

Eine Fallstudie zu einer erlebten Patientensituation auf der Intensivstation anhand des Konzepts der Basalen Stimulation ®

Modul «Dialog und Beziehung zu betroffenen Menschen auf der Intensivstation gestalten»



Quelle: eigene Aufnahme

Nachdiplomstudium Intensivpflege Erwachsene / Phase 2

Bildungszentrum Pflege Bern

Lisa Küpfer

Inhaltsverzeichnis

1	Situationsbeschreibung	2
2	Fragestellung	4
3	Analyse und Interventionen	4
3.1	Patientensituation analysiert anhand des Hexagon-Rasters.....	4
3.2	Im Vordergrund stehende Lebensthemen.....	6
3.3	Angebot / Intervention zum Thema: «Das eigene Leben spüren»	7
3.4	Angebot / Intervention zum Thema: «Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen». 8	
4	Reflexion und Erkenntnisse	11
5	Literaturverzeichnis	12
6	Abbildungsverzeichnis.....	12

1 Situationsbeschreibung

Die Situation bezieht sich auf einen durch mich betreuten Patienten auf einer Intensivpflegestation. Herr E.¹ wurde aufgrund einer Früh-Sommer Meningoenzephalitis (FSME), mit einem pathophysiologischen Elektroenzephalographie-(EEG) Befund, sowie fluktuierender Vigilanz (agitiert bis soporös) hospitalisiert. Im Verlauf entwickelte er eine respiratorische Globalinsuffizienz im Rahmen einer bilateralen Aspirationspneumonie. Wegen des schlechten Gasaustauschs erfolgte für kurze Zeit eine nicht-invasive Beatmung alternierend mit einer nasaler High-Flow-Therapie als auch intensive Atemphysiotherapie. Bei zunehmender respiratorischer Insuffizienz, einer progredienter Vigilanzminderung bis Koma und fehlender Schutzreflexe, erfolgte die orotracheale Intubation. Seit der Vigilanzminderung waren vermehrt polymorphe ventrikuläre Extrasystolen (VES) und starke Blutdruckschwankungen ersichtlich bei unauffälliger transösophagealer Echokardiographie (TEE). Als weitere Befunde wurden bei Herr E. eine Critical-Illness-Myopathie (CIM) mit Tetraparese, Dysphagie und Insuffizienz der respiratorischen Muskulatur, sowie ein fraglich hypoaktives Delir, ein steroidinduzierter Diabetes mellitus, eine chronische Niereninsuffizienz mit akuter Niereninsuffizienz (nicht Dialysepflichtig), arterielle Hypertonie und mässige Malnutrition diagnostiziert. Herr E. betreute ich zum ersten Mal an seinem neunten Tag auf der Intensivpflegestation. Daher stützt sich meine Situationsbeschreibung auf diesen Tag.

Als ich das Zimmer zu Herr E. zum Schichtantritt im Spätdienst betrat, lag dieser in rechter Seitenlage, die Extremitäten waren auf Kissen positioniert, die Beine mit einer leichten Tagesdecke zugedeckt. Dies gemäss der Pflegedokumentation seit vier Stunden. Die Ehefrau und die Tochter des Patienten waren anwesend. Beide sassen auf Stühlen an der rechten Seite des Patienten. Ich begrüßte die Angehörigen und ging ans Bett von Herr E. Zu dem Zeitpunkt war er druckunterstützt Beatmet, sein Atemmuster zeigte eine Cheyne-Stokes Atmung. Gemäss Monitor war der Patient hyperten bei 168/80mmHg (MAP 110mmHg), aus dem Elektrokardiogramm (EKG) war ein normokarder Sinusrhythmus mit vielen VES erkennbar, die Sauerstoffsättigung war suffizient. Eine Analgosedation hatte der Patient keine. Herr E. hielt die Augen geschlossen und schien weder auf mein Hereinkommen, die Begrüssung der Angehörigen, sowie deren und meiner Stimme zu reagieren. Daher trat ich an seine rechte Bettseite und begrüßte ihn mittels einer Initialberührung an der linken Schulter, woraufhin Herr E. die Augen öffnete, mich jedoch nicht gezielt anblickte und sie dann wieder schloss. Ansonsten stellte ich zu Beginn keine physischen Reaktionen an ihm fest. Der Mund um den Tubus wirkte entspannt, der Tubus war mittels eines Tubusfixationbandes und Kleber an beiden Wangen befestigt. Herr E. hatte zusätzlich eine nasalgelegene Magensonde (MS) fixiert an der Nase, worüber die Sondennahrung appliziert wurde, rechts am Hals einen

