

Abschlussarbeit des Moduls Beziehungen in der Pflege

# Welche zentralen Ziele der basalen Stimulation® lassen sich mit welchen Caring - Dimensionen verknüpfen?



Sonja Marti

Luise Pflüger

Monika Gerber - Gurtner

Begleitung: Elisabeth Röthlisberger

Schule Weiterbildung in Intensivpflege, Berner Bildungszentrum Pflege  
Kurs DL 14

Februar 2008, Bern

## 1. Themenwahl

Den Einstieg in unsere Weiterbildung zur Pflegefachfrau Intensivpflege haben wir alle sehr positiv erlebt.

Aus dem Basiskurs „Basale Stimulation“® nehmen wir viele neue Erkenntnisse mit, die wir in unserem Pflegealltag umsetzen wollen. Gerade durch die positiven und negativen Selbsterfahrungen waren wir in der Lage, uns ansatzweise in die Situation eines Patienten (\*) mit eingeschränkter Wahrnehmung zu versetzen, was unsere zukünftige Pflege sicherlich positiv beeinflussen wird. Andererseits zeigte es uns auch auf, dass wir vieles schon intuitiv richtig angewendet haben. Wir können unsere Handlungen damit zukünftig besser begründen und gezielter ausführen.

Am letzten Schultag begeisterten uns vor allem die „Caring - Dimensionen“, weil sie so treffend in Worte fassen, was wir unter einer guten Pflege verstehen. Wir fühlten uns vor allem von folgendem Zitat sehr angesprochen:

*„Jede Pflegende weiss, wie schnell jemandem, der sich wirklich einlässt, der sich etwas mehr sorgt und etwas mehr für seine Patienten tut als es der „Norm“ entspricht, ein Helfersyndrom angehängt wird, wie er dann ausgegrenzt und seine Arbeit abgewertet wird. Die Folge ist, dass sich Pflegende gegenüber Patienten klar abgrenzen und sich nur bedingt mit ihnen einlassen. Aber dies führt zu einem Defizitgefühl, denn eigentlich möchten sie sich ja einlassen, sich sorgen, sich einfühlen. Aus dem Defizit wird Frustration. Mit der Zeit fühlen sie sich ausgelaugt, ausgesogen, überfordert, was letztlich zu einem Burnout - Syndrom führen kann.... Verlust von Caring die Ursache für das Ausbrennen der Pflegenden ist.“ (\*\*)*

Das Schreiben der Abschlussarbeit bietet uns nun die Möglichkeit, uns vertieft mit der „Basalen Stimulation“® und den „Caring - Dimensionen“ auseinanderzusetzen.

Wir befassten uns mit folgenden Fragen:

- Lassen sich beide Konzepte gemeinsam in unseren Pflegealltag integrieren?
- Lassen Sie sich überhaupt so einfach voneinander trennen?
- Haben sie mehr Gemeinsamkeiten, als es auf den ersten Blick den Anschein hat?
- Wie ergänzen sie sich gegenseitig?

## 2. Fragestellung

Zusammenfassend führte uns dies zu folgender konkreten Fragestellung:

Welche zentralen Ziele der „Basalen Stimulation“® lassen sich mit welchen „Caring - Dimensionen“ verknüpfen?

(\*) Aus Gründen der Lesbarkeit haben wir für den Patienten die männliche Form gewählt, für die Pflegefachfrau die weibliche. Selbstverständlich sind beide Geschlechter gemeint.

(\*\*) Schmid, 1994, S. 27

### 3. Theoretische Grundlagen

#### 3.1 Basale Stimulation®

Dieses Kapitel beruht auf Informationen, die wir aus drei Büchern (\*) (\*\*) (\*\*\*) entnommen und zusammengefasst haben.

Kurz gesagt heisst „Basale Stimulation“® Entwicklungsförderung durch sensorisches Lernen. „Basal“ bedeutet „grundlegend“ und „stimulatio“ steht im Lateinischen für „einen Anreiz setzen, anregen“. Es bedeutet also, dass über sämtliche Wahrnehmungsbereiche Anregungen gemacht werden können, um so einen Kontakt zum Patienten herzustellen. Somit stehen viele verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl, die sich in den drei Aktivitäten des Menschen Bewegung, Wahrnehmung und Kommunikation zusammenfassen lassen, welche sich untereinander in einer ständigen Wechselwirkung befinden.

