



Verplegend führen bij het aantrekken van een vest. Vaak vergemakkelijkt een directe instap het handelen en een goede voelinformatie (hier tussen de rug en de rugleuning) het begrip.

Affolter-Model ®

In kleine stappen naar het doel.

Mensen met een hersenbeschadiging zijn vaak beperkt in hun vaardigheden, zelfs na het zoeken van adequate prikkels, om zich te kunnen redden in hun omgeving. Daarbij zijn zij vaak niet in staat hun handelen te plannen en zich aangepast te gedragen in hun situaties.

Het Affolter-model ® kan hen helpen om stap voor stap de omgeving weer beter waar te nemen.

Het is 's morgens 8 uur. De 60-jarige meneer R. loopt hulpzoekend rond op de afdeling en loopt tegen de verpleegkundige aan. Ten gevolge van zijn afasie kan meneer R. niet zeggen wat er aan de hand is. De verpleegkundige bemerkt dat meneer R. teveel crème op zijn gezicht heeft en gaat samen met meneer R. op zoek naar zijn kamer. Bij elke deur stopt meneer R. en kijkt de verpleegkundige verwachtingsvol aan. De naambordjes kan hij niet lezen. Bij zijn kamer aangekomen, herkent hij toch snel zijn zelfgemaakte tekening en gaat naar binnen. Bij de wastafel ziet de verpleegkundige het probleem. Meneer R. is zelf opgestaan en heeft met één blik op de spiegel herkend dat hij zich zou moeten scheren. Het scheermes ligt op de rand van de wastafel en de tandpasta daarnaast. Dit voorbeeld laat duidelijk zien hoe moeilijk deze kleine dagelijkse activiteiten kunnen zijn die voorheen zo geroutineerd uitgevoerd werden. Wat is er allemaal nodig om zich te scheren; scheerschuim verdelen - scheren - gezicht wassen - aftershave op gezicht doen.

Maar dat is niet alles, elke stap bestaat nog uit deelstappen bv. moet de huid voor het scheren nat gemaakt worden voordat het scheerschuim opgebracht wordt. Daarvoor is een washand uit de kast en water uit de kraan nodig. Dan de vraag: hoe kies ik het scheerschuim uit, aan welke criteria herken ik de fles. Vind ik in mijn geheugen de bijpassende herinnering?

Dit zijn allemaal vaardigheden die na een beschadiging in de hersenen verloren kunnen gaan.

Het Affolter-model biedt hier een handelwijze voor de verpleging aan om deze complexe problemen in de dagelijkse verzorging aan te gaan.

Het Affolter-Model ®

Mevr. Dr. Felicie Affolter (ontwikkelingspsycholoog) houdt zich sinds 50 jaar bezig met waarneming en waarnemingsstoornissen, in vergelijking met de normale ontwikkeling bij kinderen. Zij is er door haar jarenlange onderzoek van overtuigd dat gevoelde interactie de basis van de ontwikkeling is en bij de organisatie in de hersenen toonaangevend betrokken is. De Amerikaanse Hersenonderzoeker Erik Kandel heeft ontdekt dat "Wat" en "Waar" in de hersenen parallel verwerkt zijn, echter in verschillende gebieden van de hersenen. Affolter beschrijft de informatie over "wat?" en "waar?" als een van de belangrijkste informatie voor het zich handhaven in het dagelijks leven. (afb. 1)

Zonder te weten waar we ons bevinden en wat er met ons gebeurt zijn we verloren en uitgeleverd. Daarom zijn onze hersenen voortdurend op zoek naar betrouwbare informatie.

Wat betekent dit voor de dagelijkse verzorging van de patiënten? Een persoon met een hersenbeschadiging door een CVA (infarct of bloeding) of een hersenletsel t.g.v. een ongeval of een andere oorzaak, is vaak in de vaardigheden gestoord, om zich in zijn omgeving te kunnen handhaven, zelfs na het zoeken van de adequate prikkels.

Op grond van dit informatietekort is de patiënt niet in staat zijn handelingen te plannen en zich in zijn situatie aangepast te gedragen. Het herleren van deze vaardigheden is hoofdzakelijk bij het uitvoeren van zijn dagelijkse behoeftes mogelijk omdat de hersenen dat leren wat het ervaart.

Omgeving vormgeven

Ruimtelijke oriëntatie begint bij het ervaren van de eigen lichaamspositie. Het voelen van de relatie tussen mijn lichaamsgrenzen en mijn omgeving zijn hiervoor dringend noodzakelijk.

