

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG IN DER
INTENSIVPFLEGE**

22. April 2014 bis 30. Oktober 2014

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Zwischen Unwissenheit und Technik

Die Intensivstation aus Sicht der Angehörigen

vorgelegt von: Verena Strauß
DOKH Friesach
Intensivstation

begutachtet von: MMag. Martina Allesch

April/2014



Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit dem der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Verena Strauß

Friesach, 13. August 2014

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Abschlussarbeit, welche im Rahmen der Sonderausbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege verfasst wurde, widmet sich der Thematik der Angehörigenbetreuung. Der Stellenwert der Angehörigenbetreuung steigt. Die Intensivpflege beschränkt sich längst nicht mehr auf die Pflege des schwerkranken Menschen, sondern schließt auch dessen Umfeld mit ein. Häufig wird die Angehörigenbetreuung als Zusatzbelastung für das Intensivpflegepersonal wahrgenommen, da diese viel Zeit in Anspruch nimmt und das bei knappen Personalressourcen. Daher befasst sich diese Arbeit mit Rahmenbedingungen, die vorhanden sein müssen, um Angehörigen die Auseinandersetzung mit der schweren Erkrankung ihres Angehörigen auf der Intensivstation zu erleichtern und somit Zeitressourcen beim Intensivpersonal zu schaffen.

INHALTSVERZEICHNIS

0	VORWORT	7
1	EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMDARSTELLUNG	9
2	DAS DEUTSCH ORDENS KRANKENHAUS FRIESACH	10
3	DIE INTENSIVSTATION	12
3.1	Definition	12
3.1.1	Interdisziplinäre Intensivstationen	12
3.1.2	Fachspezifische Intensivstationen	13
3.2	Intensivmedizin	13
3.3	Aufbau und Organisation	13
3.4	Personalausstattung	14
3.5	Technische Ausstattung	15
3.6	Hygiene	15
3.7	Zusammenfassung	16
4	DER ANGEHÖRIGE IN INTERAKTION MIT DER INTENSIVSTATION	17
4.1	Definition Angehöriger	17
4.2	Verändertes Erscheinungsbild des Angehörigen	18
4.3	Der Angehörige in Interaktion mit der Technologie	19
4.4	Krise des Angehörigen	21
4.5	Bedürfnisse der Angehörigen	21
4.6	Zusammenfassung	22
5	RAHMENBEDINGUNGEN	23
5.1	Warteraum	24
5.2	Informationsbroschüren	25
5.3	Homepage	25
5.4	Infotafeln	26
5.5	Besuchszeiten	26
5.5.1	Geschlossene Besuchszeiten	27
5.5.2	Offene Besuchszeiten	27
5.6	Gegensprechanlage	28

5.7	Psychologe	29
5.8	Seelsorger.....	31
5.9	Leitlinien zur Kommunikation.....	31
5.10	Regelmäßige Schulung der Mitarbeiter.....	33
5.11	Intensivtagebuch	34
5.12	Zusammenfassung	34
6	ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG	36
7	LITERATURVERZEICHNIS.....	38

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: DOKH Friesach.....	10
---------------------------------	----

0 VORWORT

Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit im Deutsch Ordens Krankenhaus Friesach, die ich seit nunmehr vier Jahren ausübe, wurde mir bewusst, welchen Wissens- und Informationsdurst Angehörige von Intensivpatienten haben. Tagtäglich werden von Angehörigen dieselben Fragen gestellt, ununterbrochen läutet die Besucherglocke, Besuchszeiten werden nur schlecht akzeptiert und in langen Gesprächen mit dem Angehörigen lässt sich bei dem einen oder anderen auch die psychische Belastung erkennen.

Nachdem ich selbst schon Angehörige eines Intensivpatienten war und das Gefühl der Hilflosigkeit, die Angehörige empfinden, nicht nur erahnen kann, sondern selbst auch empfunden habe, obwohl mir die Intensivstation kein Fremdwort ist, stieg mein Bedürfnis mich dieser Thematik im Rahmen meiner Abschlussarbeit zu widmen. Die Betreuung eines Intensivpatienten schließt die Betreuung der Angehörigen mit ein und der Stellenwert der Angehörigenbetreuung in der Intensivpflege steigt, denn gut aufgeklärte und informierte Angehörige können am Heilungsprozess des Intensivpatienten mitwirken oder Leiden lindern, wohingegen verunsicherte, unaufgeklärte Angehörige einen eher negativen Einfluss auf die Heilung des Patienten haben. In einer Zeit, in der Personalressourcen knapp sind und das Arbeitspensum hoch ist, keine leichte Aufgabe.

Diese Arbeit befasst sich daher mit Rahmenbedingungen, die vorhanden sein müssen, um den Angehörigen des Intensivpatienten die Auseinandersetzung mit der schweren Erkrankung ihres Angehörigen zu erleichtern. Das erste Kapitel verschafft einen groben Einblick in das komplexe Fachgebiet der Intensivstation. Termini werden erläutert und der Aufbau einer Intensivstation wird geschildert. Das zweite Kapitel befasst sich mit den Angehörigen in Interaktion mit der Intensivstation. Die Eindrücke, die Angehörige durch die Intensivstation erhalten, werden gebündelt zusammengefasst und Bedürfnisse von Angehörigen werden benannt. Ebenso wird auf die Gefahr einer Krise des Angehörigen hingewiesen. Was für das Personal einer Intensivstation der normale Alltag ist, ist für den Angehörigen eines Intensivpatienten sehr befremdlich und angsteinflößend.

Daher beschäftigt sich das dritte Kapitel mit Rahmenbedingungen, welche im vorab Ängste abbauen und einen positiven Zugang zur Intensivstation beim Angehörigen schaffen. Das Kapitel erstreckt sich von der ansprechenden Warteraumgestaltung bis hin zum Intensivtagebuch und schließt auch Leitlinien zur Kommunikation mit ein. Weiters werden Hilfestellungen für Angehörige erläutert, wenn diese durch die ungewohnte Situation in eine Krise geschleudert werden.

Einen besonderen Dank möchte ich an dieser Stelle meinem Partner Florian Auer aussprechen, der mich während der gesamten Dauer der Ausbildung tatkräftig unterstützt hat und mir auch beim Korrekturlesen der Abschlussarbeit eine große Hilfe war. Ebenso möchte ich meiner Betreuerin Frau MMAG Martina Allesch danken, da sie mir immer mit Rat und Tat zur Seite stand. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit auf die Verwendung von geschlechterspezifischen Bezeichnungen verzichtet, wobei immer beide Geschlechter angesprochen werden.

Friesach, 11. Juni 2014

Verena Strauß

1 EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMDARSTELLUNG

„Es erschlägt einen geradezu, wenn man die vielen Apparate sieht, die fast den ganzen Raum auszufüllen scheinen, etwa zwanzig Perfusoren, mehrere Infusionen, einen Bildschirm, über den ohne Unterlass farbige Linien laufen, einen Apparat mit Abkürzungen, Zeichen und Zahlen, die für Laien böhmische Dörfer sind, einen ständig Geräusch abgebenden Respirator“ (Schäfer 2012, S. 65). So beschreibt eine Angehörige den Intensivplatz ihres Mannes. Für Pflegekräfte einer Intensivstation ist dies das normale Arbeitsumfeld, für Außenstehende jedoch einfach unbegreiflich und angsteinflößend.

Angehörige wünschen sich Pflegekräfte, die nicht nur den zu pflegenden, geliebten Menschen in seiner Ganzheitlichkeit erfassen, sondern auch ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen, sie ebenso ein Stück begleiten und Raum und Zeit für Kummer, Sorgen, Ängste und Trauer schaffen. Die Intensivpflege beschränkt sich längst nicht mehr auf die Pflege des Schwerkranken, sondern umfasst auch die Begleitung der dazugehörigen Familie, denn auch diese befindet sich in einer Ausnahmesituation. Daher widmet sich diese Abschlussarbeit Rahmenbedingungen auf einer Intensivstation, die vorhanden sein müssen, um Angehörigen ein Stück weit die Angst zu nehmen, ihren unstillbaren Informationsdurst zu befriedigen, sowie bei Anzeichen einer Überlastung des Angehörigen professionell reagieren zu können.

Die Fragestellung lautet daher wie folgt:

„Welche Rahmenbedingungen müssen vorhanden sein, um Angehörigen die Auseinandersetzung mit der schweren Erkrankung ihres Angehörigen auf der Intensivstation zu erleichtern?“

Die Beantwortung der Fragestellung erfolgt mittels Literaturanalyse und –bearbeitung.

2 DAS DEUTSCH ORDENS KRANKENHAUS FRIESACH

In diesem Kapitel wird ein kurzer Einblick in das Krankenhaus des Deutschen Ordens in Friesach gewährt. Das Krankenhaus besteht seit mehr als 800 Jahren und steht unter dem Motto „Helfen und Heilen“. Beim Krankenhaus des Deutschen Ordens handelt es sich um ein öffentliches Krankenhaus, das allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht (vgl. <http://www.dokh.at>).



Abbildung 1: DOKH Friesach
(<http://www.hildebrand.at>)

Dieses Krankenhaus verfügt über 205 Betten. An fünf verschiedenen Fachabteilungen wird für die bestmögliche Betreuung von Patienten gesorgt. Die innere Abteilung unter der Leitung von ÄL Prim. Dr. Felix Waidmann ist mit 118 Betten die größte Abteilung des Hauses. Dort werden im Jahr ca. 6000 Patienten stationär betreut. Entsprechend des regionalen Versorgungsauftrages bietet die Abteilung eine professionelle Basisdiagnostik und Therapie im großen Gebiet der inneren Medizin, mit besonderen Schwerpunkten auf der Gastroenterologie sowie Hepatologie. Eine große Bedeutung wird auch präventiven Untersuchungen und Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten zugeschrieben. Das Angebot wird durch die Remobilisations- und Nachsorgestation mit 24 Betten abgerundet, auf welcher Patienten wieder auf den Alltag zu Hause vorbereitet werden (vgl. <http://www.dokh.at>).