¹ Anonymisiert, Patientendaten ausserhalb der Institution, betreffend der erlebten Patientensituation, wurden nach der Fertigstellung des Kompetenznachweises vernichtet.

zentralen Venenkatheter (ZVK), am linken Unterarm einen arteriellen Zugang (Flo-Switch) und im Intimbereich einen Urindauerkatheter (DK). Am Thorax klebten zudem 5 Elektroden für die EKG-Ableitung und am linken Ringfinger war ein Pulsoxymeter mit Ableitungskabel zum Monitor angebracht. Seine Handgelenke umfassten beidseits Handfixationsbandagen. Ich informierte Herr E., dass ich nun an ihm verschiedene Untersuchungen (Clinical Assessment von Lunge, Abdomen und Neurologie) durchführen würde, dies noch immer mit meiner Hand auf seiner Schulter, danach begann ich mit den Assessments.

Während der Untersuchungen bewegte Herr E. beide oberen Extremitäten leicht und verlangsamt nach oben in Richtung Tubus, soweit die Handfixation dies erlaubte, und liess sie danach wieder absinken. Nach mehrmaliger Aufforderung und einem zuvor von mir ausgehenden sanften Händedruck-Impuls, drückte er mit mässiger Kraft meine Hände, weitere Befehle führte der Patient nicht aus. Zusätzlich waren an ihm teils minimale Bewegungen der Zehen zu sehen, in beiden Beinen zeigte sich sonst keine weitere Motorik, auch kein Muskeltonus war durch mich von aussen fühl- oder beobachtbar. Zum Schluss meiner Untersuchungen an Herr E. legte ich ihm erneut meine Hand auf die linke Schulter und verabschiedete mich von ihm mit etwas Druck von meiner Hand ausgehend. Danach klärte ich mit den Angehörigen noch ein paar Fragen. Dabei stellte ich fest, dass Herr E. in verschiedenen Zeitabständen immer mal wieder beide Arme in Richtung Tubus, verlangsamt zu heben versuchte und sie dazwischen über längere Phasen schlaff auf die Kissen absinken liess und sich nicht zu bewegen schien.

Als seine Angehörigen ihn berührten und ansprachen reagierte der Patient ähnlich wie bei mir mit dem Anheben der oberen Extremitäten und teils auch mit Augenöffnen, jedoch scheinbar ohne gezielte Kontaktaufnahme. Die Angehörigen verabschiedeten sich von Herr E. und beendeten den Besuch, woraufhin ich nochmals zu Herr E. ans Bett trat und mich erneut via Initialberührung an der linken Schulter bei ihm ankündigte. Ich fragte ihn ob er Schmerzen verspüre. Er schwenkte danach leicht den Kopf hin und her, ich war mir jedoch nicht sicher, ob er meine Frage damit verneinte, oder es eine sonstige Reaktion war, da Herr E. danach auf meine wiederholte Frage nicht mehr reagierte. Es schien, als würde er mich nicht mehr wahrnehmen. Da ich beim Auskultieren der Lunge Sekret festgestellt hatte, saugte ich ihn noch endotracheal ab. Herr E. zeigte dabei keinen Hustenreflex, lediglich wieder das Anheben beider Arme war zu beobachten.

Aus meiner Sicht war Herr E. durch die FSME-Erkrankung und die weiteren Befunde in seiner Körperwahrnehmung eingeschränkt. Hinzu kam der Aufenthalt mit Beatmung auf der Intensivstation. Dies brachte mit sich, dass der Patient verschiedenen neuen Faktoren, wie beispielsweise Ab- und Zuleitungen in seinem Körper, ausgesetzt war. Zudem fixierten Bandagen seine Handgelenke, was seine Bewegung und Erkundung des Körpers beeinträchtigten. Durch seine aktuellen neurologischen Defizite aufgrund der FSME und CIM

vermutete ich, dass durch die beeinträchtigte Motorik und wahrscheinlich auch Sensorik seine Körpergrenzen verschwammen, auch in Betracht der Bettlägerigkeit. Daher interpretierte ich, dass ebenfalls sein Körperschema und Körperbild gestört waren. Dies waren für mich Einflussfaktoren zum Problem der fehlenden oder erschwerten Kontaktaufnahme von Herr E. Dadurch konnte er gemäss meiner Interpretation an seinem Genesungsprozess nicht teilnehmen, war in sich gekehrt und es bestand die Gefahr, dass dies seinen Zustand zusätzlich negativ beeinflusste.