*„Der Schwerpunkt der „Basalen Stimulation“® liegt auf der Entwicklungsorientierung. Es wird auf Wahrnehmungserfahrungen, die der Mensch intrauterin und im Säuglingsalter gemacht hat, zurückgegriffen. So wird seine unmittelbare Körpersphäre, sein ganzheitliches körperseelisches Erleben angesprochen. Über Bewegung wird Wahrnehmung seiner selbst und / oder seiner Umwelt möglich, es kommt zur Kommunikation. Dazu werden die unterschiedlichen Wahrnehmungsebenen genutzt. Der Mensch lernt über Wahrnehmungsangebote und entwickelt seine Person im Hier und Jetzt.“ (\* S.44)*

Bevor die zentralen Ziele der „Basalen Stimulation“® untenstehend aufgelistet und beschrieben werden, bedarf es einer Erklärung über die Ursprünge dieses Konzeptes.

Prof. Dr. A. Fröhlich entwickelte in den Siebzigerjahren die „Basale Stimulation“® als pädagogisches Konzept zur Förderung schwerst behinderter Kinder.

Den Ursprung finden wir im theoretischen Ansatz der folgenden vier Annahmen:

Neuropsychologisches Entwicklungsmodell:	Gehirnentwicklung durch biologische und genetische Gegebenheiten, Reizwirkungen aus der Umwelt
Entwicklungspsychologischer Ansatz:	Erkenntnisse über die ausschliesslichen Bewegungs- und Wahrnehmungserfahrungen
Physiotherapie:	Handlungsfähigkeiten erwerben, üben und wiedererlangen
Erkenntnisse aus der Psychologie:	Sensorische Erfahrungen während der Schwangerschaft geben dem Kind Informationen über sich selbst

In den Achzigerjahren wurde das Konzept der „Basalen Stimulation“® von der Krankenschwester und Diplompädagogin Christel Bienstein in die Pflege von Erwachsenen übertragen. Gemeinsam mit Prof. Dr. A. Fröhlich hat sie das Konzept weiterentwickelt und auf die Bedürfnisse schwerst wahrnehmungsbeeinträchtigter Patienten angepasst und in den zentralen Zielen zusammengefasst, welche wir im Folgenden ausführen werden. Es sind insgesamt neun, und sie befinden sich in einer steten Weiterentwicklung.

(\*) Werner, 2002, S. 24 - 27, 44

(\*\*) Nydahl, 2003, S. 51 - 81

(\*\*\*) Larsen, 2007, S. 651 - 653

### **Das Leben erhalten und Entwicklung fördern**

Leben erhalten wir durch Atmung, Ernährung und Bewegung. Mit diesen elementaren Grundfunktionen werden wir auf der Intensivpflegestation täglich konfrontiert. Alle Menschen, also auch unser Patient, befinden sich ständig in einer Entwicklung. Wichtig ist, dass er **seine** eigene erfahren kann und darf. Wir unterstützen ihn darin mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln, indem wir ihm mögliche Wege aufzeigen und Ressourcen nützen.

### **Das eigene Leben spüren**

Leben heisst Bewegung. Durch Bewegung, Positionen, Berührungen und Ausstreichungen durch andere Menschen werden Spürinformationen vermittelt, die es dem Patienten ermöglichen, seinen Körper wahrzunehmen.

### **Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen**

Um eine optimale Pflege bieten zu können, bauen wir zum Patienten eine Vertrauensbasis auf und vermitteln ihm Sicherheit. Deshalb ist es wichtig, dass er situative Handlungen begreifen kann. Durch konsequente Berührungen soll der Patient abschätzen können, was jetzt passiert. So wird dem Patienten eine gewisse Kontrolle über die jeweilige Aktivität ermöglicht.

### **Den eigenen Rhythmus entwickeln**

Für gesunde Menschen ist es selbstverständlich, einen eigenen Lebensrhythmus zu entwickeln. Unser Patient hat diese Möglichkeit nicht. Sein Rhythmus wird grösstenteils von uns bestimmt. Daher ist es vor allem für Langzeitpatienten wichtig, dass wir die Tagesstruktur so gut wie möglich seinen Wünschen und Gewohnheiten anpassen.

