

**Wie erlebt der bewusstseinsingeschränkte Patient die
Intensivstation?
Traum oder Wirklichkeit**

Hausarbeit für die mündliche Abschlussprüfung in der
Intensiv – und Anästhesiefachweiterbildung



(vgl. 14 S.6)

Gliederung

1. Einleitung.....	1
2. Das Erleben des bewusstseinsingeschränkten Patienten.....	3
3. Einflussfaktoren auf das Erleben des Patienten.....	4
4. Konsequenzen für die Pflegenden.....	5
5. Die spezielle Funktion der Angehörigen für den Patienten.....	6
6. Schlusswort.....	6
7. Literaturverzeichnis.....	8
8. Anhang.....	

1. Einleitung

Auf der Intensivstation ist der Umgang mit bewusstseinsingeschränkten Menschen Alltag. Die Kommunikation und der Dialog im herkömmlichen Sinn, sind hier nicht mehr gegeben. Es findet eine andere Art der Kontaktaufnahme statt. Die Veränderung der Mimik, Gestik oder der Vitalparameter wie beispielsweise die Herzfrequenz, ist dann eine Möglichkeit des Patienten, mit der Welt in Kontakt zu treten (vgl. 6 S. 36).

Ich habe dieses Thema gewählt, da wir Pflegenden täglich mit bewusstseinsingeschränkten Patienten in Kontakt treten. Auch versucht der Patient, oft mit kleinen Zeichen, zu uns Beziehung aufzunehmen und somit auf sich aufmerksam zu machen. Bewusstlosigkeit ist nicht gleichzusetzen mit Wahrnehmungslosigkeit, aus diesem Grund sollten kleinste Zeichen des Patienten wahrgenommen und nicht verkannt werden. Diese Arbeit soll eine mögliche Hilfe bieten, sich in das Erleben des Patienten hineinversetzen zu können. Auch die möglichen Einflussfaktoren auf das Erleben, werden in der Facharbeit beleuchtet. Gleichzeitig zeigt diese Umgangsmöglichkeiten für Pflegende mit dem Patienten und geht auf die wichtige Stellung der Angehörigen ein.

2. Das Erleben des bewusstseinsingeschränkten Patienten

Der Aufenthalt auf der Intensivstation ist für den Patient eine kritische und lebensbedrohliche Situation (vgl. 1 S. 95). Durch schwere Erkrankungen oder langen Krankenhausaufenthalt, wird die Interaktion zur Umwelt für den Patienten schwierig bis unmöglich. Die Intensivstation kann eine reizarme Umgebung sein, genau so aber auch eine stressige und oft überfordernde Atmosphäre bieten. Wenn das gesprochene oder geschriebene Wort nicht mehr möglich ist, verbleiben diesen Patienten dennoch viele positive Fähigkeiten. Zu nennen wäre da das Wahrnehmen der körperlichen Empfindung, das Wahrnehmen der Umgebung, mit dem Körper zu kommunizieren, das Lernen von sozialen Kompetenzen und auch das kommunikative Potential das der Patient besitzt. Trotz dieser Fähigkeiten kann es zu einem nicht differenzierten Wahrnehmen kommen. So ist z.B. die Stimme der Krankenschwester die einer Bekannten, die Geräusche des Hämofilters sind die einer Melkmaschine des hauseigenen Kuhstalls und das Liegen

