Ein Loch im Leben

Qualitative Untersuchung Wie erleben kritisch kranke, beatmete Patienten ihren Aufenthalt auf der Intensivstation und wie ergeht es ihnen im weiteren Verlauf? Diese Frage bleibt leider oft unbeantwortet, da Pflegende auf der Intensivstation meist nur den Ausschnitt der schwersten Krankheitsphase erleben. Es fehlen Rückmeldungen und Informationen darüber, woran sich diese Patienten später erinnern, wie sie ihre Erlebnisse bewerten und verarbeiten und wie sich ihr Gesundheitszustand seit der Entlassung von der Intensivstation verändert hat. Interviews mit Betroffenen geben Aufschluss.

rolffimages/Fotolia.com

Vielen Patienten fehlt die Erinnerung an die ersten Tage auf der Intensivstation – diese zeitliche Lücke in ihrem Leben verunsichert und verwirrt sie.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

– Lyn Anne von Zepelin –

Um die Fragestellung nach dem Erleben des Intensivaufenthalts durch beatmete Patienten zu beantworten, wurde auf der internistischen Intensivstation des Universitätsklinikums Freiburg ein Projektteam aus drei Pflegenden gebildet. Für das Forschungsvorhaben wurde eine qualitative Methode ausgewählt. Zur Datengewinnung wurden Patienten, die mindestens vier Tage beatmet waren, sechs Wochen nach der Entlassung von der Intensivstation an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort besucht und mittels halbstrukturierter Interviews nach ihren Erfahrungen befragt. Die Interviews wurden aufgezeichnet, transkribiert und mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring[1] systematisch ausgewertet.

Für einen fortwährenden Lern- und Anpassungsprozess in der Intensivpflege sind Aussagen von Patienten eine wichtige Quelle. Für Entscheidungen in evidenzbasierter Pflege werden neben Wissen aus der Literatur, Informationen aus dem lokalen Kontext und Erfahrungswissen der Pflegenden auch die Erfahrungen der Patienten einbezogen.[2]

Aus den Informationen sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, was während der Zeit auf der Intensivstation als hilfreich und was als weniger hilfreich erlebt wurde und ob diese Patienten während oder nach dem Intensivaufenthalt einen zusätzlichen Informations- oder Betreuungsbedarf haben. Die Darstellung der Patienten über ihre Bewertung des Intensivaufenthalts kann dazu beitragen, die Bedeutung der Intensivbehandlung im jeweiligen Lebenskontext besser zu verstehen. Durch dieses Wissen kann Pflege einfühlsam gestaltet und eine Prioritätensetzung in der täglichen Arbeit erleichtert werden.

Hintergrund

Über zwei Millionen Menschen mussten sich 2014 in Deutschland intensivmedizinisch behandeln lassen, davon waren knapp 400.000 beatmet und damit im künstlichen Koma.[3] Der Grund für die Aufnahme auf einer Intensivstation steht oft im Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Situation und die Patienten haben wegen der Unvorhersehbarkeit nicht die Möglichkeit, sich auf diese Situation einzustellen.[4]

Zu wenig ist bekannt, welche Faktoren von den Intensivpatienten als Belastung empfunden werden.[5] Es ist wichtig, das Erleben aus Patientensicht zu erforschen, da oft erhebliche Diskrepanzen zwischen der Fremd- und der Selbstwahrnehmung bestehen.[6] Aus Skandinavien und Großbritannien sind qualitative Forschungsarbeiten zum Thema Erleben des Intensivaufenthalts bekannt. Wenig wurde dazu in Deutschland veröffentlicht.