Daarom moet de omgeving van de patiënt zodanig vormgegeven zijn dat hij zijn lichaamsgrenzen voortdurend zelf of met behulp van de verpleging voelen kan. Voor de positie in lig betekent dit dat de onderlaag zo stabiel mogelijk moet zijn. Harde matrassen, gedeeltelijk op de grond liggen of op een harde therapiebank bevorderen de voelinformatie.

Als tweede oriëntatiepunt moet de patiënt een begrenzing aan de zijkant ervaren. Dat kan bijvoorbeeld zo bewerkstelligd worden dat het bed met een zijkant direct aan de wand staat en de patiënt direct tegen de wand ligt. Hetzelfde effect kunnen we bereiken door de bedligging langs een stabiel bedhek of tegen stevige kussens of schuimrubber blokken die gebruikt worden voor de bedligging.

In zitpositie is het van belang er op te letten dat de zitting stabiel is en de voeten goed op de grond staan. Als begrenzing aan de zijkant kan weer de muur of een stabiel meubelstuk dienen. Het zitten op een stoel, aan een tegen de wand staande tafel heeft bij voldoende rompbalans de voorkeur boven het zitten in een rolstoel.

Begrip verschaffen door “verplegend” führen:

Bij zwaar hersenbeschadigde patiënten is het eerste doel, de verpleging zodanig vorm te geven dat het verloop van de activiteiten met begrip gevolgd kan worden. Dat betekent dat de patiënt het handelen van de verpleging kan begrijpen zonder angst, stress of verhoogde spierspanning te ontwikkelen. De verpleging handelt daarbij zo dat de patiënt voortdurend kan voelen “wat” er met hem gebeurt en “waar” hij zich bevindt. Een goed gekozen uitgangspositie van de patiënt is hierbij een voorwaarde. Ook een kind in de ontwikkeling kan niet direct zitten of staan maar probeert eerst te rollen of te schuiven voordat het kan zitten.

Zo is het zinvol om in ligpositie te beginnen en te proberen, bijvoorbeeld tijdens wassen in zijlig, de patiënt tegen een stabiele zijkant (bedhek met stabiele blokken) te schuiven. Steeds wordt er tussen het wassen/drogen (“wat”?) en het zoeken van informatie m.b.t. de positie (“waar”?) afgewisseld. (afb.2)



Verplegend führen bij het aantrekken van een broek. Met duidelijke voelinformatie wordt de broek over het rechter been getrokken. Dan volgt een zoeken van informatie met betrekking tot de positie en daarna wordt de broek over het linker been getrokken.

Ook positieveranderingen zullen nagestreefd worden bijvoorbeeld van zijlig naar ruglig, waardoor de patiënt zichzelf weer beter kan waarnemen. Deze veranderingen (“waar”?) vinden niet geïsoleerd plaats maar zijn ingebouwd in een handeling, bijvoorbeeld tijdens het aantrekken van een broek. Hierin merk je of de patiënt het verloop met begrip volgt. Hij is opmerkzaam of de spiertonus past zich aan.

Derhalve zou een hogere uitgangspositie - zitten - gekozen kunnen worden.

Wanneer het mogelijk is de uitgangspositie van de patiënt zekerder te maken met behulp van stevige schuimrubberen blokken kan de patiënt het “Waar” ook beter waarnemen.

Ook in zit zal men er op moeten letten dat de patiënt door het “stopfen” mogelijk voelt welke handelingen bij hem verricht worden. (afb.3) Het is bijvoorbeeld zinvol bij het aantrekken van een T-shirt de arm niet van de onderlaag weg te nemen maar de mouw tussen de hand en het matras door, over de arm naar de schouder te schuiven. Daarbij is het steeds belangrijk erop te letten dat tussen de informatie “wat gebeurt er?” en “waar ben ik?” afgewisseld wordt.

Afb.1 Informatie voor het "zurechtfinden" in het dagelijksleven

WAT?: wat gebeurt er nu, wat is de handeling, waar gaat het om, wat moet ik nu doen, wat heb ik of wat is er in mijn omgeving veranderd, welke werking heeft het gehad?

WAAR?: waar bevind ik me, in welke positie bevind ik me? Waar kan ik mijn betrouwbare omgeving voelen, waar voel ik de onderlaag en waar voel ik de begrenzing aan de zijkant, waar ben ik in relatie tot de omgeving?

Afb.2 Informatie zoeken

Gevoelde informatie over het "Waar?" kunnen door de beschadigde hersenen vaak niet geïntegreerd worden, daarom helpen wij de patiënt erbij. Door kleine bewegingen tussen het zitvlak en de onderlaag (licht schommelen) zal de patiënt voelen waar hij zich in de omgeving bevindt.