auf der Weichlagerungsmatratze nimmt die Bedeutung einer Schiffsreise an (vgl. 11 S. 258, 260). Nicht selten wird auch das Sprudeln des Sauerstoffes als Regen oder als ein Bach interpretiert. Der Patient ist umgeben von vielen Geräuschen, da ist es schwer eine reale Wahrnehmung zu behalten. Da man als Betrachter von außen sich niemals ganz in das Erleben des Patienten hineinversetzen könnte, wurden viele Studien und Interviews mit ehemaligen Intensivpatienten durchgeführt. So wurde eine Gruppe von 360 Patienten, mittels eines anonym quantitativen Fragebogens zu ihrem Aufenthalt befragt. Die 178 Personen die antworteten gaben u. a. an, dass sie sich hilflos fühlten, durch das ständige auf dem Rücken liegen, nur die Decke anstarren, der Informationsmangel und durch die mangelnden Verständigungsmöglichkeiten. Als Hauptbelastungsfaktoren kamen noch ein ständiges Durstgefühl, Schmerzen, fehlendes Körpergefühl und Schlafmangel hinzu. Nennenswert ist auch die Verwechslung von Traum und Wirklichkeit durch fehlendes Zeitgefühl und Gedächtnislücken (vgl. 12 S. 250-252). In der Literatur findet man einige Studien, die sich mit dem Erleben von Patienten auf der Intensivstation befassen. Es wird deutlich, dass bei den Patienten ein Gefühl der Leere herrscht. Sie geben an, wie in einem „*Nichts*“ (1 S. 97) zu sein, sie nahmen weder ihre Umgebung noch ihren Körper wahr. Durch die fehlende Möglichkeit der Eigenbewegung, reduziert sich der Informationsfluss über den Körper und die Wahrnehmung wird immer undeutlicher. Orientierungsstörungen und Identitätskrisen könnten die möglichen Folgen dieser unzureichenden Körperwahrnehmung sein. Wenn ein Mensch, beispielsweise seinen Körper nach nur 30 Minuten stillen Liegen auf einer weichen oder harten Unterlage zeichnet, so ist der Körper nur noch einem Kreis ähnlich (vgl. 1 S. 97, 10 S. 20/21). Viele Patienten erinnerten sich auch an düstere Träume bis hin zu Albträumen. Einige waren sich nicht sicher, ob diese real oder nur ein Traum waren. Bei einer systematischen Befragung von Patienten, die aus dem Koma wieder erwacht waren, erinnerten sich zwischen 37% und 53% an Gefühle, Träume und Wahrnehmungen während der Bewusstlosigkeit (vgl. 7 S. 5). Der Neurochirurg Herr Zieger, berichtete auch z.B. den Fall einer 41 Jährigen Patientin, die nach einer neurochirurgischen Operation, Tage lang tief bewusstlos war. Als man an ihr Bett trat und zu ihr sprach, setzte ihre Atmung kurz aus, dann stieg ihre Atemfrequenz, die Herzfrequenz und ihre allgemeine Aktivität (vgl. 7 S. 5/6).

Auch aus der eigenen praktischen Erfahrung kann ich über solche Vorkommnisse berichten. Der Anstieg des Blutdruckes oder der Herzfrequenz z.B. bei Besuch von den Angehörigen, ist nicht selten. Patienten erlebten laut Berichten aber nicht nur das Gefühl von Chaos und Leid, sondern auch das angenehme Gefühl des beruhigt Werdens und der Sicherheit. Sie entwickelten ein Gefühl des Vertrauens, wenn ihnen z.B. die Umpositionierung im Bett von der Pflegekraft erklärt wurde. In allen Untersuchungen ist aber auch zu erkennen, dass der Großteil der Patienten sich im Nachhinein sicher, gut betreut und verstanden gefühlt haben (vgl. 12 S. 250, 1 S. 102, 10 S. 221).