2 Fragestellung

Mit welchen Angeboten des Konzepts der Basalen Stimulation® kann ich als Pflegefachperson der Intensivstation einen bettlägerigen, in seiner Mobilität eingeschränkten Patienten während meiner Schicht in seinem Körperbewusstsein positiv unterstützen, damit er nach aussen Kontakt aufnimmt zur Teilnahme am Genesungsprozess?

3 Analyse und Interventionen

3.1 Patientensituation analysiert anhand des Hexagon-Rasters

<u>Sich bewegen:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Augen öffnen - Kopfschwenken möglich - Spontanatmung (Diaphragma-Aktivität) - Arme leicht und verlangsamt nach oben Richtung Tubus bewegen - Händedruck auf beiden Seiten - Minimale Bewegung der Zehen
<u>Menschen erfahren:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Reagiert auf Berührung und Ansprechen (Initialberührung) - Reagiert auf Angehörige durch Berührung und Ansprechen sowie auch auf die Pflege - Bewegung während Untersuchungen wie oben bei «sich bewegen» beschrieben - Keinen Blickkontakt festgestellt
<u>Gefühle erleben:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Hypertonie ggf. als Stresszeichen - Ggf. Ungewissheit, Angst, Verwirrtheit, Unsicherheit..., da Bewegung der Arme in Richtung Tubus - Ggf. müde, apathisch, erschöpft, hilflos, lethargisch, ... durch Krankheit, Interventionen und Aufenthalt auf der Intensivstation - Ggf. überfordert und daher Rückzug durch die vitale Gefährdung, Intensivstation, ...

<u>Den eigenen Körper erfahren:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Eingeschränkt durch Krankheit (FSME / CIM) - Fixation der Hände hemmt Erkundung des eigenen Körpers - Div. Zu- und Ableitungen, Monitoring, ... - Erschwertes Wahrnehmen von Körpergrenzen durch Immobilität und Bettlägerigkeit - Lange Lage in gleicher Position (Seitenlage rechts) - Leichte Tagesdecke über den Beinen (minim zugedeckt) - Beatmung - Untersuchungen
<u>Kommunizieren:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Kopfschwenken auf Nachfrage und Initialberührung - Möglicher Händedruck - Hypertonie als Stresszeichen? - Mögliches Augenöffnen, jedoch ohne Blickkontakt
<u>Verstehen:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Führte Händedruckbefehl aus - Öffnete Augen auf Ansprache und Initialberührung - Schwenkte den Kopf einmalig auf Nachfrage von Schmerzen - Der Rest bezogen auf das Verstehen ist unklar
<u>Wahrnehmen:</u> Körpersinne: <ul style="list-style-type: none"> - Somatisch: beeinträchtigt durch FSME und CIM. Herr E. reagiert jedoch auf Berührungen, daher ist anzunehmen, dass sein Körper über die Haut wahrnimmt. - Vestibulär: eingeschränkt aufgrund der Bettlägerigkeit und vier Stunden in rechter Seitenlage. Die Beschleunigung fehlt, das Gleichgewicht ist eingeschränkt. Lagewechsel und Beschleunigung werden durch die Pflege übernommen. - Vibratorisch: vermindert, da Herr E. Vibrationen lediglich über Interventionen durch die Pflege oder Stimmen von Personen, die ihn gleichzeitig berühren, erlebt. Umweltsinne: <ul style="list-style-type: none"> - Oral-gustatorisch: wird aktuell aufgrund der Beatmung nicht stimuliert. - Visuell: da kein Blickkontakt von Herr E. ausgeht ist unklar, wie viel er visuell wahrnimmt. Er kann die Augen öffnen, hat diese jedoch meist geschlossen. - Auditiv: Herr E. öffnete auf die Initialberührung und das Ansprechen die Augen, drückte die Hände nach Aufforderung und leichter Impulsgabe und schwenkte auf Nachfrage von Schmerzen den Kopf einmalig. Daher nehme ich an, dass er hören kann. - Olfaktorisch: eingeschränkt aufgrund der Beatmung (fehlender Luftstrom nasal). - Taktil und haptisch: Taktil vorhanden, da der Patient auf Berührungen reagiert. Die Qualität des Taktilen Sinns ist jedoch fraglich aufgrund der FSME und CIM. Der Patient versucht mit den Händen gemäss meiner Interpretation zu fühlen (Armbewegung Richtung Tubus). 	

