

Basale Stimulation in der Intensivpflege.

Ein Praxis-/Erfahrungsbericht aus der Weiterbildung.

Von Ute Meldau & Inge Hintz



Kontaktaufnahme und Orientierung.

Basale Stimulation in der Intensivpflege, da hört man oft die Sätze: „das kannst du vergessen“ oder „keine Zeit“ und Ähnliches. Aber ist das wirklich so?

Wir sind Pflegefachpersonen für Intensivpflege und arbeiten als Praxisanleiterinnen in der Fachweiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege auf den Intensivstationen eines Uniklinikums. Außerdem sind wir Praxisbegleiterinnen für Basale Stimulation i. d. Pflege und sehen das ein wenig anders. Am Beispiel von *Haltung-Kompetenz-Technik* möchten wir zeigen, wie es uns gelingt, auch andere Pflegenden von unserem Konzept zu überzeugen.

Haltung

Wie kann Haltung im pflegerischen Alltag vermittelt werden? Am ehesten doch durch eine glaubhafte Vorbildfunktion. So wie wir den Umgang mit wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten pflegen, so wird es auch manch ein Anderer tun. Vor allem, wenn er sieht, welche Veränderungen am Patienten zu beobachten sind. Wichtig ist uns eine eindeutige Kontaktaufnahme zu den Patienten, denn nur dann kann ein Dialog entstehen. Wir beobachten, wie wird überhaupt Kontakt aufgenommen? Wie findet

die Ansprache statt? Bei wahrnehmungsbeeinträchtigten Patienten sollte dies immer zuerst verbal und dann mit einer Berührungsgeste erfolgen. Wir haben keine Schilder mit der obligatorischen Aufforderung „Initialberührung rechte Schulter“, aber wir lehren und leben die Kontaktaufnahme mit Orientierung und Reorientierung in der Praxis vor.

Kompetenz

Sie sind gleich zu setzen mit Fähigkeiten, z. B. mit der Fähigkeit Situationen einzuschätzen. Wie stellt sich die Bewusstseinsituation eines Patienten dar? Das zu beurteilen, bedarf es Zeit. Diese Zeit geben wir dem Teilnehmer, indem sie im Kontext des theoretischen Unterrichts eine Beobachtungsaufgabe durchführen. Ein Beispiel ist die *Beobachtungsaufgabe*, die Vielen von uns aus unserer Weiterbildung zum Praxisbegleiter bekannt ist. Eine Stunde einfach nur dasitzen und einen Patienten der „angeblich“ nicht kommunikationsfähig ist zu beobachten. Dies wird dann in schriftlicher Form festgehalten und von uns gesichtet. Jeder Teilnehmer erhält dann ein schriftliches persönliches Feedback.



Kommunikation ohne Worte.

Hier einige Beispiele aus dieser Beobachtungsaufgabe:

„Ich fand es furchtbar, dass der Patient in keiner Art und Weise berücksichtigt wurde. Keiner hat mit ihm gesprochen, ihn über die pflegerischen Tätigkeiten informiert oder ihn irgendwie mit einbezogen.“

„Ich habe eine absolut alltägliche Situation beobachtet. Nichts hat mich schockiert. Aber ich bin doch nachdenklich geworden. Was hat der Patient wirklich mitbekommen? Hat er geträumt? Was hat er geträumt? An welche Dinge wird er sich bewusst erinnern können? Welche Dinge werden in seinem Unterbewusstsein abgespeichert und belasten ihn vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt? ...“

„Mich hat diese Aufgabe sensibilisiert und ich werde versuchen, diese fokussierte Aufmerksamkeit auch im Alltag anzuwenden.“

„Ich glaube, dass viele Patienten dieses Geräusch nicht zuordnen können, gleichzeitig aber auf irgendeine Weise wahrnehmen/spüren können, dass dieses Geräusch eine Verbindung zu ihrem Körper hat.“

Nach dieser Aufgabe ist so manch ein Teilnehmer restlos davon überzeugt, dass scheinbar „sedierte“ Patienten doch durchaus ihre Kommunikationsfähigkeiten haben. Wichtig sind natürlich die eigenen „Erfolgerlebnisse“. Wenn die Teilnehmer selber feststellen, dass die Patienten durch ihre veränderte Kommunikation Reaktionen zeigen, die eindeutig und wiederholbar sind.

Technik

Das ist u. a. auch die Kunst bzw. der kreative Umgang mit Werkzeugen. In unserem Beruf sind es unsere Hände und auch dieser Umgang muss gelernt und geübt werden. Da wir Beide sowohl den theoretischen als auch den praktischen Unterricht gestalten, gelingt dieser Theorie/Praxistransfer recht gut.

Hier das Beispiel Mundpflege bei einem Patienten mit einem oralen Tubus:

In der Weiterbildungsstätte machen die Teilnehmer eine Eigenerfährungsübung, indem sie eine Möhre oder Wahlweise eine Mullbinde für einige Minuten im Mund halten



Eine gefühlte Rasur.

müssen. Dies soll die Situation eines oral intubierten Patienten simulieren. Dabei stellen dann viele Teilnehmer fest, dass dies doch eine sehr unangenehme Erfahrung ist und dass sich schon nach kurzer Zeit der Mundbereich vielfältig verändert. Daher muss der Mundbereich wieder positiv erfahrbar gemacht werden und zwar mit der „Technik“ der Anbahnung zur Mundpflege.

Um dieses erfolgreich in die Praxis umzusetzen, tauschen Teilnehmer und Praxisanleiterin häufig die Rollen. Die Praxisanleiterin macht vor, der Teilnehmer befindet sich in der Rolle des Beobachters. In den nächsten Anleitungen werden dann die Rollen wieder getauscht und es kommt zu häufig sehr positiven Erlebnissen. Teilnehmer setzen diese neu erlernte Form der Mundpflege auch in schwierigen Patientensituationen um.

Oder eine geführte Rasur (siehe Bild oben).

Der Patient wird nicht einfach rasiert. Er soll an dem Bewegungsablauf teilhaben und der Pflegenden *Bescheid* geben, wann es weiter gehen soll oder wann es genug ist.



Ute Meldau ist Fachkrankenschwester für Intensiv-Anästhesiepflege, Praxisanleiterin und Praxisbegleiterin für Basale Stimulation in der Pflege.

melute@gmx.de



Inge Hintz ist Fachkrankenschwester für Intensiv-Anästhesiepflege, Praxisanleiterin und Praxisbegleiterin für Basale Stimulation in der Pflege.

ihintz@gmx.net

Dies sind nur einige kleine Beispiele, die belegen sollen, „es geht auch anders“, auch bezogen auf die sehr knappen zeitlichen Ressourcen. Es gibt doch die eine oder andere zeitliche Nische, die dann, wenn diese Fertigkeiten gelehrt und in der Praxis schon mal erfolgreich umgesetzt wurden, genutzt werden können, um für die Patienten eine individuelle unterstützende Pflege zu gewährleisten.

Es gibt viele Patienten, die davon profitieren und deren Fortschritte eine ganz große Motivation für uns Pflegende darstellen. 🍀