3. Einflussfaktoren auf das Erleben der Patienten

Nun stellt sich die Frage, ob bestimmte Voraussetzungen einen Einfluss auf das Erleben des Patienten haben. Da wäre als erstes die Einstellung des Patienten vor dem Intensivstationaufenthalt zu nennen. *“ Elsbernd und Glane (1996) stellen fest, dass die Vorerfahrungen, Motive und Einstellungen des Menschen eine wichtige beeinflussende Rolle spielen“* (2 S. 1). Auch die Art der Aufnahme auf die Intensivstation nimmt Einfluss auf das Erleben. So kann sich der Patient mit einem geplanten Eingriff, schon auf den Aufenthalt auf der Intensivstation vorbereiten. Er kann das medizinische Personal im Vorab befragen und geht mit weniger Informationslücken und weniger Angst in die Situation. Wohingegen der Notfallpatient sich nicht vorbereiten kann. Bei interviewten Patienten stellte sich raus, dass das Ausmaß der Erinnerungslücken und Orientierungsbeeinträchtigungen abhängig waren, von dem erlebten Zeitraum vor der Bewusstlosigkeit und nicht von der Dauer dieser. Patienten, die ihre lebensbedrohliche Situation vorher richtig wahrgenommen hatten, fanden die Erinnerungslücken weniger beeinträchtigt, als die Patienten die sich plötzlich in der Situation befanden. Einfluss auf die Erinnerung scheint aber auch die Analgosedierung zu haben. So konnten sich weder die Patienten erinnern, die sich vorher mit der Situation unfassend auseinandergesetzt hatten, noch die plötzlich eingelieferten Patienten, wenn sie zur Aufnahme sofort analgosediert wurden. Dieses hatte dann wieder belastende Träume und Orientierungsstörungen zur Folge (vgl. 1 S. 151). Es ist auch zu bedenken, wenn Patienten medikamentös sediert sind, erfassen sie ihre Umgebung nur wenig und sie reagieren oft nur auf taktile Reize (vgl. 8 S. 14). Ich gehe davon aus,

dass die Lebensphase, das Alter, der soziale Rückhalt und das bereits Erlebte ebenfalls großen Einfluss auf das Erlebte im „Tiefschlaf“ nimmt. So schreibt Herr Bernd Steins in einem Bericht über seine Erinnerungen aus dem Koma, dass manches was er erlebt hat, mit seinem Leben zuvor zusammenhängt und mit seinem ausgeübten Beruf (vgl. 13 S. 48).

4. Konsequenzen für die Pflegenden

Die Faktoren, die die Patienten bei ihrem Intensivstationaufenthalt als belastend empfunden haben, wurden in einigen Literaturen festgehalten. Die Belastungsfaktoren wurden teilweise auch genauer benannt. Es kristallisiert sich raus, dass die Hälfte der befragten Patienten berichten, sie hätten eine deutlich lesbare Uhr und Namensschilder als hilfreich empfunden. Ebenfalls 50% gaben an, dass sie gern mehr Informationen über ihre Diagnose und ihren Genesungsprozess erhalten hätten (vgl. 12 S. 252). Da die Patienten, die in ihrem Bewusstsein eingeschränkt sind, sich nicht oder nur wenig äußern können, geht man davon aus, dass sie die gleichen Faktoren beeinträchtigen. Das heißt für die Pflegenden eine ständige Information über Datum, Uhrzeit und Namen der Person, die gerade mit dem Patienten spricht. Besonders wichtig ist es, dem Patienten mitzuteilen, warum er sich auf der Intensivstation befindet. Dies wird natürlich in verständlicher Leihensprache durchgeführt. Wir nehmen die Stellung eines „*Erinnerungsvertreters*“ (2 S. 9) für den Patienten ein. Es ist auch bekannt, dass die Patienten einen fehlenden Tag-Nacht-Rhythmus haben, eine hohe Lichtbelästigung und chronischen Schlafentzug (vgl. 5 S. 6, 2 S. 9). In diesem Fall sollte das Pflegepersonal darauf achten, dass der Tag-Nacht-Ablauf so normal wie möglich gestaltet wird. Das heißt, wir geben dem Patienten nachvollziehbare Strukturen und individuelle Normalität. Dieses ist mit einer guten pflegerischen Anamnese zu verwirklichen. Weiterhin sollte ein Sinnzusammenhang in der durchgeführten Pflege vorhanden sein und dem Patienten muß die Umwelt und der eigene Körper wieder in Erfahrung gebracht werden. Dies kann bei dem Patienten über Bewegung, über Spüren und über Nähe geschehen (vgl. 11 S. 260/261, 6 S. 37). Durch die Pflege, kann das verloren gehen der Wahrnehmung aufgehoben oder vermieden werden (vgl. 3 S. 47). Um das Vertrauen des Patienten zu verdienen und somit eine ganzheitliche Pflege zu ermöglichen, ist es wichtig,

dass das gesamte medizinische Personal den Patienten ernst nimmt in allem was er zeigt und macht. Das beinhaltet speziell bei dem bewusstseinsingeschränkten Patienten das Reflektieren des Gesehenen. Im Bezug auf das Ernstnehmen, möchte ich ein Beispiel aus dem Erfahrungsbericht eines aus dem Koma erwachten Patienten nennen. Dieser antwortete nicht auf die Frage, ob er weiß, wo er sei. Er fühlte sich mit dieser Fragestellung nicht ernst genommen und als Kind deklariert.