Der haptische Sinn ist eingeschränkt aufgrund der FSME und CIM. Herr E. drückte jedoch leicht meine Hände, daher wird der Sinn gemäss mir bedingt vorhanden sein.

Für die Analyse habe ich das Hexagon-Raster gemäss Kolev (2021) verwendet.

3.2 Im Vordergrund stehende Lebensthemen

Das eigene Leben spüren

Gemäss dem Verhalten von Herr E. gehe ich davon aus, dass für ihn das Thema «Das eigene Leben spüren» von grosser Bedeutung war. Kolev (2021) beschreibt dieses Lebensthema als zentralen Punkt sich selbst wahrzunehmen, zu spüren und den eigenen Körper in der Gegenwart zu erleben, sowie von der Umwelt abzugrenzen um sich als Individuum zu erkennen. Ich vermute, dass Herr E. in der beschriebenen Situation Schwierigkeiten hatte sich als Einheit zu betrachten. Er lag bereits seit vier Stunden in derselben Körperposition, was sein Körpergefühl verloren gehen liess. Seine Körpersinne und -bild waren durch die FSME, CIM mit Tetraparese, Dysphagie und Insuffizienz der respiratorischen Muskulatur, sowie dem fraglich hypoaktiven Delir eingeschränkt. Zudem waren lediglich seine Beine mit einer leichten Tagesdecke zugedeckt, was ihm wenig Feedback, mittels Drucks auf seine Haut, zur Körpergrenze vermittelte. Invasive Zu- und Ableitungen im Körper von Herr E. waren zusätzliche Einflussfaktoren zur erschwerten Vorstellung seines eigenen Körpers, seines Körperschemas.

Kolev (2021) sagt zudem, dass es beim Spüren des eigenen Lebens wichtig ist, im Kontakt zu Personen und Dingen zu stehen. Herr E. konnte zwar die Augen öffnen, blickte jedoch scheinbar ins Leere und nicht Zielgerichtet. Dies erschwerte die Kontaktaufnahme. Die Handbandagen zur Fixation liessen es zudem nicht zu, dass er seinen Körper und die nahe Umwelt ertasten oder fühlen konnte. Seine Selbstwahrnehmung wurde damit gehemmt, obwohl, gemäss meinen Beobachtungen von Herr E., für ihn ein Orientierungsbedarf bestand. Dies erschloss ich aus seinem Heben der Arme in Richtung Tubus, zur Erkundung.

Gemäss Kolev (2021) muss der Reorientierung zum Körperbild Wichtigkeit geschenkt werden, damit Auflösungserscheinungen der Wahrnehmungsfähigkeit verhindert werden können, was aus meiner Sicht auf Herr E. zutraf. Daher fokussierte ich mich bei ihm auf das Lebensthema «Das eigene Leben spüren», um seine Wahrnehmungsfähigkeit zu stärken sowie erhalten, auch mit dem Ziel, seine Kontaktaufnahme zur Aussenwelt zu fördern.

Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen

Bei Herr E. gehe ich davon aus, dass er sich zudem Sicherheit und Vertrauen wünschte. Seine Hypertonie könnte ein Stresszeichen sein, die Apathie ein Hinweis von Überforderung, Angst, Orientierungslosigkeit, Rückzug, usw. Die Intensivpflegestation war ihm fremd. Auch Zu- und Ableitungen, veränderte Körperdrucke durch die Beatmung, Alarmtöne, Lichtverhältnisse,

Monitorüberwachung, Stimmen, Berührungen durch fremde Hände, Vorgänge in seinem Körper durch die Krankheit kannte er bisher nicht, waren neu, beziehungsweise ungewohnt.

Das Erleben von Sicherheit und Aufbauen von Vertrauen beschreibt Kolev (2021) als wichtiges Element zur beispielsweise der erfolgreichen Kontaktaufnahme. In einer Krisensituation kann dies entscheidend sein, ob die betroffene Person Ängste erlebt oder Sicherheit aufbauen kann. Die Person, zu der Kontakt aufgenommen werden möchte, muss das Gegenüber einschätzen können um zu Vertrauen. Es darf nichts Unvorhergesehenes oder Erschreckendes getan werden. Dies verschafft das Vertrauen, dass nichts ohne Einwilligung der betroffenen Person, in meinem Fall für Herr E., geschieht. Regelmässigkeit, Informieren und möglichst keine Abweichungen der Handlungen sind die Voraussetzung. Sicherheit kann dann entstehen, wenn unterscheidbare Ereignisse kontinuierlich auftreten und diese zukünftig zur Gewohnheit werden. Dies bewirkt das Interventionen, auch schmerzhaft, einfacher erlebt werden.