Problemen oplossen door elementair "führen" volgens Affolter

Wanneer de patiënt in zijn revalidatie zodanig vooruitgegaan is dat hij fundamentele verrichtingen met begrip volgen kan, worden zijn handen meer en meer in het verloop van de handeling geïntegreerd. Dat betekent bijvoorbeeld dat wanneer de patiënt bij het scheren zijn hoofd goed meebeweegt het tijd wordt dat hij met zijn handen zelf de scheerschuim opent en de scheerschuim over zijn gezicht verdeelt. Hier kan met elementair "führen" gestart worden terwijl de patiënt een relevant voorwerp in de hand gedrukt wordt (afb. 4) Zo is de patiënt meteen met zijn aandacht op de handeling gericht en afweer of onbegrip verdwijnt.

De handen van de verplegende "führen" de handen van de patiënt. Met de rechter hand de rechter hand van de patiënt, met de linker hand de linker hand van de patiënt. Daarbij is het belangrijk naast de patiënt te staan (of te zitten) of achter hem te staan/zitten. Afwisselend wordt de linker en de rechter hand geführt, hierbij krijgt de patiënt veel informatie over hetgeen hij op dit moment doet. Hij moet zelf overwegen wat er als volgende stap gebeurt en welk voorwerp hij daarbij nodig heeft. Omdat de verpleging tijdens het führen niet spreekt moet de patiënt zelf nadenken en eigen plannen ontwikkelen (afb. 5). Opdat de patiënt niet alleen informatie met betrekking tot het "wat" verkrijgt zal hem elke keer voordat de andere hand geführt wordt door een informatiezoeken getoond worden "waar" hij zich bevindt. Juist bij patiënten met plannings- of apractische problemen is het belangrijk vooraf goed na de activiteit te doordenken.



Elementair führen bij het scheren. De linker hand opent de dop en na het zoeken van informatie m.b.t. het "Waar" drukt de rechter hand de scheerschuim eruit.

Stap voor stap

Ons dagelijks leven bestaat uit vele kleine routines en gewoontes. We denken er niet over na hoe zal ik me vandaag douchen of hoe zal ik koffiezetten. Voor de patiënt kunnen dit toch essentiële vragen zijn. Een dichte tube tandpasta kan voor de patiënt al een onoplosbaar probleem zijn. Ze weten de structuur van de dagelijkse activiteiten niet meer. (afb.6)

Het Affolter-Model helpt om de NAH-patiënt te begrijpen en verder te helpen. De ernstig gestoorde patiënt kan door middel van het verplegend führen geholpen worden, zijn omgeving beter waar te nemen. Hij kan begrijpen wat er met hem gebeurt en door het ervaren van de dagelijkse handelingen als bedligging of wassen weer het dagelijks leven terug te vinden. De door de revalidatie verbeterende patiënt kan men leren zijn leven weer in eigen hand te nemen.

Afb.4 Directe nabijheid

De hersenen verwerken prikkels, die direct aan het lichaam gevoeld worden, vaak beter dan voorwerpen die alleen door de persoon gezien worden of met de persoon besproken zijn. Dat helpt ons, de patiënt de situatie sneller duidelijk te maken.

(bijvoorbeeld de patiënt een fles in de hand geven betekent "ik moet drinken").

Afb. 5 De capaciteit van informatieverwerking

Door te spreken tijdens het führen wordt van de patiënt vaak teveel geëist en kan de gevoelde interactie dan moeilijker verwerken en opslaan

Afb.6 De structuur van dagelijkse activiteiten

Vele kleine stappen leiden ons tot een subdoel en meerdere subdoelen leiden ons tot de oplossing van een probleem.

Door elementair führen leert de patiënt, problemen te herkennen, naar informatie te zoeken en de problemen op te lossen.

De basis van deze vooruitgang is steeds weer de duidelijke informatie met betrekking tot "wat" en "waar".

Wij als verplegenden moeten ons nog verder verdiepen in het verloop van de afzonderlijke handelingen. Alleen als we stap voor stap samen met de patiënt zijn problemen oplossen zal hij weer leren zichzelf te verzorgen.

Voor literatuur en meer informatie over het Affolter-Modell[®] cursussen :

www.therapiezentrum-burgau.de

www.affolterteam.de

www.apwschweiz.ch

Auteur:

Jürgen Söll, docent verpleegkunde, Affolter-cursusleider

Therapiezentrum Burgau

e-mail: j.soell@therapiezentrum-burgau.de

Artikel is gepubliceerd in: Die Schwester Der Pfleger 46.Jahrg. 06/07

Vertaling door:

Marioline Boerrigter, ergotherapeut, Affoltertherapeut

Heliomare Revalidatie

Wijk aan Zee

e-mail: marioline.boerrigter@heliomare.nl