Die Aussage, dass er sich z.B. auf der Herzintensivstation im UKE befindet, hätte dem Patienten durchaus mehr geholfen (vgl. 13 S. 51, 80).

Weiterhin sollten alle Versprechen gehalten werden, die dem Patienten gegeben worden sind und jedes angekündigte Vorhaben sollte zeitnah geschehen. Die Wirklichkeit für den Patienten ist das, was gerade geschieht (vgl. 2 S. 9/10).

5. Die spezielle Funktion der Angehörigen für den Patienten

Eine wichtige Rolle spielen die vertrauten Bezugspersonen. Auf der Intensivstation verändert sich besonders für bewusstseinsingeschränkte Patienten die Sozialerfahrung. Es besteht die Gefahr, dass diese sich isolieren, zurückziehen und abkapseln. Dies kann zu einer weiterer Reduzierung der Fähigkeit, Dinge wahrzunehmen und zu erkennen führen und damit zur Verstärkung zeitlicher Desorientiertheit und dem Gefühl das frühere Erlebnisse wieder Wirklichkeit sind (vgl. 11 S. 259). Damit es den Patienten besser geht, sollten wir den Angehörigen ermöglichen, positiv zu der Genesung ihrer Lieben beizutragen.

Hierbei ist es wichtig, den Bezugspersonen das Umfeld Intensivstation nah zu bringen, diese vollständig über den Gesundheitszustand aufzuklären und ihnen mitzuteilen, welche Umstände sie erwarten. Die Anleitung der Angehörigen ist wichtig, um ihnen die Berührungängste zu nehmen und um ihnen aufzuzeigen, welche Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme für sie vorhanden sind. Die Angehörigen sollten dazu animiert werden, persönliche Dinge des Patienten mitzubringen. Dies betrifft nicht nur die Kulturtasche, sondern auch Bilder, Lieblingsmusik und andere Dinge die dem Patienten wichtig sind (vgl. 4 S. 1- 3). Die Angehörigen übernehmen die Rolle des Verbindungsgliedes zur Außenwelt ein und sichern damit das Überleben des Patienten. Sie können viel mehr als die Pflegenden Erinnerungslücken füllen.

Angehörige sind vertraut, geben emotionalen und praktischen Beistand. Der emotionale Beistand, zeigt dem Patienten u. a., dass die Bezugsperson da ist und er bekommt damit ein Gefühl der Sicherheit vermittelt. Schutz, Wärme und Geborgenheit erfahren die Patienten am besten, wenn sie von ihren Angehörigen berührt und gepflegt werden. In Interviews von ehemaligen Intensivpatienten, die auch von ihren Angehörigen gepflegt wurden, stellte sich raus, dass es positiv für ihr Wohlbefinden war, wenn Bezugspersonen und Pflegenden ein Team gebildet hatten. Die Patienten nahmen die intensivste Pflege, von ihren Angehörigen wahr. Bezugspersonen sind kein Besuch, sondern geben Identität und Vertrautheit wieder. Dies ist in dieser existentiellen Krise, die der Patient erlebt, sehr wichtig (vgl. 1 S. 177–210).