Herr E. durchlebte aus meiner Sicht viele traumatische Interventionen, wie zum Beispiel das endotracheale Absaugen, die Mundpflege, Einlegen von Kathetern, usw. Zudem mussten bei ihm alle allgemeine Lebensaktivitäten durch das Pflegepersonal übernommen werden. Er war also konfrontiert mit dem Gefühl von Abhängigkeit durch andere, dem Verlust von Fähigkeiten und dem Erleben von Unbekanntem. Dies so nehme ich an, durch meine Erfahrungen im Pflegealltag, sicher teils auch unvorbereitet. Für mich bestand daher die Wichtigkeit an Herr E. Sicherheit und Vertrauen anzubieten, damit er sich an die zukünftige Pflege und das weitere Durchführen von Interventionen gewöhnen kann und er die Möglichkeit bekommt einzuwilligen. Für die Zukunft von Herr E, finde ich das Erleben von Sicherheit und Vertrauen besonders wichtig, da er noch eine längere Zeit, während des Genesungsprozesses, Abhängig vom Pflegepersonal sein wird.

3.3 Angebot / Intervention zum Thema: «Das eigene Leben spüren»

Kolev (2021) erklärt, dass sich die Wahrnehmung zu einer immer, lang andauernden, reizlosen Situation, wie bei Herr E, degenerativ anpasst. Man spricht von der degenerativen Habituation. Dieser Prozess kann die Wirklichkeit für Herr E. zur Realität verzerren. Seine Sinne sind gelangweilt, was zum Abbau von Hirnfunktionen und damit zum Verlust von Fähigkeiten führt. Dadurch entsteht die Gefahr, dass die Sinne rasch überfordert werden können. Als Folge kommt es zur Störung der Körperwahrnehmung, Identitätsverlust, Kommunikationsstörungen, emotionale Störungen, Desorientiertheit, usw. Da Herr E. immobil war und lediglich in grossen Zeitabständen umpositioniert wurde, die FSME und CIM zusätzlich seine Körperwahrnehmung erschwerten, er beatmet wurde und an den Händen fixiert war, habe ich bei ihm die Intervention «Symmetrische Waschung» durchgeführt. Dies, da bei ihm die Gefahr bestand, dass er zu allen Körper- und Umweltsinnen eine degenerative Habituation entwickeln würde und diese, bei fehlender Stimulation der Sinne, chronisch verlaufen und zur sensorischen Deprivation führen könnte, bei der Herr E. kaum noch wahrnehmungs- und

kommunikationsfähig wäre. Mit der symmetrischen Waschung hatte ich bei Herr E. das Ziel sein Körperbewusstsein positiv zu beeinflussen, damit er sein Leben spüren und dadurch Kontakt zur Aussenwelt aufnehmen kann.

Symmetrische Waschung

Mittels der symmetrischen Waschung an einem Patienten kann dieser, durch das Betonen der Körpersymmetrie, Hilfestellung zur Wiederherstellung des Körperbilds erhalten. Besonders geeignet ist diese Waschung bei neurologisch erkrankten Patienten, welche sich selbst oft asymmetrisch sowie im Ungleichgewicht erleben. Bei der Waschung werden immer gleichzeitig dieselben Körperteile synchron berührt (siehe Abbildung 1). Beim Ausüben eines gleichmässigen Drucks auf diese wird die

Körpersymmetrie besonders gestärkt, vor allem wenn die Waschung zusätzlich an die Technik der beruhigenden Körperwaschung gelehnt ist. Die Hände der waschenden Person sollten der Körperform des Patienten angepasst sein und auf beiden Seiten gleichmässigen Druck abgeben. Die Verbindung der Körperhälften sollte intensiv betont werden, dies mittels überkreuzen während der Waschung des Körperstamms. Zum Spüren des eigenen Lebens ist die Intervention «symmetrische Waschung» besonders geeignet, da sie dem Patienten hilft den Körper als ganz wahrzunehmen und das vollständige Fühlen