### **Die Aussenwelt erfahren**

Wenn wir den Patienten beobachten und uns in seine Situation einfühlen, können wir uns ein Bild machen, wie er seine Umgebung mit den ihm zur Verfügung stehenden Sinnen wahrnimmt. Es ist unsere Aufgabe abzuschätzen, welche und wie viele Informationen er braucht, um mit der gegebenen Aussenwelt klarzukommen. Wir haben die Möglichkeit, die Angehörigen aktiv miteinzubeziehen, um die Umgebung des Patienten persönlicher zu gestalten.

### **Beziehungen aufnehmen und Begegnungen gestalten**

Selbst für Gesunde ist es oft schwierig, Beziehungen aufzunehmen - wie viel mehr für unseren Patienten, der nicht auswählen kann wer ihn pflegt. Wie können wir es ihm erleichtern, Beziehungen aufzunehmen? Den Angehörigen kann es beispielsweise eine Hilfe sein, wenn der Patient nach seinem Aftershave riecht und nicht nach „Spital“.

### **Sinn und Bedeutung geben und erfahren**

Durch die gegebenen Umstände erlebt sich der Patient in einer völlig neuen Situation, in welcher er sich zuerst zurechtfinden muss. Er braucht Zeit, um das Geschehene zu verarbeiten und neue Wege zu finden. Wir unterstützen den Patienten, indem wir ihm Zeit geben und ihn motivieren, neue Wege in Betracht zu ziehen. Er entwickelt sich, indem er Altes verabschiedet und Neues zulässt.

### **Das Leben selbst gestalten**

Es bedeutet, Wege aufzuzeigen, wie der Patient sein Leben in der momentanen Situation selber gestalten kann. Wir fördern dies mit kleinen persönlichen „Noten“, damit er sich sicher fühlt, lassen ihm jedoch die Freiheit, seine Aktivität zu seiner Welt zu machen.

### **Autonomie und Verantwortung leben**

Eine eigene Autonomie ist wichtig, damit sich der Mensch verantwortungsbewusst erlebt. Auch wenn der Patient elementar abhängig ist, finden wir durch Kompromisse Möglichkeiten, ihm seine Autonomie grösstmöglich zu erhalten. Wenn es die Situation erlaubt, ist es am einfachsten, ihn selber entscheiden zu lassen und die Interaktionen mit ihm zu besprechen. Die Pflege ist dann nicht eine Hilfe der hilflosen Helfer, sondern eine Hilfe zur Selbsthilfe.

## **3.2 Caring - Dimensionen**

*„Caring kann kurz und treffend mit „Interesse oder Sorge fühlen“ übersetzt werden. Damit beschreibt Caring die innere Haltung einer Pflegenden. Patricia Benner vertritt in ihrem Buch „Pflege, Stress und Bewältigung“ (Benner / Wrubel, 1997) den Standpunkt, dass Caring das erste und zentrale Element in der Pflege ist, von dem jede Aktivität ausgeht.*

*Zentrale Gedanken des Carings:*

*Das Gefühl von Interesse und Sorge zeigt, dass*

- *etwas wichtig ist*
- *etwas positiven oder negativen Stress verursacht*
- *eine Möglichkeit zur Bewältigung besteht*

*Aus Caring entstehen Entwicklungen, indem*

- *Verbindungen zu anderen Menschen aufgebaut werden*
- *Probleme erkannt werden*
- *mögliche Lösungen zusammengestellt werden*
- *Lösungsmöglichkeiten angewandt werden*
- *Hilfen gegeben und angenommen werden“ (\*)*

Es gestaltete sich schwierig, weiterführende Literatur zu den Caring - Dimensionen zu finden. Im Grunde genommen war immer wieder von derselben Einteilung und Definition der einzelnen Dimensionen die Rede, die uns im Modul (\*\*) vorgestellt worden sind.

### **1. Jemanden kennen**

Einen anderen Menschen kennen lernen wollen, ihn zu verstehen, seine Eigenheiten und seine Geschichte zu kennen. Den Verlauf der Krankheit und individuelle Reaktionsweisen auf Krankheit und deren Behandlung zu kennen, ihn in seiner Ganzheit wahrnehmen.

### **2. Sich einlassen**

Sich einem Menschen zuwenden, sich einlassen, mit ihm zu sein, emotional für ihn da zu sein, offen zu sein und Nähe zulassen zu können.

### **3. Sich sorgen / sorgen für**

Sich um einen Menschen zu sorgen, nicht gleichgültig zu sein, sich eines Menschen anzunehmen, ihn ernst zu nehmen, sich Gedanken zu machen, aufmerksam zu sein, emotional berührt zu sein, um einen Menschen besorgt zu sein, ihn zu umsorgen, sich einzusetzen, etwas Gutes zu tun, um „z`lieb tue“.