Es gibt Studienergebnisse, die vermuten lassen, dass die Angehörigen auch bei einer Reanimation anwesend bleiben sollen. Als Argumente dafür, werden wieder die Unterstützung und die Hilfe für den Patienten angegeben, die vom Angehörigen ausgeht. Eine weitere Erkenntnis ist, dass die Patienten sich weniger sorgten, wenn ihre Angehörigen im Notfall anwesend waren (vgl. 9 S. 2/3). Ich denke, dies spiegelt die wichtige Stellung der Angehörigen wieder. Wenn es das Erleben und das Befinden des Patienten im allgemeinen, aber auch insbesondere des bewusstseinsingeschränkten Patienten verbessert, sollte es selbstverständlich sein, die Angehörigen mit in die Pflege zu integrieren.

6. Schlusswort

Zusammenfassend ist zu sagen, dass wir nur einen Eindruck von der Erlebniswelt eines bewusstseinsingeschränkten Patienten bekommen, wenn wir erwachte b.z.w. wache Patienten nach ihrem erlebten befragen. In dem Patienten herrschen Gefühle wie Chaos, Angst und die Ungewissheit ob das gerade Erlebte Wirklichkeit oder ein böser Traum ist. Die Pflegenden, können dem Patienten u. a. durch Strukturierung der Abläufe, gutes beobachten und danach handeln und durch Integration ihrer Lieben einen Teil der Wirklichkeit wieder geben. Der bewusstseinsingeschränkte Patient ist auf professionelle Pflege angewiesen. Weiterhin sollten auch immer die (vor)herrschenden Einflüsse mit beachtet werden, denn diese beeinflussen das Erleben. Abschließend möchte ich sagen, dass wenn wir genau hinschauen, uns der Patient genauso viel zurück schenkt, wie wir ihm geben.

7. Literaturverzeichnis

1. Abt – Zegelin, Angelika: Fokus: Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Critical Care Nursing. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2004.
2. Besendorfer, A.: II- 4.5 Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen. 16. Erg. In: Handbuch der Intensivpflege. Meyer, G; Friesacher, H; Lange: Dortmund, 6/2004.
3. Bienstein, Christel; Fröhlich, Andreas: Bewußtlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte. 2. Auflage. Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1994.
4. Dr. Frey; Bayrischer Rundfunk: Angehörige. Downloade vom 09.07.2007. <http://www.br-online.de/umwelt-gesundheit/thema/intensivstation/angehoerige.xml?th...>
5. Geisler, Linus: Gespräche in der Intensivstation. Standortbestimmung. Die 4 Wirklichkeiten. Die Wirklichkeit des Patienten. Downloade vom 09.07.2007. http://www.linus-geisler.de/ap/ap28_intensiv.html
6. Gustorff, Dagmar; Hannich, Hans- Joachim: Jenseits des Wortes. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Hubert, 2000.
7. Hannich, H.-J.; Dierkes, B.: Ist erleben im Koma möglich? „In“: intensiv, Heft 4, 1996: S. 4-7.
8. Hannich, H.-J.; Wendt, M.; Lawin, P.: Psychosomatik der Intensivmedizin. Symposium in Münster. New York: Georg Thieme Verlag Stuttgart, 1983.
9. Körberich, Stefan: Anwesenheit von Angehörigen während einer kardio-pulmonalen Reanimation. In: intensiv, 13, 2005: S. 215-220.
10. Nydahl, Peter; Bartoszek, Gabriele: Basale Stimulation. Neue Wege in der Intensivpflege. 3. vollständig überarbeitete Auflage. München; Jena: Urban & Fischer Verlag, 2000.
11. Nydahl, Peter: Basale Stimulation in der Intensivpflege: Dem Patienten eine elementare Kommunikation anbieten. In: Pflegezeitschrift, Heft 4/99 Jahrgang 52: Seite 257-261.

12. Nydahl, P.: Wie erleben Patienten die Intensivstation? Eine pflegerische Studie. In: intensiv, Heft 4, 1996: S. 250-254.
13. Strätling-Tölle, Helga: 50 Tage intensiv. oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag GmbH, 2000.
14. Zieger, Andreas: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft Nr.6/98. Downloade vom 11.06.2007. <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh6-98-grenze.html>

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbständig, unter
Hinzuziehung der genannten Literatur erstellt wurde.

Hamburg, den 15.08.2007

Michaela Nebel