Eine weitere Fachabteilung ist die Unfallchirurgie. Diese steht unter der Leitung von Prim. Dr. Manfred Krenn. Hier wird, egal ob geplant oder nach Unfällen, mittels modernster Behandlungsverfahren das Wohlbefinden und die Freude zur Bewegung wieder hergestellt. Die chirurgische Abteilung unter der Leitung von Prim. Dr. Josef Trattnig umfasst ebenso ein breites Leistungsspektrum. Jährlich werden ca. 1800 Operationen durchgeführt, darunter die Bauch-, Schilddrüsen-, Hernien- sowie Adipositaschirurgie. Die Möglichkeit für Akuteingriffe ist durch 5 Operationssäle jederzeit gewährleistet. In den chirurgischen Ambulanzen werden jährlich weitere 1000 Patienten mit unterschiedlichen Beschwerden ambulant versorgt (vgl. <http://www.dokh.at>).

Die Radiologie, unter der Leitung von Prim. Dr. Stefan Celedin, hat die wichtige Aufgabe die Diagnostik zu erleichtern und zu verbessern. Das Krankenhaus Friesach verfügt über einen Computertomographen, sowie den einzigen Magnetresonanztomographen im Bezirk St. Veit. Die gewonnenen Bilddaten werden mittels eines Bildverarbeitungsprogrammes archiviert und sind so problemlos zwischen den Krankenhäusern oder den einzelnen Stationen des Krankenhauses austauschbar. Weitere Leistungen der Radiologie liegen in der Knochendichtemessung, der Mammographie, der Blutgefäßdiagnostik, dem digitalen Röntgen, der digitalen Durchleuchtung, sowie der Ultraschalldiagnostik (vgl. <http://www.dokh.at>).

Großer Wert wird auch auf die Anästhesie-und Intensivmedizin gelegt. Die Intensivstation unter der Leitung von Prim. Dr. Gabriele Gollmann-Marcher verfügt über 6 Intensivbetten und 4 Überwachungsbetten. Auf dieser interdisziplinären Intensivstation werden Patienten, in enger Zusammenarbeit mit den anderen Fachabteilungen des Hauses, rund um die Uhr intensivmedizinisch betreut. Ein weiterer Fokus der Anästhesie liegt ebenso in der Versorgung der Patienten mit adäquater Schmerztherapie. Dabei werden Patienten mit größeren oder schmerzhaften Operationen mit Schmerzkathetern oder Schmerzpumpen, welche individuell an den Patienten angepasst werden, ausgestattet. Nach den Operationen werden Patienten auf der Postnarkose, welche an die Intensivstation angrenzt und vom Intensivpersonal gespeist wird, betreut, bevor sie auf die Normalstation verlegt werden (vgl. <http://www.dokh.at>).

3 DIE INTENSIVSTATION

Die Intensivstation hat ihren Ursprung bereits im 19. Jahrhundert, wo Florence Nightingale während des Krimkrieges schwerkranke Soldaten zusammenlegte, um sie besser versorgen zu können. Damit geht sie in die Geschichte als Architektin der ersten Intensivstation ein (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünwald 2010, S. 2). Die Betreuung eines schwerstkranken Menschen erfordert ein hohes Maß an fachlichem Wissen und technischem sowie personellem Einsatz, welcher dem Patienten auf einer Intensivstation zukommt. In diesem Kapitel werden daher Begrifflichkeiten geklärt und ein Einblick in die Struktur und den Aufbau einer Intensivstation gegeben.

3.1 Definition

„Intensivstationen sind Spezialstationen, auf denen mit speziell ausgebildetem pflegerischem und ärztlichem Personal schwerstkranke Patienten, intensivmedizinisch, d.h. mit höchstem Aufwand, überwacht und behandelt werden“ (Larsen 2012, S. 503). Inzwischen existieren bereits die unterschiedlichsten Formen von Intensivstationen, wobei grundsätzlich zwischen interdisziplinären, also fächerübergreifenden und fachspezifischen Intensivstationen unterschieden werden kann (vgl. Larsen 2012, S. 503).

3.1.1 Interdisziplinäre Intensivstationen

Vor allem für kleinere Krankenhäuser unter 300 Betten sind interdisziplinäre Intensivstationen vorgesehen, welche allen Fachabteilungen des Krankenhauses zur Verfügung stehen (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünwald 2010, S. 10). Dort werden internistische, operative sowie nicht-operative Patienten behandelt (vgl. Larsen 2012 S. 503). In diesen Krankenhäusern findet eine multifunktionelle Nutzung der vorhandenen Zimmer für Intensivüberwachung und –therapie unter anästhesiologischer Leitung im interdisziplinären Charakter statt. Der Anästhesist fungiert im interdisziplinären Team als Logistiker, dessen Aufgabenbereich sich von der optimalen Versorgung von Notfallpatienten bis hin zur Organisation neuer medizinisch-technischer Ausstattung zieht (vgl. Abdulla 2007, S. 5).

3.1.2 Fachspezifische Intensivstationen

In Schwerpunktkrankenhäusern hingegen wird eine fachspezifische Unterteilung durchgeführt. Während sich eine neurochirurgische Intensivstation mit der Versorgung von Patienten mit akutem Schädel-Hirn-Trauma und postoperativen neurochirurgischen Eingriffen beschäftigt, werden auf einer separaten, neurologischen Intensivstation verschiedenartige Erkrankungen des zentralen Nervensystem und der Muskulatur, die der stetigen Überwachung bedürfen, behandelt. Patienten mit dem gleichen Krankheitsbild werden demnach auf derselben Intensivstation behandelt (vgl. Larsen 2012, S. 503).

3.2 Intensivmedizin

Eine weitere Begrifflichkeit um die Intensivstation ist die Intensivmedizin. Diese setzt sich aus der Intensivtherapie, Intensivüberwachung und Intensivpflege zusammen. Unter der Intensivüberwachung wird eine klinische sowie apparative Überwachung des Patienten, die weit über das übliche Maß hinausgeht, verstanden. Die Intensivtherapie drückt die Behandlung von schwer erkrankten Patienten aus, die meist eine Störung der lebenswichtigen Organe und des Wasser-, Elektrolyt- oder Säure-Basen-Haushaltes aufweisen. Die vitale Bedrohung des Patienten ist häufig gegeben. Die Pflege eines Intensivpatienten unterscheidet sich deutlich von der normalen Krankenpflege. Daher wurde diese Abweichung durch den Terminus Intensivpflege betont (vgl. Larsen 2012, S. 503).

3.3 Aufbau und Organisation

Der Bedarf an Intensivbetten orientiert sich am regionalen Versorgungsauftrag, sowie an den Ansprüchen der Fachabteilungen des Krankenhauses. Eine Intensivstation sollte mindestens 6, jedoch nicht mehr als 16 Betten aufweisen. Nach den Mortalitätsdaten der European ICU-Study liegt die ideale Bettenanzahl bei 9. Größere bzw. kleinere Intensivstationen wiesen ungünstigere Mortalitätsdaten auf. Für Akutkrankenhäuser wird die Anzahl erforderlicher Intensivbetten mit 5 % der Gesamtbettenanzahl berechnet. Aus hygienischer Sicht soll der Intensivbereich vom übrigen Krankenhausbereich abgetrennt sein und in unmittelbarer Nähe zu Notaufnahme, Operationsaal und den diagnostischen Gegebenheiten des Krankenhauses liegen (vgl. Abdulla 2007, S. 14f).

Die Intensivzimmer bestehen aus ein bis zwei Betten und verfügen über Klimaanlage sowie Tageslicht. Ver- und Entsorgungsräume, Materiallagerräume, Patientenschleuse, Personalumkleide, Eingriffsraum, Küche, Leitstelle, Aufenthaltsraum, Arztzimmer sowie Toiletten sind im Idealfall auf einer Intensivstation integriert. Die Leitstelle bildet den Mittelpunkt der Intensivstation und ist mit einer zentralen Monitorüberwachungseinheit ausgestattet, welche einem Überblick über die gesamte Intensivstation verschafft (vgl. Abdulla 2007, S. 15).

3.4 Personalausstattung

Wie bereits durch den Aufbau einer Intensivstation zu erahnen ist, ist der Arbeitsstil auf einer Intensivstation durch intensive Kooperation mit anderen Berufsgruppen gekennzeichnet und in keinem anderen Bereich der Medizin und Pflege wird die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mehr vorausgesetzt als in der Intensivmedizin. Eine ausreichende Besetzung mit qualifiziertem und leistungsbereitem Personal ist die Grundvoraussetzung für jede effektive Intensivmedizin. Da die Personalkosten rund 70 % des gesamten Krankenhausbudgets ausmachen und die Kosten – Nutzen – Frage immer häufiger gestellt wird, werden unterschiedliche Berechnungsgrundlagen für die Besetzung der Personalplanstellen auf einer Intensivstation herangezogen, um die Effizienz und Auslastung unter Erhaltung der Qualität beizubehalten oder gar zu steigern (vgl. Abdulla 2007, S.15f).

Da es bis heute keine anerkannte Regelung zur quantitativen Personalbedarfsermittlung gibt, wird als Berechnungsgrundlage in vielen Krankenhäusern der 1974 eingeführte und 1983 aktualisierte TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) hierfür herangezogen. Bestimmte Leistungsmerkmale bzw. der Arbeitsaufwand werden mit diesem System in Punkten bewertet. Den einzelnen durchgeführten Maßnahmen sind Punktwerte von 1-4 zugeordnet. Eine mit vier Punkten gewertete Intervention wird nur zur Behandlung von Patienten mit den schwersten Krankheitsverläufen eingesetzt. Schwerstkranke, intensivtherapiebedürftige Patienten erreichen diesem Scoring System zufolge Werte von 40-50 Punkten und haben eine Letalität von 73% (vgl. Abdulla 2007, S. 17).