### **4. Sich einfühlen**

Sich einfühlen zu können, um das Wohlergehen anderer besorgt zu sein, offen und grosszügig zu sein, sich zu engagieren, Anteil zu nehmen, Mitgeföhle zu zeigen und ausdrücken zu können. Den Menschen eine Liebesfähigkeit entgegen zu bringen, ihnen gegenüber eine positive Haltung einzunehmen, auf seine Wahrnehmung zu vertrauen und auf der Basis ethischer Prinzipien zu handeln.

### **5. Präsent sein / da sein**

Präsent zu sein mit der ganzen Aufmerksamkeit, als Mensch da zu sein, mit jemandem zu sein, erreichbar zu sein, dass Pflegenden mitteilen, dass sie da sein wollen, Zeit zu haben

(\*) Sauter, 2004, S. 329

(\*\*) Schmid, 1994, Unterrichtsunterlagen „Caring“

## **6. Geduldig sein**

Geduldig zu sein, tolerant zu sein, sich Zeit zu nehmen, teilnehmen und warten zu können. Zeit und Raum zur Entwicklung und zum Leben zu geben.

## **7. Zuhören können**

Zuzuhören, hinzuhören und dies auch zu wollen, aufmerksam zu sein, auf die Zwischentöne zu hören, wahrzunehmen, was der andere Mensch wirklich sagen und ausdrücken möchte oder was er nicht sagt und auch nonverbale Ausdrucksweisen wahrzunehmen.

## **8. Bescheiden sein**

Bescheiden zu sein, Achtung vor anderen Menschen zu haben und sie zu akzeptieren wie sie sind. An die Entwicklungsfähigkeit der Menschen zu glauben, andere Menschen selbst bestimmen und entscheiden zu lassen und dies zu akzeptieren. Seine eigenen Grenzen zu erkennen, die Grenzen seines Einflusses und seiner Macht zu sehen und zu akzeptieren, sich reflektieren und in Frage stellen können, um nachgeben zu können, grosszügig zu sein und Ausnahmen machen zu können.

## **9. Mutig sein**

Mutig zu sein, konventionelle Grenzen zu überschreiten, wenn es verantwortbar und zum Wohle eines anderen Menschen ist. Ein Risiko eingehen zu können, sich auf Unbekanntes einlassen zu können, sei es auf Menschen oder Situationen, auf sich vertrauen können.

## **10. Vertrauen haben**

Vertrauen zu haben, sicher zu sein, Vertrauen in andere Menschen zu haben, an andere Menschen zu glauben, den Dingen seinen Lauf lassen.

## **11. Hoffnung haben**

Hoffnung zu haben und diese Hoffnung auch auszustrahlen, ans Gute und Positive zu glauben, offen und empfänglich zu sein, den Mut nicht zu verlieren, an eine Zukunft zu glauben, an Möglichkeiten und Wege zu glauben, an die in einer Person innewohnenden Kräfte zu glauben, nicht aufzugeben.

## **12. Ehrlich sein**

Ehrlich zu sein, andere Menschen zu sehen wie sie sind, ehrlich zu mir selber zu sein, meine Arbeit kritisch zu hinterfragen, mir Fehler eingestehen zu können und daraus zu lernen, auch andern Menschen Fehler zugestehen zu können, echt, aber nicht verletzend zu sein.

## 4. Praxisbezug

### 4.1 Patientenbeispiel

Wir haben uns entschlossen, unsere Fragestellung anhand eines konkreten Patientenbeispiels zu bearbeiten. Unsere Wahl fiel auf diese Patientin, weil wir sie alle drei über einen längeren Zeitraum gepflegt haben.

Frau XY, die wir auf Wunsch der Eltern mit dem Vornamen angesprochen und geduzt haben, Jahrgang 85, ist in den Bergen verunglückt. Beim Abstieg von einer Berghütte ist sie auf einem Eisfeld ausgerutscht und circa 100 - 200 Meter, sich immer wieder überschlagend, abgestürzt. Die von den Begleitern alarmierte Rega fand die Patientin mit einem aktuellen GCS von 4, intubierten und brachten sie ins Inselspital, wo die Untersuchungen folgenden Befund ergaben:

- Schweres Schädelhirntrauma (SHT) mit Subduralblutung links temporal, intrazerebrale Shearing Injuries, Blutung in die Cisterna interpeduncularis

Bei den täglichen Aufwachversuchen bewegte XY alle vier Extremitäten spontan, zeigte aber zum Teil Strecksynergismen. Verlaufs-CTs des Schädels zeigten keine Progredienz des initialen Befundes.