Bekannt ist, dass zwischen 31 und 81 % der Intensivpatienten ein Delir entwickeln, das das Erleben und das Erinnern mitprägen kann.[7–9] In einer kleinen Studie wurden Symptome von Intensivpatienten während des Aufenthalts mit Durst, Müdigkeit und Unwohlsein oder Angst benannt.[10] Die meisten Studien erfassen die Erfahrung allerdings retrospektiv. In qualitativen Interviews berichten Patienten beispielsweise von Erinnerungslücken, Orientierungsbeeinträchtigungen und Träumen und von Bemühungen, das Erlebte zu rekonstruieren.[4,11] Die Rekonstruktion der Erlebnisse gelingt ihnen mithilfe von Erzählungen ihrer Angehörigen. Es scheint wichtig zu sein, wie Patienten das Erlebte bewerten und wie sie daraus eine Geschichte zusammenstellen, die für sie einen Sinn ergibt.[12,13] Es zeigt sich, dass nicht die tatsächlich erinnerten Erlebnisse eine entscheidende Rolle spielen, sondern die persönliche Bedeutungszumessung der Erfahrungen im Lebenskontext ausschlaggebend ist.[14]

Zeitgefühl und Wahrnehmung sind während der Zeit der kritischen Krankheit verändert und führen dazu, dass Patienten schwer zwischen tatsächlich Erlebtem und Halluzinationen unterscheiden können.[12]

Abhängig zu sein und nicht kommunizieren zu können führt bei beatmeten Patienten zu Gefühlen von Sorge, Angst und Alleinsein.[15,16] Kommunikationsschwierigkeiten während der Zeit der Beatmung werden als große Belastung empfunden. Patienten, die nicht erfolgreich kommunizieren können, fühlen sich eher hilflos und sind unzufrieden mit ihrer Versorgung. Sie empfinden Kommunikationsschwierigkeiten als schrecklich und angsteinflößend.[17]

Immer wieder wird die tragende Rolle der Angehörigen herausgestellt, die während des Intensivaufenthalts und danach als begleitende Unterstützung eine Ressource sind für den Lebenswillen, die Reorientierung und die Verarbeitung des Krankheitserlebens.[14,15,18,19]

Die Intensivstation

Aussagen der Patienten zu ihrem Erleben des Intensivaufenthalts müssen vor dem Hintergrund wesentlicher Aspekte des Settings verstanden werden. Die internistische Intensivstation, auf der die Patienten rekrutiert wurden, befindet sich in einem Universitätsklinikum, verfügt über 14 Beatmungsbetten und eine moderne Ausstattung.

Seit einigen Jahren kann auf der Station ein psychosomatischer Liaisondienst angeboten werden. Eine Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie steht den Patienten, Angehörigen und Pflegenden für unterstützende Gespräche zur Verfügung.

Auf der Station werden akut lebensbedrohlich erkrankte Patienten mit internistischen Krankheitsbildern behandelt, die bei vitaler Bedrohung aus externen Häusern, von Stationen aus dem eigenen Haus oder von zu Hause zugewiesen werden. Organersatzverfahren sind an der Tagesordnung. Das bedeutet, dass die Aufnahme auf der Intensivstation für die Patienten meist ungeplant und in einer gesundheitlich kritischen Situation erfolgt.

Methodik

Da die Fragestellung auf das subjektive Erleben der Patienten zielt, sollte sie mit einer qualitativen Methode beantwortet werden. Mittels halbstrukturierter Interviews sollten die Daten von den Patienten erhoben werden. Ein Interviewleitfaden wurde erstellt, in dem Fragenformulierungen festgehalten waren, die im Gesprächsverlauf angesprochen werden sollten. Die Patienten sollten möglichst frei zu Wort kommen. Der Zeitpunkt wurde auf etwa sechs Wochen nach Entlassung von der Intensivstation festgelegt. Die geschätzte Stichprobengröße betrug zehn Patienten. Es wurde versucht, infrage kommende Patienten noch während des Intensivaufenthalts anzusprechen und für das Interview

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Tab. 1 Patientenmerkmale.