Bei durchschnittlichen TISS-Werten von über 40 Punkten pro Tag wird ein Verhältnis Pflegekraft : Patient von 1 : 1 empfohlen, bei einem Ausmaß zwischen 20 und 39 Punkten ist ein Verhältnis Pflegekraft : Patient von 2 : 3 empfohlen. Liegt die Punkteanzahl unter 10 am Tag ist ein Verhältnis Pflegekraft : Patient von 1 : 2 zumutbar. Die verantwortliche Stationsleitung wird aus der pflegerischen Versorgung des Patienten ausgenommen und widmet sich administrativen Tätigkeiten. Der Kompetenzbereich der Stationsleitung umfasst ebenso die pflegerische Fachaufsicht über das Team in hochtechnologischer Umgebung, welche im nächsten Kapitel erläutert wird (vgl. Abdulla 2007, S. 17ff).

3.5 Technische Ausstattung

Die Ausstattung der unterschiedlichen Intensivstationen variiert sehr stark und ist auch abhängig davon, ob es sich um ein Schwerpunktkrankenhaus oder ein kleineres Krankenhaus mit regionalem Versorgungsauftrag handelt. Unabhängig davon sind neben der bettseitigen Überwachungseinheit mit Vernetzung zum zentralen Monitor auch ein stationseigenes Laborgerät zur Blutgasanalyse, moderne Beatmungsgeräte, diverse regulierbare Spritzen- und Infusionspumpen sowie die arterielle Blutdruckmessung auf jeder Intensivstation zu finden. Ebenso wie ein 12-Kanal-EKG, Defibrillatoren, Absaugeinheiten und viele weitere technische Errungenschaften, ohne die die Intensivmedizin nicht dort wäre, wo sie jetzt bereits ist (vgl. Abdulla 2007, S. 23).

3.6 Hygiene

Intensivpatienten sind aufgrund der Schwere ihrer Grunderkrankung sowie den notwendigen invasiven diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen besonders anfällig für nosokomiale Infektionen. Aufgrund der zahlreich geschaffenen Eintrittspforten durch Katheter, Drainagen und Sonden sind Intensivpatienten für Infektionen prädisponiert. Eine exakte und strikte Einhaltung der Hygiene ist daher essentiell, um den Patienten vor einer Infektion zu schützen. Als kostengünstigste und eine der wirkungsvollsten Präventivmaßnahmen ist eine exakte Händedesinfektion zu nennen. Das Ziel der Händedesinfektion besteht darin, potentiell pathogene Keime auf der Hautflora zu entfernen. Ist ein Patient infektiös, so muss er zum Schutz der anderen Patienten isoliert werden. Besteht eine Isolierung sind die anstaltsinternen Hygienerichtlinien je nach Keim exakt einzuhalten (vgl. Abdulla 2007, S. 25ff).

Pflegepersonal soll so eingeteilt werden, dass es ausschließlich infektiöse oder nicht-infektiöse Patienten betreut, um die Gefahr der Keimverschleppung möglichst gering zu halten. Angehörige des zu betreuenden isolierten Patienten müssen sich ebenfalls den hygienischen Richtlinien beugen. Diese Hygiene wird mitunter von vielen Angehörigen als Belastung empfunden, worauf im nächsten Kapitel explizit eingegangen wird (vgl. Abdulla 2007, S. 27ff).

3.7 Zusammenfassung

Die Anfänge der Intensivstation liegen im 19. Jahrhundert, wo Florence Nightingale schwerstkranke Soldaten in Räumen zusammenlegte, um sie besser betreuen zu können. Unter einer Intensivstation wird eine Spezialstation verstanden, auf der schwerstkranke Menschen unter hohem Personal- und Arbeitsaufwand betreut werden. Grundsätzlich wird eine Unterteilung in fachspezifische und interdisziplinäre Intensivstationen getroffen. Die Lage einer Intensivstation ist so zu treffen, dass diese zentral zu allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen liegt, jedoch aufgrund der Keimverschleppung räumlich getrennt von den Normalstationen ist.

Die Berechnung des Personalschlüssels auf einer Intensivstation ist derzeit noch nicht international geregelt. Häufig wird der TISS als Berechnungsgrundlage herangezogen. Zur Grundausstattung eines jeden Intensivplatzes gehört die Überwachungseinheit, eine Beatmungsmaschine sowie mehrere Infusions- und Spritzenpumpen. Je nach Art der Intensivstation lassen sich die Gerätschaften noch beliebig erweitern. Um den infektionsanfälligen Hochrisikopatienten vor Begleiterkrankungen zu schützen, ist eine exakte Hygiene unerlässlich. In dieses technische Umfeld, das gut organisiert sein muss um sich darin zu Recht zu finden, tritt jetzt der ahnungslose Angehörige. Auf diese Thematik wird im nachfolgenden Kapitel näher eingegangen.

4 DER ANGEHÖRIGE IN INTERAKTION MIT DER INTENSIVSTATION

Wie bereits im oberen Kapitel beschrieben, ist die Intensivmedizin- und -pflege ein komplexes Fachgebiet, das einen anderen Aufwand an Personal und andere architektonische Gegebenheiten aufweist als eine Normalstation. Neben diesen Unterschieden kommen aber noch ganz andere Barrieren auf den Angehörigen eines intensivpflichtigen Patienten zu. Der schwerkranke Mensch ist oft bis zur Unkenntlichkeit verändert und befindet sich in einem Umfeld aus Lärm, Apparaturen und Gerätschaften, die dem Otto-Normalverbraucher völlig fremd erscheinen. Nachfolgend werden diese Problemfelder auf der Intensivstation näher behandelt.

4.1 Definition Angehöriger

Unter dem traditionellen Begriff des Angehörigen werden für gewöhnlich die Mitglieder einer Familie verstanden, die direkt verwandt miteinander sind oder angeheiratet. Aus dieser Definition geht jedoch nicht hervor, in welcher emotionalen Beziehung die Menschen untereinander stehen. Angehörige sind daher vielmehr jene Menschen, die gefühlsmäßig miteinander verbunden sind. Unter einem nahen Angehörigen werden daher all jene Personen verstanden, die vom Patienten selbst als diese bezeichnet werden oder die er als solche definieren würde, wenn er dazu in der Lage wäre. Hiermit geht der Terminus des Angehörigen über die Grenzen der Familie hinaus (vgl. Moesmand/Kjøllestad 2002, S. 132f).

Da schwerkranke Menschen jedoch häufig nicht in der Lage sind sich zu verständigen, wird in diesem Fall üblicherweise auf den bestehenden Familienkreis zurückgegriffen. Aufgrund der komplexen Betreuung des Intensivpatienten wird die Angehörigenbetreuung vom Pflegepersonal häufig als Zusatzbelastung wahrgenommen. Der Umgang mit Angehörigen verlangt ein hohes Maß an Empathie und Einfühlungsvermögen und ist häufig schwierig. Unter der ganzheitlichen Pflege wird jedoch nicht nur die Betreuung des Patienten, sondern auch dessen Angehörigen verstanden. Für diese Angehörige, ob mit bestehender Blutsverwandtschaft oder ohne, öffnen sich im nachfolgenden Kapitel die Pforten der Intensivstation (vgl. Moesmand/Kjøllestad 2002, S. 131).

4.2 Verändertes Erscheinungsbild des Angehörigen

Ein Patient, der so schwer krank ist, dass er intensivpflichtig ist, wird nicht mehr die übliche Optik aufweisen. Durch überschüssiges Gewebwasser, welches sich im ganzen Körper einlagert und häufig durch den hohen Flüssigkeitsbedarf in der akuten Erkrankung verstärkt wird, wirken die Patienten teilweise entstellt für ihre Angehörigen. Vor allem im Bereich der Augen, wenn die Bindehaut so stark geschwollen ist, dass sie unter den Augenlidern hervorquillt, wird dieses Äußere für den unvorbereiteten Besucher häufig als sehr belastend empfunden (vgl. <http://www.sgi-ssmi.ch>).

Durch dieses aufgedunsene Gewebe wird die Haut extrem vulnerabel und häufig bilden sich auch Blasen, welche sich leicht, auch bei noch so behutsamer Pflege, eröffnen können und zu kleinen Verletzungen führen. Um die Durchblutung in den Fingern nicht durch zu enge Ringe zu gefährden, müssen diese aufgrund der oben genannten Einlagerung von Gewebwasser vorsorglich frühzeitig entfernt werden. Keine Seltenheit sind auch die Bildung von Blutergüssen, sogenannten Hämatomen. Durch die akute Erkrankung an sich, notwendige Operationen, Blutabnahmen oder durch das vorausgegangene Trauma können diese entstehen. Auch teilweise notwendige blutverdünnende Medikamente können die Hämatombildung begünstigen (vgl. <http://www.sgi-ssmi.ch>).

Häufig sind Besucher beim ersten Anblick ihres Angehörigen schier überfordert. Das veränderte Erscheinungsbild des Angehörigen schafft eine Kluft zwischen Patient und dessen Angehörigen. Es ist daher keine Seltenheit, dass sich ein Gefühl der Entfremdung einstellt und dieses für eine zunehmende Distanzierung sorgt. Der Patient wird von den eigenen Angehörigen oft nicht mehr als „der Alte“ erkannt und die Situation, den eigenen Angehörigen so hilflos zu sehen, zermürbt den Besucher (vgl. Abdulla 2007, S. 56). „Er lag da, unbeweglich, einen dicken Schlauch im Mund, einen dünnen in der Nase, beide mit weißen Klebestreifen befestigt, die über das Kinn, unter der Nase her und über die Nase liefen. Es war ein erschreckender Anblick“ (Schäfer 2012, S. 13).