Nach einer Woche wurde XY nach Thun verlegt, wo sie rückblickend grosse Fortschritte gemacht hat. Gemeinsame Ziele der Ergo-, Physiotherapie, Logopädie und Pflege sind wie folgt definiert worden: Wahrnehmung und Selbsthilfeaktivität fördern.

Der aktuelle Zustand liegt bei einem GCS von 11 und in Bezug auf die „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATLs) sieht es folgendermassen aus:

#### Sich bewegen:

- Motorisch sehr unruhig, ataktisches Gangbild
- Gleichgewichtsstörungen, instabiler Rumpf
- Grobmotorik zum Teil unkontrolliert
- Feinmotorik sehr stark eingeschränkt

#### Atmen:

- Tracheotomiert, Spontanatmung, wenig Sekret

#### Wachsein / Schlafen:

- gestörter Tages- / Nachtrhythmus

#### Essen / Trinken:

- PEG, Sondennahrung
- Schluckreflex vorhanden
- Mundschluss und Kaubewegungen eingeschränkt

#### Ausscheidung:

- Totale Inkontinenz → DK, Pampers

Aus intensivmedizinischer Sicht wäre es nicht mehr nötig, dass XY auf unserer Abteilung verbleiben müsste. Da sie aber praktisch rund um die Uhr eine 1:1 Betreuung braucht, wäre eine Verlegung auf die Bettenstation nicht denkbar.

Zur Weiterführung der Rehabilitation ist die Verlegung nach Basel geplant.

Im Folgenden werden wir einzelne Pflegesequenzen schildern, anhand eines zentralen Zieles und einer Caring - Dimension analysieren und unser Handeln reflektieren. Durch unsere unterschiedlichen Erlebnisse in der Pflege von XY wollen wir herausfinden, ob unsere Erfahrungen deckungsgleich sind. Aus unseren Ergebnissen versuchen wir Rückschlüsse zu ziehen und Antworten auf unsere konkrete Fragestellung zu finden.

## 4.2 Persönliche Erfahrungen von Sonja

Ich kenne XY schon aus mehreren Frühdiensten. Die Physiotherapeutin hat uns angewiesen, XY daran zu hindern, aufzustehen und zu gehen, da sie noch eine zu geringe Rumpfstabilität hat. Wie bei einem Kind in einem frühen Entwicklungsstadium, sollen wir mit ihr den Vierfüßlerstand üben, sie knien und höchstensfalls krabbeln lassen. Da XY kräftig und sportlich ist, gelingt es ihr aber immer wieder aufzustehen. Zum Trainieren und um ihr die Möglichkeit zu schaffen, ihren Bewegungsdrang auszuleben, haben wir in einer Ecke des Zimmers den Boden mit Gymnastikmatten ausgelegt und die Wände mit Matratzen gepolstert.

Ich pflegte XY heute zum ersten Mal im Spätdienst. Sie war am Nachmittag sehr viel am Boden und hatte lange Physio- und Ergotherapie. Dementsprechend ist sie nun sehr müde, als der Vater zu Besuch kommt. Sie schläft noch immer, als später die Mutter und der Bruder hinzukommen. Daraufhin wird XY zusehends unruhiger. Ich gehe zu ihr und versuche herauszufinden, was sie möchte. Ich versuche, sie mit klaren Berührungen und einer ruhigen Stimme zu besänftigen, was mir allerdings nicht gelingt. Sie wird immer unruhiger und versucht aufzustehen. Ich beschliesse zusammen mit den Angehörigen, die laufende Sondenkost zu stoppen und XY zu mobilisieren. Der Bruder hält sich im Hintergrund auf und erweckt den Eindruck, als wüsste er nicht genau, was er hier mache. Als XY am Boden ist, wird sie gegen unsere Erwartungen noch unruhiger, und es ist gut ersichtlich, dass sie etwas möchte, dass wir ihr noch nicht ermöglicht haben. Sie steht immer wieder auf und lässt sich nur mit grosser Mühe wieder hinsetzen. Sie verzieht das Gesicht und kämpft weiter gegen uns. Sie macht sehr schnelle, fahrig und unkontrollierte Bewegungen, so, dass ich Mühe habe, sie zu halten und auf den Kopf zu achten. Als der Bruder etwas nach vorne tritt, läuft XY auf ihn zu. Er weicht von ihr zurück und will sich wieder in einer Ecke des Zimmers zurückziehen. Ich fordere ihn auf, stehen zu bleiben und mit ihr zu sprechen. Da hebt XY die Arme und umarmt ihren Bruder. Von da an ist es uns möglich, sie dazu zu bewegen, sich auf den Boden zu setzen. Sie liegt etwa eine halbe Stunde mit ihren Eltern und ihrem Bruder auf den Gymnastikmatten und umarmt ihre Angehörigen abwechselungsweise. Sie wirkt dabei sehr glücklich und ruhig.