Patient Nr.	m/w	Alter	Familienstand	Diagnose	Dauer Aufenthalt in Tagen	Dauer Beatmung in Tagen/Stunden
B1	m	53	Ledig	Pneumogene Sepsis, ECMO	12	7/20
B2	m	77	Verh	Reanimation bei Kammerflimmern/KHK	7	5/21
B3	w	51	Ledig	Pneumogene Sepsis, ARDS	12	11/15
B4	m	36	Ledig	Pneumonie, Endokarditis bei iv-Drogen-Abusus	21	10/23
B5	w	52	Verh	PJP, ARDS, metastasiertes Mamma-Carcinom	12	10/18
B6	w	41	Verh	Respiratorische Insuffizienz bei Blastenkrise und Erstdiagnose CML	10	3/21
B7	m	24	Ledig	Legionellen-Pneumonie, ARDS, ECMO	30	5/21
B8	w	23	Ledig	Reanimation bei Kammerflimmern, ECLS	14	5/00

Abkürzungen

Verh *Verheiratet*
ECMO *Extrakorporale Membran-Oxygenation*
KHK *Koronare Herzkrankheit*
ARDS *Acute Respiratory Distress Syndrome*
PJP *Pneumocystis jirovecii Pneumonie*
CML *Chronisch Myeloische Leukämie*
ECLS *Extracorporeal Life Support*

aufzuklären. Die einverstandenen Patienten wurden von den Projektmitgliedern per Telefon zur Terminabsprache kontaktiert. Sie wurden rund sechs Wochen nach Entlassung von der Intensivstation an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort besucht. Der Umkreis war festgelegt auf 60 km. Einschlusskriterien waren ein Mindestalter von 18 Jahren, eine Beatmungsdauer von über vier Tagen und die Möglichkeit, das Interview in deutscher Sprache durchzuführen. Ausschlusskriterien waren gravierende kognitive Einschränkungen, Ablehnung des Interviews und die nicht vorhandene Möglichkeit, das Interview in Deutsch durchzuführen. Alle unterschrieben vor dem Interview eine schriftliche Einverständniserklärung.

Die Interviews wurden auf Tonträger aufgezeichnet, transkribiert, anonymisiert und mit der Methode der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse

Stichprobe

Im Befragungszeitraum befanden sich 233 Patienten auf der Station, die mehr als vier Tage beatmet waren. Deren Durchschnittsalter betrug 61 Jahre. Von diesen waren viele bei Verlegung nicht aufklärungsfähig, manche waren moribund oder wurden zu weit weg verlegt und kamen deshalb für ein Interview nicht in Frage. So verblieb eine Gelegenheitsstichprobe von acht Patienten, mit denen ein Interview geführt werden konnte. Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 44,6 Jahre (23–77 Jahre). Die durchschnittliche Verweildauer auf der Intensivstation betrug 14,7 Tage (7–30 Tage), die durchschnittliche Beatmungsdauer 7,7 Tage (3,9–11,6 Tage). Die Aufnahmegründe waren bei allen ungeplanter Natur: Drei Patienten wurden wegen pneumogener Sepsis aufgenommen, drei mit einer Grunderkrankung und Pneumonie und zwei wegen Reanimation bei Kammerflimmern (→ **Tab. 1**).

Datenerhebung

Alle Patienten wurden durch ein Mitglied des Projektteams kontaktiert und an ihrem jeweiligen Aufenthaltsort besucht. Vier Interviews wurden bei den Befragten zu Hause durchgeführt, zwei in einer Rehabilitationseinrichtung, eines auf einer peripheren Station im selben Haus und eines auf der Intensivstation in einem Nebenraum, da die Patientin gerade zu einem Ambulanztermin in der Klinik war.

Fünf der Interviews fanden mit den Interviewpartnern allein statt, bei drei war ein Familienmitglied im selben Raum anwesend. Diese wurden gebeten, sich am Interview nicht zu beteiligen, und darauf hingewiesen, dass sie im Anschluss Gelegenheit zum Reden erhalten würden.

Die Interviews dauerten im Durchschnitt 19 Minuten (13–28 Minuten).

Datenauswertung

Aus dem Textmaterial konnten neun Kategorien herausgearbeitet werden: Erinnerungslücken, Umgebung/Orientierung, Phänomene, Kommunikation während Beatmung, Ressourcen, Rekonvaleszenz, Gesundheitsempfinden, Verarbeitung und Auswirkungen. Im Folgenden werden die Kategorien erläutert und mit wörtlichen Zitaten aus den Interviews illustriert. Die Befragten sind dabei mit B1 bis B8 bezeichnet.