So nahm eine Angehörige ihren Mann beim ersten Besuch auf der Intensivstation wahr. Vom Pflegepersonal muss daher bedacht werden, dass sie den Umgang mit lebensbedrohlich Kranken gewöhnt sind, nicht jedoch die Angehörigen. Bereits vor dem Betreten der Intensivstation sollte daher kurz auf die veränderte Optik des Angehörigen in einfachen Sätzen und ohne Fachausdrücke hingewiesen werden. Stationseigene Hygienerichtlinien sollten ebenso erläutert werden (vgl. Abdulla 2007, S. 56). Neben dem veränderten Aussehen des Angehörigen sowie den dort üblichen Hygienemaßnahmen wirken auch die Gerätschaften und Apparaturen mit all ihren Alarmen bedrohlich auf den Besucher. Diese werden im nächsten Kapitel beschrieben.

4.3 Der Angehörige in Interaktion mit der Technologie

Aus dem dritten Kapitel geht bereits hervor, dass eine Intensivstation ohne Technik heutzutage nicht mehr denkbar wäre. Der Aufenthalt in einem Zimmer der Intensivstation wird von Angehörigen als belastend empfunden. Die unbekannte Technik lässt ein Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefert-Seins des geliebten Angehörigen aufkommen (vgl. Schäfer 2012, S. 65). Solange Angehörige und Patienten einen Sinn in der Technologie erkennen, ist die Voraussetzung zur Bewältigung der ungewohnten Situation gegeben, ansonsten werden Gefühle der Bedrohung und Hilflosigkeit verstärkt (vgl. Moesmand/Kjøllestad 2002, S. 108).

Der akut kranke Mensch und die Angehörigen begegnen der Technologie auf einer Intensivstation in mindestens drei Bereichen. Zum einen werden durch Maschinen und Apparate lebenswichtige Vitalfunktionen überwacht und erhalten. Zum anderen ist es die hochtechnologische Umgebung, die für den erfolgreichen Betrieb einer Intensivstation erforderlich ist, welche Unbehagen beim Patienten und dessen Angehörigen auslöst. Die dritte Art der Begegnung mit der Technologie auf der Intensivstation umfasst die Durchführung von Maßnahmen und Handlungen am Patienten. Diese Interventionen können für den Patienten oft schmerzhaft sein und werden als äußerst belastend für die Betroffenen sowie auch deren Angehörigen empfunden. Eine exakte Aufklärung über die Durchführung der Maßnahme sowie deren Sinn und Zweck ist daher unabdingbar, um Behandlungsstress auch beim Angehörigen zu reduzieren (vgl. Moesmand/Kjøllestad 2002, S. 109).

Die Technologie der Maschinen und Apparate kommuniziert auf eine andere Art und Weise, als es der Mensch gewohnt ist. In Form von graphischen Darstellungen und Zahlenwerten werden Botschaften vermittelt, die für den Laien unverständlich sind. Daraus resultiert, dass die gewohnte Kommunikation zwischen Patienten und Angehörigen so gestört wird, dass sowohl die verbale als auch nonverbale Kommunikation schwer fällt. Um diese Barriere zwischen Patient und Angehörigen abzubauen, müssen die Pflegenden auf einer Intensivstation mit den Gerätschaften vertraut sein, damit auch Angehörige Vertrauen in die Apparate entwickeln und langsam wieder die übliche Kommunikation mit ihrem schwerkranken Familienmitglied aufnehmen können (vgl. Moesmand/Kjøllestad 2002, S. 109f).

Um Angehörigen noch größere Sicherheit zu vermitteln, ist es außerdem notwendig die Apparaturen und deren Funktionen zu erklären. Dadurch wird ein Stück weit die Angst vor der ungewohnten Materie abgebaut. Für Pflegekräfte sollte es daher nachvollziehbar sein, wozu sich Angehörige immer und immer wieder mit den Werten am Monitor beschäftigen. In gewisser Weise kommunizieren diese mit dem Monitor. Die aufmerksame Beobachtung des Überwachungsgerätes hilft ihnen ein Stück weit die Kontrolle zu halten und die missliche Lage, in der sie sich befinden, besser zu überstehen (vgl. Moesmand/Kjøllestad 2002, S. 93ff).

Nicht allein die Technik vermag es den Angehörigen zu verschrecken, auch der Lärm der von den Apparaten ausgeht, wird als äußerst unangenehm empfunden und für bedrohlich eingestuft (vgl. Schäfer 2012, S. 66). Besonders beunruhigend sind Alarmer, egal ob diese vom Nebenbett ausgehen oder vom Überwachungsmonitor des Angehörigen. Durch diese Alarmer werden sowohl Patienten als auch deren Angehörige ständig daran erinnert, dass etwas falsch laufen könnte (vgl. Moesmand/Kjøllestad 2002, S. 115). Um den Angehörigen die Unsicherheit zu nehmen, wenn ein Alarm durch Apparate auftritt, ist es wichtig, bereits im Vorfeld die Gerätschaften zu besprechen und auf die Möglichkeit eines Alarms hinzuweisen. Bei den ersten Besuchen auf der Intensivstation benötigen Angehörige Sicherheit. Diese Sicherheit erhalten Angehörige, indem die Pflegekraft in der ersten Hälfte des Besuchs mit im Zimmer bleibt, den Aufbau des Intensivplatzes erklärt und auftretende Fragen in einfachen Sätzen beantwortet (vgl. Abdulla 2007, S. 56).

4.4 Krise des Angehörigen

Durch die Konfrontation mit all diesen ungewohnten Situationen laufen nicht nur Patienten einer Intensivstation Gefahr in eine Krise zu schlittern, sondern auch deren Angehörige. Ausgelöst wird diese traumatische Krise bei Angehörigen durch die kritische Erkrankung nahestehender Menschen. Laut Cullberg wird unter einer traumatischen Krise jene Situation verstanden, die eine Gefährdung der physischen Existenz, der sozialen Identität und Sicherheit sowie elementarer Lebensmöglichkeiten mit sich bringt. Laut Cullbergs Theorie werden vier Phasen durchlebt. Die Schockphase und Reaktionsphase bilden zusammen das akute Stadium der Krise. Anschließend gelangt der Betroffene in die Bearbeitungs- und abschließend in die Neuorientierungsphase. Durch Rückschläge, wie erneute Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Angehörigen, können jedoch wieder akute Phasen durchlebt werden (vgl. Moesmand/Kjøllestad 2002, S. 51f).

Je nachdem in welchem Stadium der Krise sich die betroffenen Personen befinden, müssen unterschiedliche Herangehensweisen zur Durchbrechung der Krise herangezogen werden. Die Entstehung von psychischem Stress gekoppelt mit der Auslösung von emotionalen Reaktionen ist ein normales menschliches Verhalten, welches der Bewältigung einer solchen Krise dient. Um den Ausbruch einer Krise beim Angehörigen zu verhindern, ist es essentiell, auch den Angehörigen als hilfsbedürftigen Menschen wahrzunehmen und einen unvorbereiteten Erstkontakt mit der Intensivstation auszuschließen (vgl. Moesmand/Kjøllestad 2002, S. 52).

4.5 Bedürfnisse der Angehörigen

Wie bereits aus dem oberen Kapitel ersichtlich durchleben auch Angehörige eine Krise durch die vitale Bedrohung nahestehender Menschen. Die Bedürfnisse von Intensivpatienten sind bereits gut erforscht, im Gegensatz zu den Bedürfnissen Angehöriger auf Intensivstationen, welche erst seit kurzem in das Blickfeld des wissenschaftlichen Interesses gerückt sind. Die Bedürfnisse der Angehörigen beziehen sich zum einen auf ihre Beziehung zum Schwerkranken. Sie wollen ausreichend Information über den Zustand ihres geliebten Angehörigen erhalten, wollen Zeit mit diesem verbringen können und die bestmögliche Betreuung zugesichert bekommen (vgl. Junginger et. al., 2008, S. 203).

Zum anderen wollen Angehörige auch als eigenständige Individuen mit all ihren Bedürfnissen wahrgenommen werden. Die Bewertung einer Intensivstation von Angehörigen wird nicht durch den Ausgang der Krankheit des nahestehenden Menschen beeinflusst, sondern vielmehr durch den respektvollen Umgang sowie die Verständigung mit dem Behandlungsteam. Häufig sind Angehörige, bei denen der Patient verstorben ist, sogar zufriedener, weil ihnen mehr Gehör und Zuwendung geschenkt wurde (vgl. Junginger et. al., 2008, S. 203).

Auch Angehörige haben das Bedürfnis nach Unterstützung. Mit jemandem über Probleme reden zu können, sowie Sorgen und Befürchtungen äußern zu dürfen, wird ebenso als sehr wichtig empfunden. Dadurch wird es den Angehörigen ermöglicht besser mit der Angst vor der Ungewissheit umzugehen und die Bewältigungskapazitäten zu steigern. Der persönliche Komfort, hinsichtlich ausreichender Sitzmöglichkeiten im Warteraum, einer kleinen Waschmöglichkeit sowie der Verfügbarkeit von Essen und Trinken reduziert ebenso Stress beim ohnehin ausgelaugten Angehörigen (vgl. Nagl-Cupal 2011, S. 19). All diese Bedürfnisse verlangen viel Zeit vom ohnehin knapp besetzten Personal ab. Um den Angehörigen hinsichtlich des unstillbaren Informationsdurstes gerecht zu werden und Zeitressourcen für das Personal zu schaffen, müssen Rahmenbedingungen vorhanden sein. Durch diese Rahmenbedingungen wird im vorab das Wohlbefinden der Angehörigen gesteigert und bereits vor dem ersten Besuch auf der Intensivstation Informationen vermittelt. Diese werden im nächsten Kapitel ausführlich beschrieben werden.