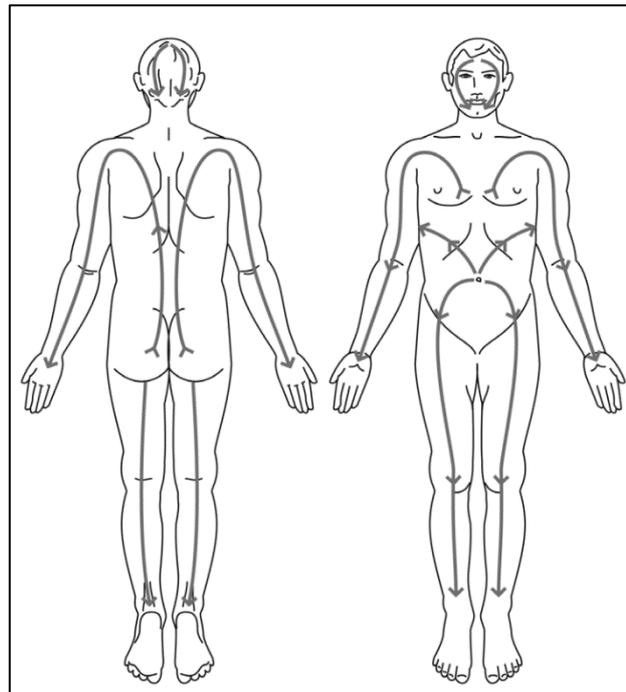


Abbildung 1 Symmetrische Waschung

(Fröhlich & Bienstein, 2021, S. 122)

unterstützt. Auch beim Erleben von Sicherheit und Vertrauen aufbauen ist die Massnahme fördernd. Denn Personen, die Verluste oder Einschränkungen der Sinne erleben, sind meist tief verunsichert. Sicherheit und Selbstvertrauen können durch den Kontakt zum Körper wiederhergestellt werden (Fröhlich & Bienstein, 2021, S. 121-123).

3.4 Angebot / Intervention zum Thema: «Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen»

Konstanz und Kontinuität sind für das Anbieten von Sicherheit und Vertrauen besonders wichtig. Der Betroffene muss Gewissheit haben, was passieren wird. Wenn das Pflegepersonal Symptome erkennt und mit einer Aktivität beantwortet, z.B. einem schwitzenden Patienten die Stirn abtupft, die Handlung zuvor kommuniziert und anmeldet, zeigt dies Verlässlichkeit. Der Patient kann erkennen, dass sich die Antwort auf ein von ihm gesandtes Signal bezieht. Auch die Bezugspflege und eine überschaubare Anzahl von Betreuenden einer pflegebedürftigen Person helfen, dass der Betroffene sowie dessen

Angehörige die Personen kennenlernt. Empfinden Angehörige Sicherheit und Vertrauen, übertragen sie dies oft auf den Patienten. Bei der Kontaktaufnahme ist es relevant, dass die Stimme, Mimik und Gestik übereinstimmen, damit keine Widersprüchlichkeiten entstehen, welche unsicher machen. Dies dient dem eindeutigen und klaren Kommunizieren, das Verhalten der pflegenden Person wird verstanden. Dadurch wird die Berechenbarkeit sichergestellt und schafft Sicherheit sowie Vertrauen. Erst wenn das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen ermöglicht wurde, erreicht man eine beidseitige Kooperation, wodurch der Genesungsprozess und die Lebensqualität verbessert werden. Bestehen weiterhin Unsicherheit, Ängste oder sogar Misstrauen, können Betroffene von den Angeboten und Interventionen nur schlecht profitieren, aufgrund des Stresses und der Abwehrreaktionen (Fröhlich & Bienstein, 2021, S. 71-72).

All dies gilt beim Durchführen einer Intervention zum Lebensthema «Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen» zu beachten. Aber auch bei Angeboten, die die restlichen Lebensthemen betreffen. Denn Sicherheit und Vertrauen sind aus meiner Sicht grundlegend für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Patienten. Da Herr E. wie beschrieben viele traumatische Ereignisse auf der Intensivpflegestation erlebte, vom Pflegepersonal durch seine Immobilität und aktuelle Situation abhängig war, Verluste und Einschränkungen der Körper- und Umweltsinne erlitt, entschied ich mich bei ihm eine Intervention anzuwenden, die Sicherheit und Vertrauen zum Personal, dem er begegnet, schafft, aber auch zu seinem Körperbewusstsein. Die individuelle Situation von Herr E. erforderte es ein Angebot / Intervention aus verschiedenen Bereichen der basalen Stimulation zu kombinieren. Ich entschied mich ein somatisches Angebot mit einem taktilen und oralen Angebot zu verknüpfen.

