder uit te werken zijn:
- het opstellen van werkbare fiches: activiteiten met de bewoners
 - het uitwerken van eenvoudige observatieschema's
 - het meer organiseren van demonstratiesessies, gegeven door leden van de S.B.S. in de huizen
 - het integreren van individuele observaties en evaluaties in het zorgplan van elke bewoner
- 2003: B.S. wordt als continu project geïntegreerd in de kwaliteitszorg.
Dit betekent concreet:
- dat de S.B.S. tijdens de laatste samenkomst (13.02.03) wordt ontbonden.
 - dat de voorzitter en zijn collega uit campus Henisberg projectstuurders 1 worden.
 - dat de vroegere voorzitter de contacten onderhoudt met het V.S.B.S. als lid van de stuurgroep.
 - dat de kwaliteitsmanager van de medisch paramedische woonomgeving (entiteit 2.1) projectstuurder 2 wordt.
 - dat elke productmanager verantwoordelijk is voor de implementatie binnen zijn entiteit.
 - dat de B.S. verder via de commissie "zorginnovatie" in de instelling zijn ingang vindt.
 - dat de cel Vorming-Training-Opleiding (V.T.O.) de projectstuurders aanspreekt om cursussen te geven
 - aan nieuwe personeelsleden
 - in het kader van inservicetraining
 - aan de V.D.A.B. cursisten
 - in het kader van andere opleidingen
 - dat de teksten B.S. geïntegreerd zijn in het kwaliteitshandboek dat zich in elke entiteit bevindt met o.a.
 - visieteksten
 - werkinstructies voor concrete activiteiten B.S.
 - formulieren die de observatie tijdens de activiteiten ondersteunen (observatieschema's)

11. Schema's

DEFINITIE BASALE STIMULATIE



* "wel bewust" betekent hier dat de bewoner zijn lichaam voelt, gewaar wordt.

DEFINITIE BASALE STIMULATIE

BEWONER

eigenschappen en zorgvraag

- ervaart een beangstigende omgeving

sluit zich af

vanuit een “**niet doorleefd LICHAAM**”



- ontdekt het “**eigen LICHAAM**”



medium voor uitwisseling met
stelt zich open

BEGELEIDER

zorgantwoord

BASALE STIMULATIE

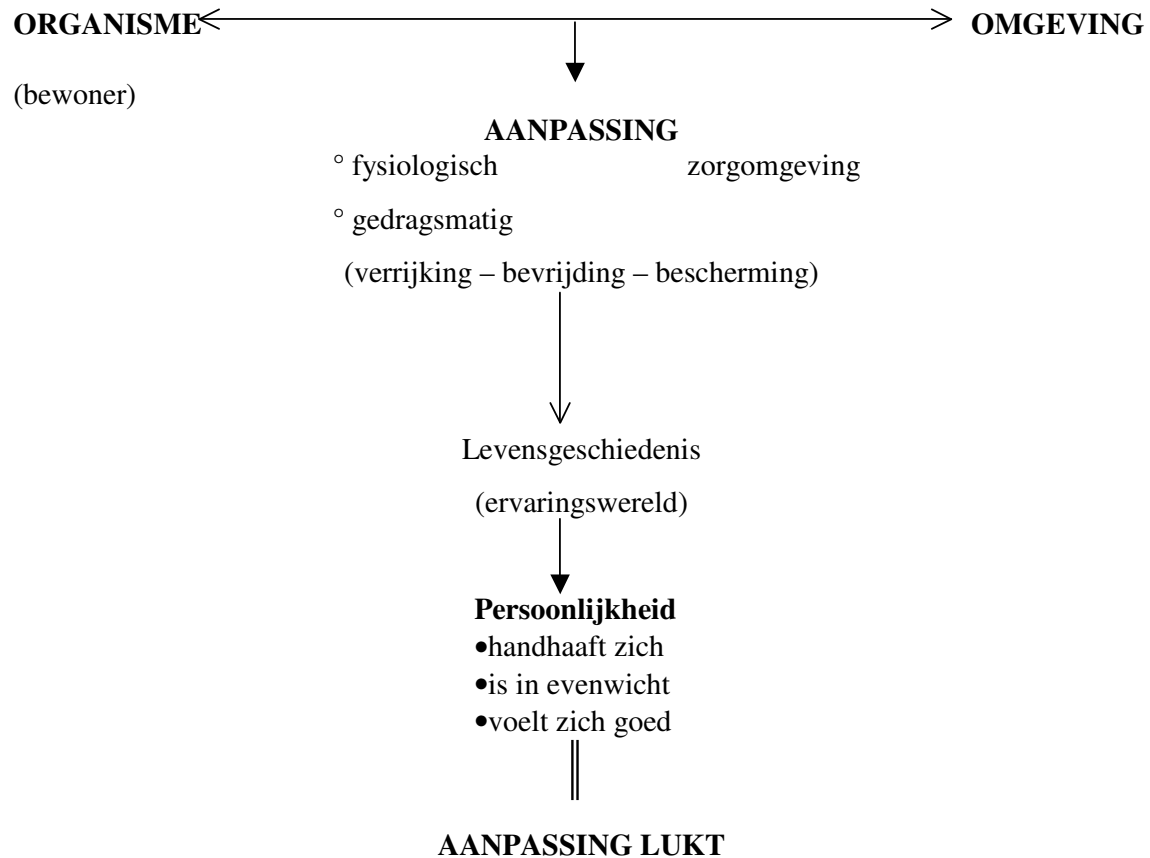


SENSORISCH AANBOD

- Somatisch
- Vestibulair
- Vibratorisch

een minder beangstigende omgeving die
uitnodigt tot activiteit (opdoen van
verrijkende ervaringen)

WISSELWERKINGSMODEL



De mens past zich aan aan de omgeving: accommodatie.
De mens past de omgeving aan aan hemzelf: assimilatie.

DE FUNDAMENTELE BEHOEFTE

behoeftebevrediging

interactie met de omgeving op 3 niveaus

- biologisch – fysiek
- emotioneel – sociaal
- existentieel – cognitief



zelfrealisatie

BEHOEFTEBEVREDIGING

	vóór de geboorte	na de geboorte
normale ontwikkeling	grotendeels door de omgeving	steeds meer actieve inbreng van het kind • bij B.S. die evolueert naar zelfstimulatie en contact met ruimere omgeving
gestoorde ontwikkeling • • •	aangeboden incl B.S.	afhankelijk van hulp van begeleider • die de omgeving aan hem aanpast • die hem B. Stimuleert bij een bewoner met een verworven hersenletsel was er voordien een normale ontwikkeling
	noodzakelijk om zwangerschap te overleven	sluit aan op ervaringen vóór de geboorte (B.S.)

BASISBEGRIPPEN van B.S.

BEWEGING

WAARNEMING

COMMUNICATIE



CONTACT