4.6 Zusammenfassung

Die traditionelle Bezeichnung eines Angehörigen, im Sinne einer bestehenden Blutsverwandtschaft, gilt heutzutage als veraltet. Vielmehr sind Angehörige all jene Menschen, die dem Patienten nahestehen. Dieser Angehörige trifft auf der Intensivstation auf den geliebten Menschen, der für ihn teilweise bis zur Unkenntlichkeit verunstaltet ist. Durch überschüssiges Gewebswasser verändert sich die Optik von Menschen so, dass sie teilweise auch von der eigenen Familie nicht mehr erkannt werden. Ein Gefühl der Entfremdung stellt sich ein und das in einem Umfeld aus Technologie, das dem Otto-Normalverbraucher ebenfalls fremd ist.

Die vielen Gerätschaften bilden eine zusätzliche Hemmschwelle den eigenen Angehörigen auch tatsächlich als diesen wahrzunehmen. Häufig kommunizieren Angehörige im Blickwinkel des Pflegepersonals mehr mit dem Monitor als mit dem nahestehenden schwerkranken Menschen, der vor ihnen im Bett liegt. Hinzu kommt, dass nicht nur der Patient in eine Lebensveränderungskrise schlittern kann, sondern auch Angehörige gefährdet sind eine traumatische Krise zu erleiden. Neben dem Patienten muss daher auch dessen Angehöriger als bedürfnisorientiertes Lebewesen wahrgenommen werden. Angehörige haben das Bedürfnis nach Information hinsichtlich des erkrankten Menschen, wollen jedoch auch als eigenes Individuum mit eigenen Bedürfnissen wahrgenommen werden. Das nächste Kapitel befasst sich daher mit Rahmenbedingungen, die vorhanden sein müssen, um Angehörigen diese schwierige Zeit zu erleichtern.

5 RAHMENBEDINGUNGEN

Wie aus den oberen Kapiteln hervorgeht, ist die Intensivstation mit der Intensivmedizin, die dort betrieben wird, ein Gebiet, das für den Laien schwer verständlich ist. In der Anfangsphase, in der Angehörige die Intensivstation betreten, benötigen diese Halt. Die ungewohnte Umgebung der Intensivstation sowie die Erkrankung des Patienten stellt für Angehörige eine hochgradige Belastung dar, mit der sie zu Beginn schier überfordert sind. Durch geeignete Rahmenbedingungen wie einen freundlichen Warteraum und ausreichend Infomaterial wird die erste Unsicherheit bereits im vorab abgebaut und einem gelungenen Erstkontakt mit der Intensivstation steht nichts mehr im Wege (vgl. Larsen 2012, S. 525).

Durch die Möglichkeit den Angehörigen jederzeit nahe zu stehen, wird das Bedürfnis nach Nähe zum geliebten Familienmitglied befriedigt. Befinden sich Angehörige in einer Krise, ist es notwendig auch über psychologische Betreuung zu verfügen. Hinsichtlich der ganzheitlichen Betreuung des Angehörigen muss auch ein Seelsorger verfügbar sein. Bestehende Leitlinien zur Kommunikation mit Angehörigen schaffen ebenso Sicherheit beim hilflosen Angehörigen und ungeübten Personal. In diesem Kapitel werden daher Rahmenbedingungen erläutert, welche auch den Angehörigen die schwierige Zeit auf der Intensivstation erleichtern und somit das Ausbrechen einer traumatischen Krise verhindern (vgl. Larsen 2012, S. 525).

5.1 Warteraum

Nachdem alle Krankenhäuser unterschiedlich aufgebaut sind, sind auch die Warteräume vor Intensivstationen sehr unterschiedlich gestaltet. Während Patienten medizinisch versorgt oder Pfllegetätigkeiten vorgenommen werden, werden Besucher angehalten vorübergehend im Warteraum Platz zu nehmen. Die Eindrücke in einem Warteraum variieren von Angehörigen zu Angehörigen. Während einige Angehörige es als angenehm empfinden mit anderen Leidensgenossen in Austausch zu kommen, so finden es andere wiederum grauenhaft auch noch den Schmerz anderer zu sehen, wenn schon ihr eigener nahezu unerträglich scheint. Ist der Warteraum voll besetzt, so wird er von vielen Besuchern häufig als zu klein und eng empfunden (vgl. <http://healthtalkonline.org>).

Wie auch immer der Kontakt mit anderen empfunden wird, kann allein durch die Schaffung eines positiven Raumklimas die Bewertung der Intensivstation verbessert werden und Ängste im vorab abgeschwächt werden. Ein kahler Raum, der nicht mehr als ein nüchterner Durchgangsflur zwischen Intensivstation und Operationsbereich ist, ist völlig ungeeignet um als Warteraum zu fungieren. Vielmehr muss ein Warteraum so gestaltet sein, dass dieser auch als eine Art Rückzugsort dient, in welchem Angehörige auch Gefühle zulassen können und Erholung und Stärkung stattfinden kann (vgl. Van Aken et. al., 2001, S. 84).

Zum Tanken von neuer Energie darf auch der persönliche Komfort im Wartebereich nicht zu kurz kommen. Ausreichend Sitzmöglichkeiten durch bequeme Stühle und Sofas fallen in diese Kategorie. Durch eine ansprechende, warme Wandfarbe und Bilder wird auch die tristeste Krankenhauswand freundlicher und reduziert Stress beim ohnehin geplagten Angehörigen. Eine Toilette in der Nähe des Wartebereichs sowie eine Waschmöglichkeit sollten ebenfalls zur Verfügung stehen. In einem besucherfreundlichen Warteraum finden sich auch ein Wasserspender sowie ein Kaffeeautomat. Nachdem der Informationsdurst eines Angehörigen nahezu unstillbar ist, ist es notwendig bereits im Warteraum Informationsmaterial auflegen zu lassen (vgl. Nagl-Cupal 2011, S. 19).

5.2 Informationsbroschüren

Um dem Angehörigen hinsichtlich des Informationsbedürfnisses gerecht zu werden, sind Broschüren eine gute Möglichkeit um diesen bereits vor dem ersten Kontakt mit medizinischem oder pflegerischem Personal Informationen zukommen zu lassen. Diese Art der Information ersetzt jedoch auf keinen Fall das persönliche Gespräch, sondern dient lediglich als Unterstützung. Durch diese Broschüren erhalten Angehörige bereits vor dem ersten Aufenthalt ein realitätsgerechtes Bild von einer Intensivstation. Die Gestaltung von Informationsbroschüren variiert von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr stark (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünewald 2010, S. 80).

Wichtige Inhalte, die in jeder Broschüre enthalten sein sollten, sind die Vermittlung der Aufgaben der Intensivstation, Vorstellung der Leitung dieser Station sowie einzelner Mitarbeiter, Verhaltensregeln bei Besuchen hinsichtlich hygienischer Aspekte und die Nennung der Besuchszeiten, falls diese bestehen. Der Inhalt einer solchen Broschüre muss für den medizinischen Laien verständlich sein, daher sollen die Sätze kurz und einfach formuliert werden. Es gilt Fachausdrücke zu vermeiden oder bei Verwendung von diesen, Fachausdrücke auch zu erklären. Auf Bilder in der Broschüre sollte ebenfalls nicht verzichtet werden. Eine gute Broschüre ist durch eine Kurzzusammenfassung am Ende gekennzeichnet, in der die Kernaussagen und Informationen erneut niedergeschrieben werden zur besseren Verinnerlichung. Da eine Broschüre eine begrenzte Platzmöglichkeit aufweist, ist es sinnvoll für interessierte Angehörige auch den Verweis auf die Homepage der jeweiligen Intensivstation zu erteilen (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünewald 2010, S. 80).

5.3 Homepage

Als Ergänzung zu einer Broschüre gibt es die Möglichkeit auf der Homepage des Krankenhauses detailliertere Informationen zu liefern. So können sich wissbegierige Angehörige weiter in die Materie der Intensivstation einlesen. Atemtherapie, Beatmung, einzelne Therapieverfahren sowie die Notwendigkeit der Invasivität können auf einer solchen Homepage beschrieben werden, um den Angehörigen weitere Informationen zu liefern. Der Hinweis auf eine Homepage ersetzt jedoch keinesfalls eine Broschüre, in der die Grundsätze der Intensivstation beschrieben sind (vgl. <http://www.intensiv-innsbruck.at>).

5.4 Infotafeln

Da nicht jedes Krankenhaus über die Möglichkeit einer Homepage verfügt und diese auch nicht für alle Altersklassen von Besuchern interessant ist, ist eine Alternative dazu die Infotafel. Diese wird im Wartebereich einer Intensivstation angebracht und Angehörige haben so die Möglichkeit, ohne einen Einstieg in das World Wide Web, ihr Wissen bezüglich der Intensivstation zu erweitern. Diese Infotafel enthält den gleichen Kontext wie eine Homepage, lediglich die Art der Wissensvermittlung ist eine andere. Zudem ist diese Art der Informationsweitergabe die kostengünstigere Variante. Ein weiterer Punkt, der den Angehörigen oft schwer im Magen liegt, sind die Besuchszeiten. Diese werden nachfolgend näher beschrieben (vgl. Abdulla 2007, S. 18).