Gesicht ausstreichen in Kombination mit taktiler und oraler Stimulation

Bei Herr E. habe ich beobachtet, dass er immer wieder die Arme in Richtung Tubus zu heben versuchte. Dies vielleicht um den Fremdkörper zu erfassen, zu erkennen wie er sich anfühlt und was das ist. Mit der Intervention der Gesichtsausstreichung und Ertasten der Zuleitungen im Gesicht und Mund wollte ich seinem ausgesandten Signal nachkommen. Das Angebot plante und gestaltete ich angelehnt an verschiedenen Angeboten der basalen Stimulation.

Nach der Technik der beruhigenden Waschung führte ich die Hand von Herr E. streichend über sein Gesicht (siehe Abbildung 2). Dazu konnte ich die Handfixation lösen, was gemäss Kolev (2021) das Sicherheitsempfinden fördert. Ich entschied mich bewusst dafür, nichts über die Hand von Herr E. zu kleiden, damit er seine Haut auf Haut spüren konnte und der taktile Sinn nicht zusätzlich beeinträchtigt wurde

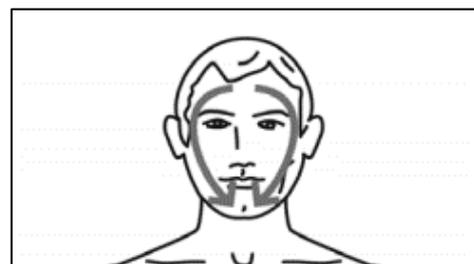


Abbildung 2 Ausstreichungsrichtung des Gesichts

(Fröhlich & Bienstein, 2021, S. 118)

zum Ertasten seines Gesichts. Mit dem Ausstreichen über das Gesicht, konnte zum einen der

somatische Sinn angesprochen werden. Kolev (2021) beschreibt dazu, dass der Patient dadurch zu seinen Grenz- und Kontaktstellen Erfahrungen sammeln kann, was das Körperbild- und Wahrnehmung stärkt und somit die Sicherheit zu seinem eigenen Körper wieder herzustellen beginnt. Zum anderen erhält Herr E. ein Angebot zum taktilen Sinn. Dies über seine Hand und Finger, die sein Gesicht, Tubus, Magensonde und ZVK ertasten können, aber auch über seinen Mund, der sich gemäss Fröhlich & Bienstein (2021, S. 154) als weiteres «sehendes» Körperteil für die taktile Stimulation eignet.

Herr E. bekam damit die Chance sein Gesicht zu betasten und konnte unter Umständen den Tubus, die Magensonde und den ZVK begreifen. Damit wurde dem Gefühl von intensiver Belastung durch die Fremdkörper entgegengewirkt. Zudem war es möglich, dass die deutliche geführte Orientierung half, fremdes als weniger bedrohlich wahrzunehmen. Es war wichtig, dabei die Reaktion und evtl. Stresszeichen von Herr E. genau zu beobachten und zu dokumentieren (Fröhlich & Bienstein, 2021, S. 154-156).

Zur Förderung der oralen Wahrnehmung gab ich Herr E. die Möglichkeit mit dem Mund die Aussenwelt zu fühlen. Nach Kolev (2021) fördert die orale Stimulation die Wahrnehmung von Lippen und Mund. Es gilt dabei die Aufmerksamkeit auf den Mund zu lenken, damit der Patient sich beispielsweise auf die kommende Mundpflege vorbereiten kann. Die sogenannte Anbahnung. Dabei verfolgte ich das Ziel, an Herr E. Orientierung zu bieten und ihn darauf vorzubereiten, dass ich danach die Mundpflege durchführe, wobei die Mundpflege nicht als orales Angebot, sondern als pflegerische Intervention zu werten war. Durch die Anbahnung zum Mund konnte ich Herr E. Sicherheit bieten, indem meine Absicht und nächste Handlung für ihn berechenbar wurden. Die Anbahnung erfolgte wie folgt gemäss Kolev (2021), wobei ich die Hand und Finger von Herr E. für die Anbahnung führte und nicht meine Finger benutzte:

1. Zu den Lippen sternförmiges hinstreichen
2. Das Umkreisen der Lippen zum Mund hin
3. Mit dem Finger über die Lippen streichen
4. Finger in den Mund des Patienten rollen und im Mund nach obenhin und unten über das Zahnfleisch streichen

Mit meinem Angebot «Gesicht austreichen in Kombination mit taktiler und oraler Stimulation» hatte ich die Absicht Sicherheit und Vertrauen an Herr E. zu vermitteln, indem ich sein Körperbewusstsein förderte, zu ihm Kontakt aufbaute und damit versuchte eine beidseitige Kooperationsbereitschaft zu schaffen, um seinen Genesungsprozess und seine Lebensqualität positiv zu beeinflussen.