Erinnerungslücken Keiner der acht Befragten kann sich an die Aufnahme auf der Intensivstation erinnern. Alle berichten, dass ihnen die ersten Tage in der Erinne-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

rolffimages/Fotolia.com

Wenn die Wahrnehmung der Zeit abhanden kommt, ist jegliche Orientierung erschwert. Wo bin ich? Was ist real, was ist Traum?

rung fehlen. B6 sagt: *„Eine Woche ich haben Loch mit (…) meine Leben."*

Die Erinnerung nach dem Aufwachen wird nicht als fixierter Zeitpunkt verstanden, sondern als Prozess, in dem Erinnerung zunimmt. Nach der Wahrnehmung des Wachseins ist über einen längeren Zeitraum das Zeitgefühl beeinträchtigt und Phasen des Wachseins wechseln sich ab mit Phasen des Dämmerns. B5 sagt: *„Es ist alles immer so fließend gewesen. Ich war eigentlich nur, hab mich nur wach gefühlt, wenn jemand da war (…)."*

Deutlicher werden die Erinnerungen am Ende des Intensivaufenthalts. B4 sagt dazu: *„Richtig erinnern kann ich mich nur so zum Schluss."*

Umgebung/Orientierung Mit dem Wacherwerden nehmen die Patienten ihre Umgebung wahr und erlangen Orientierung in Raum und Zeit. Das Zimmer, Mitpatienten, Gegenstände, Orientierungshilfen wie eine Uhr, Pflegeroutine oder Pflegerituale werden wahrgenommen. B5 gibt an, welche Bedeutung der freie Blick zur Uhr für sie hatte: *„Die war mir wirklich ganz wichtig, dass ich so ein Zeitgefühl entwickeln konnte, denn an sich ist es schon eine nebulöse Zeit gewesen."*

Auch Mitpatienten spielen eine Rolle. B5 erinnert sich *„an die Besuche der anderen Patienten. Da wurde dann auch einmal jemand abgeschaltet und das war dann schon … das habe ich dann so irgendwie mitbekommen, das war schon was Dramatisches."*

In dem Zusammenhang wird auch die Wahrnehmung des Tag-Nacht-Rhythmus beschrieben. Tageslicht spielt eine wichtige Rolle: *„Und auch das schmale Fenster oben, dieses Oberlicht, nein, es war kein Oberlicht, ein höheres an der Wand, höher, so das eben dann: hell, dunkel, das hat mir schon einmal Orientierung gegeben."*

Phänomene In Bezug auf psychische Phänomene berichten die Befragten von Träumen, Angst und Illusionen. B2 berichtet: *„Dass ich halt Träume hatte, furchtbare."* Er erzählt dann weiter von einer Illusion: *„Am Fenster waren die Jalousien nicht ganz*

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

unten. Die habe ich als Schlange gesehen, die Bewegungen, die da reinkommen.“

B8 spricht im Zusammenhang mit Träumen davon, *„dass ich unter Wasser war und dass irgendwie ein Labor war oder so, habe ich geträumt, und dass auch Meerjungfrauen da waren.“*

B5 berichtet von ihrem Bewusstseinszustand zwischen Realwelt und Traumwelt: *„Einmal hab ich geträumt, ich weiß nicht, hat sich alles so vermischt zwischen Real und Traum. Dass ich das Gefühl hatte, jetzt werde ich abgehängt, so von den Maschinen, so. Dann hab ich immer nein, nein, das will ich nicht, das will ich nicht.“*

Angst ist als Empfindung nicht unbestimmt, sondern mit konkreten Situationen oder Befürchtungen verbunden. So berichtet ein Patient über Angst, als sein Beatmungsgerät nicht richtig funktioniert. Eine weitere Patientin hat Angst vorm Einschlafen, weil sie fürchtet, wieder reanimationspflichtig zu werden.