5.5 Besuchszeiten

Wie bereits in Kapitel 4.5 beschrieben, ist neben dem Informationsbedürfnis das Bedürfnis nach Nähe zum geliebten, erkrankten Menschen eines der Hauptbedürfnisse von Angehörigen. Die Nähe zum kranken Angehörigen dient als Bewältigungsstrategie für diesen. Angehörige wollen mit eigenen Augen sehen, wie es ihren Nahestehenden geht, auch wenn der Anblick sie zu Beginn meist schier überfordert. Für Ehepaare ist die Nähe zum Partner häufig das einzig Wichtige, während alles andere, auch die eigenen Bedürfnisse, in den Hintergrund rücken. Auch wenn Angehörige nicht beim Patienten sind, so kreisen doch ständig die Gedanken um diesen (vgl. Nagl-Cupal 2011, S. 31).

Es ist völlig normal, dass in intakten Familien Zeit gefunden wird beim erkrankten Familienmitglied zu sein. Dieses Bedürfnis nach Nähe entsteht aus den Gefühlen der Verantwortung und Selbstverständnis heraus für ein Familienmitglied in schweren Zeiten Sorge zu tragen. Dem Bedürfnis nach Nähe liegt das Vorhandensein von Besuchszeiten auf einer Intensivstation zu wider. Allein durch die Einlieferung ins Krankenhaus des Familienmitgliedes erlebt die familiäre Beziehung bereits einen Einschnitt. Durch die Intensivpflichtigkeit des Angehörigen kommt es zum nächsten Bruch der Beziehung zwischen Angehörigen und Patient. Bestehen dann auch noch Besuchszeiten auf einer Intensivstation, so besteht ein hohes Risiko für den Angehörigen eine traumatische Krise zu erleiden (vgl. Nagl-Cupal 2011, S. 31).

Die Besuchszeit ist immer ein Thema bei den Angehörigen. Auch wenn diese häufig von Angehörigen bewusst nicht angesprochen wird, um keinen Ärger beim Personal auszulösen, so fühlen sie sich durch diese dennoch in ihrem Bedürfnis nach Nähe zum geliebten Menschen beschnitten. Die Besuchszeiten werden von den unterschiedlichen Institutionen sehr verschieden geregelt und auch vom dort arbeitenden Personal mehr oder weniger streng eingehalten. Grundsätzlich wird zwischen offenen und geschlossenen Besuchszeiten unterschieden (vgl. Nagl-Cupal 2011, S. 155).

5.5.1 Geschlossene Besuchszeiten

Unter geschlossenen Besuchszeiten versteht man die Möglichkeit den schwerkranken Angehörigen zu fixen Zeiten zu besuchen. Was für das Pflegepersonal eine Erleichterung darstellt, weil keine Konfrontation außerhalb der Besuchszeiten mit Angehörigen stattfindet, ist für den Besucher zumeist unzumutbar. Angehörige werden von der Organisation des Öfteren als Störung für den reibungslosen Tagesablauf empfunden. Daher wird häufig zur Vergabe von fixen Besuchszeiten tendiert. Diese strikten Zeitvergaben sind jedoch nicht mehr zeitgemäß. Daher sollten offene Besuchszeiten angestrebt werden (vgl. Nagl-Cupal 2011, S. 187f).

5.5.2 Offene Besuchszeiten

Unter einer offenen Besuchszeit versteht man das Fehlen von fixen Besuchszeiten. Dadurch wird es dem Angehörigen ermöglicht, den Tagesablauf flexibler zu gestalten. Intensivstationen ohne feste Besuchszeiten gelten daher auch als besucherfreundliche Intensivstationen. Diese Besucherfreundlichkeit wird durch ein nach außen hin sichtbares Zertifikat verdeutlicht. Offene Besuchszeiten bedeuten nicht, dass Angehörige 24 Stunden lang am Patientenbett sitzen. Angehörige sind stets darum bemüht, das Bestmögliche für ihren geliebten Menschen zu tun. Wenn es gelingt den Angehörigen zu vermitteln, dass auch Ruhe und ausreichend Schlaf notwendig für einen erfolgreichen Genesungsprozess sind, so werden sich die Angehörigenbesuche dennoch in einem überschaubaren Rahmen bewegen (vgl. Nagl-Cupal 2011, S. 188).

Die Variante der offenen Besuchszeiten ist daher unbedingt der Variante der geschlossenen Besuchszeiten vorzuziehen. Durch offene Besuchszeiten wird es auch den Angehörigen ermöglicht diese Ausnahmesituation besser zu überstehen. Sind diese formellen Organisationen geklärt und hat der Angehörige in einem ansprechenden Warteraum durch Broschüren, Infotafeln sowie das Internet im Vorfeld bereits Informationen erhalten, so kommt es jetzt zum ersten eigentlichen Kontakt mit der Intensivstation, welche nachfolgend beschrieben wird (vgl. Nagl-Cupal 2011, S. 188).

5.6 Gegensprechanlage

Der Warteraum der Intensivstation fungiert als eine Art Zwischenstation zwischen Außenwelt und der Welt der Intensivstation. Meistens findet der erste Kontakt mit der Intensivstation dort oder vor der Intensivstation durch die Gegensprechanlage statt. Von einer Stimme werden Angehörige gebeten im Warteraum Platz zu nehmen bis sie von medizinischem oder pflegerischem Personal abgeholt werden und zum Patientenbett begleitet werden. Eine unpersönlichere Art des Kontaktes gibt es wohl kaum, dennoch ist es aus Zeitgründen und den schweren Erkrankungen der Patienten mit erhöhtem pflegerischem und medizinischem Einsatz oft nicht möglich als zuständiges Pflegepersonal den Patienten zu verlassen und zur Türe zu gehen, weshalb die Gegensprechanlage durchaus ihre Berechtigung auf der Intensivstation hat. Die Art und Weise der Nutzung dieser ist jedoch kontrovers diskutiert (vgl. Nagl-Cupal 2011, S. 28ff).

Angehörigen, die bereits seit geraumer Zeit auf die Intensivstation kommen und die sich mit den Gepflogenheiten dieser auskennen, ist es durchaus zumutbar, vorerst durch die Gegensprechanlage begrüßt zu werden und kurz im Warteraum Platz zu nehmen. Wenn jedoch ein Erstkontakt zwischen Angehörigen und Intensivpersonal stattfindet oder der Zustand des Patienten kritisch ist, so muss unverzüglich ein persönlicher Kontakt zwischen Angehörigen und Pflegenden hergestellt werden. Dazu empfiehlt es sich, eine zweite Pflegekraft zu organisieren, welche sich in der Zeit der Kontaktherstellung mit den Angehörigen um den Patienten kümmert. Dadurch wird den Angehörigen die Möglichkeit geboten die Pflegekraft kennen zu lernen. Angst und Unsicherheit werden dadurch reduziert. Weiters erhalten Angehörige ein gewisses Maß an persönlicher Kontrolle, welches ebenso Stress vermindert (vgl. Moesmand/Kjøllestad 2002, S. 140).

5.7 Psychologe

Kristallisiert sich in den ersten Gesprächen mit den Angehörigen heraus, dass diese professionelle Hilfestellung benötigen oder verlangen Angehörige selbst nach dieser, so ist es wichtig, den Psychologen hinzuschalten. Häufig ist der Begriff des Psychologen negativ behaftet. Gerade in der älteren Generation wird es als Demütigung empfunden, einen solchen Psychologen zu benötigen. Um diese Voreingenommenheit abzubauen, kann es hilfreich sein, wenn die Psychologen beim Angehörigen bereits bekannt sind. Es reicht in der Regel vollkommen aus, wenn dieser sich während der Besuchszeit auf der Station aufhält und sich mit Name und Funktion beim Angehörigen vorstellt und kurz über Belangloses mit diesem spricht. So wird bereits vor bestehender Krise ein Kontakt zwischen Angehörigen und Psychologen hergestellt und bei Notwendigkeit die Hilfe durch psychologische Betreuung besser angenommen (vgl. Ekert/Ekert 2005, S. 313f).

Häufig ist es in der Intensivmedizin jedoch so, dass sich die Krise des Angehörigen nicht langsam entwickelt und vorhersehbar ist, sondern dass der Angehörige von null auf hundert in eine solche geschleudert wird. Erleidet ein geliebtes Familienmitglied beispielsweise einen Autounfall und landet dadurch auf der Intensivstation, so ist es essentiell psychologische Soforthilfe am Angehörigen zu leisten. Der Psychologe muss von Anfang an hinzugeschaltet werden und ein Debriefing-Gespräch durchführen, um Angehörigen diese unerträgliche Situation zu erleichtern und Gefühle und Emotionen ordnen zu können (vgl. Ekert/Ekert 2005, S. 314).

Dieses Gespräch beginnt mit einer kurzen Einführung, in welcher sich die psychologische Betreuung kurz mit Namen und Funktion vorstellt und den Ablauf dieses Gespräches darlegt. Der zweite Schritt besteht darin, dass Tatsachen beschrieben werden. In der Gruppe wird erörtert, was, wie und wann geschehen ist. In dieser Phase nähern sich die Betroffenen verstandsmäßig an das schreckliche Ereignis an. Worte für das zu finden, was einem schier die Sprache verschlägt, ist der erste Schritt der Verarbeitung des Erlebten. Die Gedankensammlung ist der zweite Schritt des Gesprächs. So wird den anderen Mitleidenden klar, dass sie mit dem schlimmen Erlebnis nicht alleine sind (vgl. Ekert/Ekert 2005, S. 314f).

Anschließend gehen diese Gedanken in Gefühle über. Die Betroffenen werden dazu ermutigt ihren Gedanken Empfindungen zuzuordnen. Gelingt es dem Psychologen nun Gefühle zu benennen und auch Reaktionen auf diese Gefühle auszulösen, wird Stress abgebaut. Der nächste Schritt ist die Beschreibung von Auswirkungen, wie beispielsweise Appetitlosigkeit, Zittern oder Schlaflosigkeit, welche dieses Ereignis mit sich bringt. Daraufhin wird das Debriefing-Gespräch von der emotionalen wieder auf die kognitive Ebene gelenkt. Der Psychologe vermittelt Normalität hinsichtlich dieser Reaktionen und informiert über die voraussichtliche Entwicklung in den nächsten Tagen hinsichtlich weiterer Reaktionen (vgl. Ekert/Ekert 2005, S. 315f).