4 Reflexion und Erkenntnisse

Bezogen auf die Fragestellung ist es mir mit meinen geplanten Angeboten der basalen Stimulation aus meiner Sicht gelungen, Herr E. in seinem Körperbewusstsein positiv zu unterstützen. Nach dem Durchführen der «Symmetrischen Waschung» konnte ich bei Herr E. beobachten, dass er begann, seine Beine leicht zu bewegen. Zudem öffnete er im Verlauf der Schicht teils selbständig die Augen und schaute mich, bei der Initialberührung und gleichzeitigem Ansprechen mit seinem Namen, ab und zu an. Herr E. nahm somit Kontakt nach aussen auf. Dies ermöglichte ihm die Teilnahme am Genesungsprozess.

Daraus interpretiere ich, dass ich seinem aktuellen Lebensthema «Das eigene Leben spüren» nachkommen konnte. Denn das Bewegen der Beine und die Kontaktaufnahme bestätigten mir, dass er nun mehr spürte, im Vergleich zu dem Zeitpunkt, als er apathisch im Bett lag. Dies verhalf ihm nun dazu, durch das Bewegen im Bett, mehr Eindrücke und Informationen zum Körperbild, -schema und -gefühl zu erleben. Seine Wahrnehmungsfähigkeit wird dabei kontinuierlich wiedererlangt und unterstützt, was der degenerativen Habituation entgegenwirkt. Mit dem Angebot «Gesicht ausstreichen in Kombination mit taktiler und oraler Stimulation» bin ich der Meinung Herr E. in seinem Lebensthema «Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen» unterstützt zu haben. Denn für die Mundpflege, welche ich unmittelbar nach der Anbahnung zum Mund durchgeführt habe, hielt Herr E. stets den Mund locker und verschloss diesen nicht. Ausserdem zeigte er sich im Verlauf des Abends, nach den basalen Angeboten, in einer Normotonie und seine Herzfrequenz blieb ebenfalls normwertig. Auch verringerte sich die Häufigkeit des Armenhebens in Richtung Tubus. Dies waren für mich Zeichen der Stressminderung, des Sicherheitsgefühls für Herr E. sowie Vertrauen.

Für mein zukünftiges Handeln im Pflegealltag werde ich mir jeweils, bezogen auf die Patientensituation, überlegen, welche Lebensthemen für den Patienten aktuell im Vordergrund stehen. Das ermöglicht mir gezielte Angebote zu planen und durchzuführen, die das Thema des Patienten gezielt unterstützen. Als weitere Erkenntnis habe ich festgestellt, dass das Hexagon-Raster eine gute Übersicht bietet zum ganzheitlichen Erfassen von Fähigkeiten der Patienten und wie sich deren Wahrnehmungen beeinflussen. Das Raster vereinfacht das Analysieren der aktuellen Lebensthemen für den Patienten, ich werde es anwenden.

Weiter werde ich in Zukunft darauf achten, mich bei einem Patienten stets anzukündigen und vor einer Intervention eine Anbahnung durchzuführen. Dies macht mich für den Patienten berechenbar, er wird nicht überrascht und kann somit besser Vertrauen gewinnen und Sicherheit erleben. Für mich resultieren daraus wichtige Fundamente zum Aufbau einer gelungenen «Pflege-Patient-Beziehung», die eine kooperative Zusammenarbeit stärkt und sich positiv auf den Genesungs- Pflegeprozess ausübt.

5 Literaturverzeichnis

Fröhlich, A., & Bienstein, C. (2021). *Basale Stimulation® in der Pflege: Die Grundlagen*. Hogrefe.

Kolev, D. (04. Mai 2021). Aufbaukurs Basale Stimulation nach Prof. Dr. Fröhlich® (Unveröffentlichte Unterrichtsunterlagen). Bern: Bildungszentrum Pflege.

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Symmetrische Waschung	8
Abbildung 2 Ausstreichungsrichtung des Gesichts	9