### Analyse:

Mir ist bei dieser Situation gleich das zentrale Ziel der „Basalen Stimulation“® **„Beziehungen aufnehmen und Begegnungen gestalten“** in den Sinn gekommen. Bei den „Caring - Dimensionen“ hatte ich nicht ein oder zwei bestimmte, welche mir von Anfang an vorrangig erschienen. Da ich beim ersten Lesen der „Caring - Dimensionen“ den Eindruck hatte, dass ich alle nehmen könnte, habe ich mich für **„Präsent sein / da sein“** entschieden. Sie kam mir sehr der Situation angepasst und in meiner Arbeit, welche ich an diesem Abend geleistet habe, zentral vor.

Als der Bruder das Zimmer mit seiner Mutter betrat und mit XY zu sprechen begann, wurde sie immer unruhiger. Es ist mir schon am Tag zuvor aufgefallen, dass XY ihre Familie zu erkennen scheint und sehr stark (mit Unruhe bei der Mutter und Ruhe / Schlaf beim Vater) auf sie reagierte. Sie hatte auf Grund ihrer Unfähigkeit zu sprechen, ihrer momentanen Umgebung und ihres uns unbekanntem kognitiven Defizits keine Möglichkeit, sich mit ihrer Familie (Bruder) auseinanderzusetzen. Es ist ihr nicht möglich, auszusprechen oder zu schreiben, was sie bewegt. Weiter ist es auch mit den Ja - Nein - Tafeln nicht möglich zu kommunizieren, da sie nicht adäquat auf die richtige Tafel zeigen kann. Nähe zu erfahren und Zuneigung zu geben, wird in der Umgebung des Spitals und in ihrem geschützten Rahmen (Bauchgurt im Lehnstuhl, die Unruhe im Allgemeinen und am Boden) sehr schwierig, da ihr wie jeder

Versuch, gezielt Zuwendung zu geben, verschlossen ist. Durch das Umarmen und das gezielte Aussuchen der Familienmitglieder war es ihr möglich, wieder **eine Beziehung zu ihnen aufzunehmen** und mit ihren Möglichkeiten, die sie im Moment hat, gezielt zu kommunizieren. Durch **mein Präsent sein** und immer wieder „eingreifen“, wenn XY aufstehen und gehen wollte, konnte ich der Familie vermitteln, dass ich Zeit habe, hier zu sein. Somit konnte ich ihnen ermöglichen, diesen Kontakt zu erwidern, ohne dass sie noch auf die ganzen Rahmenbedingungen der Mobilisation achten mussten. Die Angehörigen konnten sich ganz auf die Wünsche und Bedürfnisse nach „Kommunikation und Begegnung gestalten“ von XY einlassen. Durch ihre Hartnäckigkeit, immer wieder aufzustehen, den Kontakt zu ihrem Bruder zu suchen, konnte sie mir zeigen, was im Moment für sie am Wichtigsten war. Da ich mit der Haltung im Zimmer war, dass ich Zeit habe, dass ich gewillt bin, das Problem zu erfassen und darauf zu reagieren, konnte ich ihr einen schönen und wichtigen Augenblick in der Beziehungsgestaltung mit ihrer Familie geben.