Nun fungiert der Psychologe als Berater und hält den Angehörigen dazu an, nicht auf sich selbst zu vergessen. Er zeigt Ressourcen auf, welche Angehörige haben, gibt ihnen hilfreiche Tipps, um die erste schwierige Zeit besser zu überstehen, sei es einerseits in der Tagesstrukturierung sowie andererseits das Vermitteln von leichten Entspannungsübungen, um auch einmal zur Ruhe zu kommen. Abschließend wird der Blick auf etwas Positives aus diesem schrecklichem Ereignis gerichtet. Diese Frage wird mit viel Einfühlungsvermögen gestellt und ist zumeist gefolgt von kurzem Zögern. Beantwortungen dieser Frage sind individuell und resultieren aus der Art und Weise des Geschehenen. Beispielsweise das schnelle Eintreffen der Rettung kann als positiv genannt werden. Ein Debriefing-Gespräch kann beliebig oft bei Verschlechterung der Gefühlslage wiederholt werden und ist in der akuten Situation unabdingbar (vgl. Ekert/Ekert 2005, S. 316).

Diese Art von Gespräch strukturiert die Gefühls- und Gedankenebene beim Angehörigen. Durch frühzeitige Einschaltung des Psychologen in der Akutphase wird auch viel Belastung vom pflegerischen sowie medizinischen Personal genommen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist essentiell in der Intensivpflege und sollte sich nicht nur auf die Zusammenarbeit mit Ärzten, Physio- und Ergotherapeuten beschränken. So wird die oft so nötige Distanz zum Angehörigen gewahrt, um diesem auch effektiv zur Seite stehen zu können und nicht an der Grenzerfahrung des Angehörigen selbst zu zerbrechen. Die religiöse Betreuung spielt ebenso eine große Rolle auf der Intensivstation. Diese wird nachfolgend beschrieben (vgl. Abdulla 2007, S. 15).

5.8 Seelsorger

Auch der Glaube gibt Angehörigen in dieser schwierigen Zeit der Ungewissheit Halt und Kraft. Gerade darum ist es notwendig auch über religiöse Betreuung auf einer Intensivstation zu verfügen. Die Möglichkeit der religiösen sowie psychologischen Betreuung sollte bereits in der Informationsbroschüre enthalten sein. Nicht selten nehmen Angehörige auch gerne an Messen, die im Krankenhaus stattfinden, teil. Für all jene Angehörige, wo der Glaube Berge versetzen kann, ist alleine die Wegbeschreibung zur Krankenhauskapelle eine Hilfestellung, um das bestehende Gefühlschaos zu ordnen und neue Energie zu sammeln. Der Wunsch nach seelsorgerischer Betreuung muss daher unbedingt in den Anfangsgesprächen erhoben werden, um nicht nur den Patienten, sondern auch deren Angehörige ganzheitlich zu betreuen.

5.9 Leitlinien zur Kommunikation

Die Intensivstation ist durch eine hohe Personaldichte gekennzeichnet. Für Angehörige ist es daher umso schwerer sich dort einzufügen. Um Angehörigen diese schwierige Situation zu erleichtern, ist es sinnvoll über Leitlinien zur Kommunikation mit Angehörigen auf der Intensivstation zu verfügen. Diese enthalten Elemente aus der Psychotraumatologie und Notfallpsychologie. Leitlinien ermöglichen eine einheitliche Kommunikation aller Mitarbeiter und dienen als Hilfsinstrument für neue Mitarbeiter. Der Inhalt einer solchen Leitlinie wird sich von Krankenhaus zu Krankenhaus geringfügig unterscheiden. Die Kerninhalte werden dennoch ident sein (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünwald 2010, S. 79).

Eine der wichtigsten Regeln im Umgang mit Angehörigen ist die zugewandte Haltung. Diese zeigt sich in vielen kleinen Zeichen der zwischenmenschlichen Kommunikation wie Blickkontakt suchen oder ein freundliches Lächeln. Auch die Vorstellung der eigenen Person mit Name und Funktion fällt in diese Kategorie. Bei Wartezeiten vor Einlass auf die Intensivstation ist es notwendig, den Angehörigen in kurzen Zeitabständen persönlich zu informieren. Ansonsten bekommen Angehörige das Gefühl, dass auf sie vergessen wurde. Dadurch werden negative Gefühle wie Hilflosigkeit und Machtlosigkeit verstärkt. Durch wiederholte Informationen hingegen erhalten Angehörige Struktur und Orientierung (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünwald 2010, S. 80).

Die sachliche Information zu Beginn der Behandlung über die Aufgaben einer Intensivstation ermöglicht dem Besucher auch ein realistisches Bild von einer Intensivstation zu gewinnen. Gleichzeitig werden auch Grenzen der Intensivbehandlung vermittelt. Dies gelingt meist besonders gut durch Informationsbroschüren, Homepages oder Infotafeln, welche bereits ausführlich beschrieben wurden. Es ist Aufgabe der Pflegeperson sich darüber zu vergewissern, dass die Angehörigen den Inhalt des Infomaterials auch verstanden haben. Die nächste Säule der Leitlinien befasst sich mit der Organisation der Informationsvermittlung. Es bedarf einer wechselseitigen Absprache der beteiligten Berufsgruppen über den Aufklärungs- und Informationsstand des Angehörigen (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünwald 2010, S. 80f).

Die Dokumentation des Informationsstandes der Angehörigen ist unabdingbar, um Transparenz unter den verschiedenen Berufsgruppen zu schaffen. Fehlt die koordinierte Absprache, erhalten Besucher oft widersprüchliche Informationen. Diese führen erneut zu Unsicherheit und Verwirrung, was im schlimmsten Fall damit endet, dass die Beziehung zwischen Angehörigen und Behandelnden nachhaltig gestört ist. In Bezug auf die Aufklärung ist ebenso zu beachten, dass die Aufklärung bedürfnisorientiert stattfindet. Einige Angehörige haben einen ausgeprägten Wunsch nach Information, während andere mit Verleugnung reagieren und den lebensbedrohlichen Zustand ihres geliebten Menschen nicht zur Kenntnis nehmen wollen. Dementsprechend hat die Aufklärung angepasst an die unterschiedlichen Bewältigungsstile der Angehörigen stattzufinden (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünwald 2010, S. 81).

Ein weiterer Eckpfeiler der Leitlinie ist die stufenweise Aufklärung. Da die Aufklärung des Angehörigen kein einmaliger Prozess ist und auch das Informationsbedürfnis von Angehörigen wechselt, sollte das Informationsverhalten vom Informationsbedürfnis des Angehörigen abhängig gemacht werden. So erhält der Angehörige an seine individuellen Bedürfnisse angepasste Informationen hinsichtlich des Gesundheitszustandes und Therapieverlaufes des Patienten (vgl. Ullrich/Stolecki/Gründewald 2010, S. 81f).

Tritt der Tod des Familienmitgliedes auf der Intensivstation ein und ist kein Psychologe erwünscht oder vorhanden, so muss trotz alledem eine Nachbesprechung über das Geschehene mit den Angehörigen stattfinden, um diese im Prozess der Auseinandersetzung mit der neuen Situation zu begleiten. Ebenso muss die Möglichkeit gegeben sein, Trauer zuzulassen. Die Angehörigen sollten hier vom Ort des Geschehens weg in einen geschützten dafür vorgesehen Raum gebracht werden. In Amerika gibt es dafür eigene sogenannte „grief-rooms“, zu Deutsch „Trauerräume“, welche bereits auch in Österreich Einzug halten (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünewald 2010, S. 81).

Die Angehörigen dürfen in ihrer Trauer auf keinen Fall alleine gelassen werden. Beistand durch eine verständnisvolle und einfühlsame Person muss gewährleistet sein. Ist die erste Trauer überstanden, muss die Möglichkeit bestehen erneut mit einem Arzt zu sprechen. So kann mit dem Trauerprozess besser abgeschlossen werden und eine kurzfristige Überbrückung des krisenhaften Einbruchs durch den Tod des Patienten wird dadurch erreicht. Um die Kommunikation mit Angehörigen auf einer Intensivstation stetig zu verbessern, ist die regelmäßige Schulung der Mitarbeiter in der Kommunikation Grundvoraussetzung (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünewald 2010, S. 81).

5.10 Regelmäßige Schulung der Mitarbeiter

Um die Kommunikationsfähigkeiten der Mitarbeiter zu fördern und zu verbessern, ist es Aufgabe der Institution regelmäßig Schulungen zum Thema Kommunikation anzubieten. Dadurch wird nicht nur die Kommunikation im Team und in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen verbessert, sondern es stellt sich auch eine bewusstere Grundhaltung zur Kommunikation mit Angehörigen ein. Inhalte einer solchen Schulung bauen auf den grundlegenden Formen zwischenmenschlichen Austausches auf. Auch die Beobachtung hinsichtlich der Körpersprache kann und muss geschult werden. Die Fähigkeit, auch mit den Angehörigen in Kontakt zu treten und diesen ebenso empathisch und wertschätzend gegenüber zu treten und mit all ihren Bedürfnissen wahrzunehmen, gilt ebenso als Qualitätsmerkmal der modernen Intensivbehandlung (vgl. Ullrich/Stolecki/Grünewald 2010, S. 75f).