Physische Phänomene werden von den Befragten beschrieben mit Durst, Luftnot, Unruhe, Schmerzen, Schwellungen und der Unfähigkeit, sich zu bewegen. Besonders die Ödeme werden als unangenehm empfunden. B1 bemerkt diese erst mit der Zeit: *„Weil, ich hatte nicht gewusst, dass ich, ich weiß nicht mit was, dass ich um 20 kg aufgepumpt worden bin, und dass ich über 100 kg gewogen habe.“* Und er sagt, das Schlimmste sei gewesen, *„dass du dich nicht bewegen kannst“*.

Schmerzen spielen in der Erinnerung eine untergeordnete Rolle. Das Phänomen Durst ist für einen Befragten dahingehend ein Problem, dass er durch die Kommunikationseinschränkung sein Bedürfnis nicht verständlich machen kann.

Kommunikation während Beatmung Viele der Befragten berichten darüber, wie sie in der Zeit der Beatmung kommuniziert haben und welche Probleme dabei auftauchten. B4 sagt, es sei das Schlimmste für ihn gewesen, *„nicht zu reden. Und den Pflegern klar zu machen, dass ich gerade Durst habe.“* Er berichtet davon, dass es sehr lange gedauert habe, bis ihn jemand verstanden habe. Auch seine Mutter habe einmal eine dreiviertel Stunde gebraucht, bis sie erfasst habe, dass er die Bettpfanne brauchte.

Auch B5 leidet darunter, dass sie sich nicht mitteilen konnte: *„Ich habe etwas versucht zu erklären und keiner hat es verstanden.“* Ihre Wortwahl macht ihre emotionale Beteiligung deutlich: *„Und das war für mich entsetzlich, dass ich auf einmal auch nicht mehr schreiben konnte.“*

Ressourcen Als Ressourcen werden die pflegerische Betreuung, Angehörige und persönliche Gegenstände genannt. Die pflegerische Betreuung leistete einen wichtigen Beitrag zum Gefühl, sich versorgt und sicher zu wissen. So beschreibt es B5: *„Das waren schon auch Gespräche mit Pflegerinnen, die mir dann auch Mut gemacht haben bzw. die auch immer gesagt haben: ‚Das machen Sie so toll, so super!‘“* Sie spricht davon, dass sie die Fürsorge der Pflegenden gespürt hat: *„Also, ich habe mich auch nie jetzt irgendwie auf einem fremden Planeten gefühlt, sondern immer im Leben drin, also dass man wahrgenommen wird und versorgt wird.“*

Es wird von mehreren Befragten geäußert, dass schnell jemand da ist, wenn eine Pflegende benötigt wird. Dies vermittele ein Gefühl von Sicherheit. B8 sagt dazu: *„Ich habe mich eigentlich auch sicher gefühlt hier. Also in guten Händen so. Ich wusste, mir kann jetzt nichts passieren.“*

Auch bei der Orientierung werden Pflegende als Ressource wahrgenommen. Patienten berichten davon, dass ihnen immer wieder von den Pflegenden Tag und Uhrzeit genannt werden.

Angehörige spielen eine zentrale Rolle und werden vielfach als Unterstützung und Kraftquelle genannt. B8 sagt: *„Ja, erst mal, dass meine Familie halt immer hier war, meine Freunde. Mein Freund auch.“* Die Befragten geben auch an, dass Angehörige bei der Orientierung helfen.

Für manche Befragten sind persönliche Gegenstände wichtig. Eine junge Patientin berichtet davon, ihren MP3-Spieler benutzt zu haben. Eine andere hat einen Holzengel von ihrem Pfarrer bekommen, der ihr dann ein Trost ist.