### **Reflexion:**

Immer, wenn ich XY gepflegt habe, ging ich mit einem unguuten Gefühl nach Hause. Ich fühlte mich unzufrieden mit meiner Leistung und meinen Möglichkeiten, die ich ihr bieten konnte. Weiter ist die gesamte Situation auf der Abteilung unbefriedigend, da XY bei uns nicht an der „richtigen Stelle“ ist. Sie sollte in einer „Neurorehabilitation“ sein, wo man sie gezielt fördern könnte, weil die Pflegenden dort das bessere Fachwissen, die Therapeuten mehr Erfahrung haben und die Infrastruktur für Patienten mit SHT ausgerichtet ist. Dies ist im Moment nicht möglich, da die Rehabilitationszentren keinen freien Platz haben. Dies ist ein Grund, weshalb ich nach der Arbeit immer das Gefühl hatte, XY nicht gerecht geworden zu sein. Als wir das Modul „Beziehungen in der Pflege“ in der Schule bearbeiteten, habe ich angefangen, kleine Handlungen in die Pflege einfließen zu lassen. Die „Basale Stimulation“® gab mir ein Instrument, mit welchem ich den Eindruck hatte, für XY etwas Wichtiges und Gutes zu tun. Ich hatte die Möglichkeit, meine Pflegehandlungen zu begründen und den Sinn zu finden, weshalb ich diese Handlung, z. B. am Abend ein Zelt bauen und eine blaue Lampe anschalten, mache. Die „Caring - Dimensionen“ haben mir geholfen, meine Gefühle und meine Unsicherheiten zu verstehen. Ich erkannte, dass ich mich voll und ganz auf eine Patientin wie XY einlassen muss, mich mit ihr auseinandersetzen muss, dass ich erst einen für mich befriedigenden Arbeitstag erlebe, wenn ich mich auf XY einlasse und mit ihr leide oder mich an kleinen Fortschritten freuen kann, sei es auch „nur“, wenn sie ruhig schläft.

Aus diesem Grund lassen sich die „Caring - Dimensionen“ und die zentralen Ziele der „Basalen Stimulation“® gut miteinander verbinden. Durch das Konzept „Basale Stimulation“® lernte ich Angebote, welche ich individuell und nutzbringend anbieten konnte. Die „Caring - Dimensionen“ halfen mir zu verstehen, weshalb ich mich bei der Pflege von XY „nicht gut fühlte“.

## **5. Schlussfolgerungen**

Aufgrund der Analyse und Reflexion unserer Erfahrungen und den daraus resultierenden Ergebnissen können wir unsere konkrete Fragestellung wie folgt beantworten:

- Jedes zentrale Ziel der „Basalen Stimulation“® lässt sich mit mindestens einer „Caring - Dimension“ verknüpfen.
- Das zentrale Ziel widerspiegelt ein primäres Bedürfnis des Patienten in seiner aktuellen Situation. Die „Caring - Dimension“ beschreibt eine Haltung der Pflegenden.
- Grundsätzlich würden wir die Aussage wagen, dass die 12 „Caring - Dimensionen“ Voraussetzungen sind, um mit den zentralen Zielen der „Basalen Stimulation“® zu arbeiten. Sie sind abhängig voneinander.

## **7. Literaturverzeichnis / Quellenangaben**

- Foto Titelseite: Luise Pfluger
- Röthlisberger, E. (2008).  
Unterrichtsunterlagen „Caring“. Modul Beziehungen in der Pflege.  
Schule Weiterbildung in Intensivpflege. Berner Bildungszentrum Pflege. Kurs DL 14.
- Röthlisberger, E. (2008).  
Unterrichtsunterlagen „Basale Stimulation“®. Modul Beziehungen in der Pflege.  
Schule Weiterbildung in Intensivpflege. Berner Bildungszentrum Pflege. Kurs DL 14.
- Schmid, S. (1994).  
Caring: Ein beständiger und professioneller Pflegeinhalt.  
Höfa II Diplomarbeit. Aarau.
- Werner, B. (2002).  
Konzeptanalyse Basale Stimulation.  
2. Auflage. Bern. Verlag Hans Huber.
- Nydahl, P. & Bartoszek, G. (2003).  
Basale Stimulation - Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker.  
4. Auflage. München - Jena. Urban & Fischer Verlag.
- Sauter, D. & Abderhalden, Ch. & Needham, I. & Wolff, St. (2004).  
Lehrbuch Psychiatrie Pflege.  
1. Auflage. Bern. Verlag Hans Huber.
- Larsen, R. (2007).  
Anästhesie und Intensivpflege für die Fachpflege.  
7. Auflage. Heidelberg. Springer Medizin Verlag.