5.11 Intensivtagebuch

Um Patienten, aber auch Angehörigen bei der Verarbeitung des Erlebten auf einer Intensivstation zu helfen, ist das Führen von Intensivtagebüchern sinnvoll. Unter einem Intensivtagebuch wird ein Tagebuch verstanden, das für Patienten geschrieben wird. Der Patient kann das Buch nach seinem Aufenthalt lesen und so unklare Ereignisse besser verstehen. Auch Angehörigen wird durch das Führen eines solchen Tagebuches gerade die erste Zeit auf der Intensivstation erleichtert. Das Gefühl der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit wird dadurch reduziert. In Deutschland nahmen diese 2008 Einzug auf der Intensivstation. Tagebuch zu schreiben über das, was einem wortwörtlich den Hals zuschnürt, ist eine gute Bewältigungsstrategie für leidende Angehörige (vgl. <http://www.intensivtagebuch.de>).

Um ein Intensivtagebuch auf einer Intensivstation einzuführen, bedarf es nicht viel. Ein Notizheft mit der Aufschrift Intensivtagebuch von Herrn/Frau Name des/r Patienten/in reicht in der Regel vollkommen aus. Darin wird festgehalten, was während der Dauer des Aufenthaltes geschieht. Wichtig ist jedoch, dass täglich Notizen darin gemacht werden, um Kontinuität in der Aufzeichnung zu gewährleisten. Tage, welche in den Eintragungen fehlen, werden von Patienten, als auch deren Angehörigen als belastend empfunden. Wenn der Angehörige einen Tag nicht zu Besuch kommt, wird an diesem Tag die Eintragung vom dort arbeitenden Personal gemacht. Das Führen des Intensivtagebuches hilft Patienten und Angehörigen dem Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entfliehen (vgl. <http://www.intensivtagebuch.de>).

5.12 Zusammenfassung

Die Rahmenbedingungen, welche auf einer Intensivstation anzutreffen sind, spielen eine große Rolle, wenn es darum geht den Angehörigen die schwierige Situation, in der sie sich befinden, zu erleichtern oder zu verschlimmern. Durch einen freundlich gestalteten Warteraum, in dem ausreichend Informationsmaterial in jeglicher Art vorhanden ist, sowie auch für den persönlichen Komfort des Angehörigen gesorgt ist, kann die erste Angst vor dem Ungewissen genommen werden. Der Einsatz der Gegensprechanlage in ausgewählten Situationen ist auf einer Intensivstation durchaus vertretbar.

Die geschlossenen Besuchszeiten sollten durch offene Besuchszeiten abgelöst werden, um Angehörigen hinsichtlich ihres Bedürfnisses nach Nähe zum kranken Familienmitglied gerecht zu werden. Eine weitere wichtige Rolle, um den Angehörigen zur Seite zu stehen und traumatische Krisen zu verhindern oder zu bewältigen, ist der gezielte Einsatz von Psychologen und Seelsorgern.

Um auch den kommunikationsfaulen Mitarbeiter zur Kommunikation mit Angehörigen anzuregen sind regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter bezüglich Kommunikation unabdingbar. Für neue Mitarbeiter ist es auch wichtig über Leitlinien zur Kommunikation zu verfügen, um Angehörigen stets kompetent zur Seite zu stehen. Das Einführen eines Intensivtagebuches, welches mit geringen Kosten verbunden ist, kann ebenso Großes beim Angehörigen bewirken und kommt zu alledem auch dem Patienten zugute.

6 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Die Pflege des Intensivpatienten beschränkt sich längst nicht mehr auf diesen allein. Hinsichtlich der ganzheitlichen Pflege ist der Angehörige ebenso eingeschlossen. Lange Zeit wurde diesen auf Intensivstationen zu wenig Aufmerksamkeit zuteil. Nicht nur Intensivpatienten laufen Gefahr in eine posttraumatische Krise zu schlittern, sondern auch deren Angehörige. Auch die Angehörigen werden in ein Umfeld aus Lärm und Technik geschleudert, das ihnen völlig fremd erscheint. Die Bedürfnisse von Angehörigen sind vielfältig. Neben dem Bedürfnis nach Nähe zum erkrankten Familienmitglied sollte auch der persönliche Komfort nicht zu kurz kommen. Weiters ist das Bedürfnis nach Information nahezu unstillbar.

In der derzeitigen Situation der Intensivstation, in der das Arbeitspensum hoch ist und die Zeit- und Personalressourcen knapp sind, wurde diese Abschlussarbeit daher dezidiert Rahmenbedingungen gewidmet, die vorhanden sein müssen, um Angehörigen die schwierige Situation auf einer Intensivstation zu erleichtern. Ein schön gestalteter Warteraum, welcher nicht ein zweckentfremdeter Durchgangsflur ist, fungiert als eine Art Zwischenstation zwischen Außenwelt und der Welt der Intensivstation. Es soll ein Ort der Ruhe sein, in dem Angehörige Ängste abbauen, neue Kräfte sammeln, sich mit anderen Leidensgenossen austauschen und Gefühle und Emotionen zulassen können. Durch aufliegendes Informationsmaterial in Form von Broschüren oder Infotafeln erhalten Angehörige bereits im Warteraum Informationen über die für sie so befremdliche Intensivstation.

Der Erstkontakt mit der Intensivstation findet zumeist über eine Gegensprechanlage statt. Kommen Angehörige zum ersten Mal auf die Intensivstation, ist es essentiell diese unverzüglich auch persönlich zu begrüßen, um das erste Gefühl der Hilflosigkeit abzubauen und den Angehörigen ein Gefühl von persönlicher Kontrolle zu vermitteln. Ist es ersichtlich, dass Angehörige Gefahr laufen in eine Krise zu schlittern, so kann diese mittels psychologischer Betreuung abgefangen werden. Auch die Religion gibt manchen Menschen in dieser schwierigen Zeit Halt, weshalb auch der Seelsorger auf einer Intensivstation nicht fehlen darf.

Für den untrainierten oder neuen Mitarbeiter auf einer Intensivstation sind auch Leitlinien zur Kommunikation mit Angehörigen sehr hilfreich. Grundregeln der Kommunikation werden darin aufgezeigt und Möglichkeiten zur bedürfnisorientierten Aufklärung erläutert. Um die Qualität der Angehörigenbetreuung sicherzustellen, darf auch auf regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter hinsichtlich ihrer kommunikativen Kompetenzen nicht verzichtet werden.

Eine relativ neue Methode, um den Angehörigen diese schwierige Zeit zu erleichtern, ist das Führen eines Intensivtagesbuches. Durch das tägliche Notieren des Erlebten, wird nicht nur dem Patienten nach dem Intensivaufenthalt geholfen Gedächtnislücken zu füllen, sondern auch von Angehörigen die Zeit auf der Intensivstation besser bewältigt, da sie ihre Emotionen niederschreiben können und sich nicht nutzlos fühlen.

Essentiell ist es, dass in Zukunft weiterhin vermehrte Aufmerksamkeit auf den Angehörigen des Intensivpatienten gerichtet wird, um traumatische Krisen zu verhindern und nicht nur den Patienten in seiner Ganzheitlichkeit zu erfassen, sondern auch dessen Angehörigen. So kann es gelingen, dass der Angehörige auch im stressigen Berufsalltag zur Stütze wird und weder für den Patient noch das Pflegepersonal eine Belastung darstellt.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Bücher:

Abdulla, Walied: Interdisziplinäre Intensivmedizin. 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München/Jena 2007.

Ekert, Bärbel/Ekert, Christiane: Psychologie für Pflegeberufe. 1. Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart 2005.

Juninger, Theodor et. al.: Grenzsituationen in der Intensivmedizin. 1. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2008.

Moesmand, Anna/Kjøllestad, Astrid: Pflege von Akutkranken: Psychosoziale Betreuung von Notfallpatienten, Patienten vor/nach OP und ihrer Angehörigen. 1. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München/Jena 2002.

Larsen, Reinhard: Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. 8. Auflage, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg 2012.

Nagl-Cupal, Martin: „Den eigenen Beitrag leisten“: Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation. 1. Auflage, hpsmedia, Hungen 2011.

Schäfer, Gisela: Horror Segen Intensivstation: Erfahrungen einer Angehörigen, 1. Auflage, Engelsdorfer Verlag, Leipzig 2012.

Ullrich, Lothar/Stolecki, Dietmar/Grünwald, Matthias: Intensivpflege und Anästhesie. 2. Auflage, George Thieme Verlag KG, Stuttgart/New York 2010.

Van Aken, Hugo et. al.: Intensivmedizin. 1. Auflage, George Thieme Verlag KG, Stuttgart 2001.

Internetquellen:

Deutsch Ordens Krankenhaus Friesach

<http://www.dokh.at/index.php?id=ueberuns.html> (14.07.2014, 12:04 Uhr).

<http://www.dokh.at/index.php?id=interne> (06.08.14, 15:38 Uhr).

<http://www.dokh.at/index.php?id=radiologie> (06.08.14, 16:05 Uhr).

<http://www.dokh.at/index.php?id=chirurgie> (06.08.14, 15:52 Uhr).

<http://www.dokh.at/index.php?id=anaesthesie> (06.08.14, 12:34 Uhr).

<http://www.hildebrand.at/firesach.html> (14.07.2014, 12:30 Uhr).

Intensive care: experiences of family & friends

<http://healthtalkonline.org/peoples-experiences/intensive-care/intensive-care-experiences-family-friends/relatives-room> (27.07.2014, 18:00 Uhr).

Intensivstation Innsbruck

http://www.intensiv-innsbruck.at/ticu/ticu_leitfaden_angehoerige.pdf (30.07.14, 09:40 Uhr).

Intensivtagebuch

<http://www.intensivtagebuch.de/Intensivtagebuch/Angehorige.html> (06.08.14, 16:45 Uhr).

Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin

<http://www.sgi-ssmi.ch/index.php/patienten-aussehen.html> (16.07.2014, 11:27 Uhr).