Rekonvaleszenz Die Zeit der Rekonvaleszenz bezieht sich auf den Zeitraum nach der Entlassung von der Intensivstation bis zum Zeitpunkt des Interviews sechs Wochen später. Diese Zeit ist geprägt vom langsamen Erkennen der eigenen krankheitsbedingten Grenzen und vom Annehmen des Tempos in Bezug auf den Genesungsfortschritt. An psychischen Problemen wird Antriebslosigkeit und Interesselosigkeit genannt: *„Ich hatte an gar nichts Interesse.“*

B5 benutzt dafür auch das Wort Depression und sagt: *„Das ganz tiefe Loch war gleich dann auf der Station [Name periphere Lungenfachstation].“*

Auch körperliche Probleme werden als belastend wahrgenommen. Persistierende Ödeme sind bei der Mobilisation hinderlich und die Abhängigkeit von Sauerstoff wird als Einschränkung empfunden. B3 sagt zum Thema Sauerstoff: *„Weil das, ja, beeinträchtigt einen. Hier ist es jetzt kein Problem, (…) auf Dauer ist es schon eine Einschränkung.“*

Gesundheitsempfinden Das subjektive Erleben des Gesundheitszustands zum Zeitpunkt des Interviews wird von allen Befragten als schlechter als vorher beschrieben. Gleichwohl sehen sie auch einen Fortschritt. B3 sagt: *„Aber (…) es sind einfach die, die Einschränkungen werden weniger.“* Die Selbstständigkeit ist noch nicht komplett wiederhergestellt und einzelne Bereiche bereiten noch Probleme: *„Was du von früher kennst, das Selbstständige, das, nein (…) noch lange nicht gut.“* (B1)

Kopfschmerzen, Schwäche und Ödeme werden als Probleme benannt. Allen ist bewusst, dass die Rekonvaleszenz noch nicht abgeschlossen ist.

Verarbeitung Vielfache Bewältigungsstrategien werden von den Befragten genannt wie beispielsweise Verdrängung, Fokus auf sich selbst, Blick nach vorn, die Zuschreibung eines Sinns oder Gespräche. Sehr betont wurde die Wichtigkeit der Gespräche mit Angehörigen, die schon während des Intensivstationsaufenthalts, aber auch in der Zeit danach eine Stütze sind. B2 sagt: *„Ich mein', wir haben, (…) ich habe mit meiner Frau darüber gesprochen.“*

Die Befragten sind sehr mit sich selbst beschäftigt und richten ihren Blick nach vorn. B1 sagt: *„Habe mich eigentlich auf mich konzentriert und geschaut, dass ich vorwärtskomme.“*

Zum Zeitpunkt des Interviews will kein Befragter zusätzliche Gespräche. Alle Befragten haben Angehörige, mit denen sie

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Patienten berichten, dass sie zum Ende des Intensivaufenthalts wieder mehr wahrnehmen. Die Orientierung kehrt zurück und die Tür zum „normalen" Leben öffnet sich wieder.

über das sprechen können, was sie bewegt. Eine Patientin ist in der Rehabilitationseinrichtung in psychologischer Betreuung, eine weitere überlegt dies für die Zukunft: *„Aber so von der Psyche, so psychologisch oder so, werde ich mir zuhause in [Name der Heimatstadt] vielleicht mal noch jemanden suchen, mit dem ich da nochmal darüber reden kann."*

Auswirkungen Der Intensivaufenthalt hat bei allen Befragten Spuren hinterlassen. Die Befragten berichten davon, dass der Intensivaufenthalt als unerwartetes Ereignis in ihr Leben trat und dieses Erlebnis ein Bewusstsein geschaffen hat für zukünftige Gewichtungen im Leben. B4 sagt beispielsweise: *„Für mich ist Familie viel wichtiger geworden."*

Und B8 beschreibt, wie viel bewusster ihr Leben geworden ist: *„Ich habe mich gestern dann auch einfach mal mitten auf der Wiese mit ins Gras gelegt bei dem Wetter. Und also ich merke schon, dass ich es mehr genieße alles so."*

Die Befragten erwähnen auch, dass ihr Leben in Gefahr war. Mit den Worten von B8: *„Das hätte ja auch anders kommen können."*

Angehörige Angehörige machten Aussagen zu belastender Wartezeit, zu fehlenden Informationen durch Ärzte und zu schlechter Überwachung nach der Intensivstation. Die Angehörige von B2 war emotional sehr aufgewühlt und kämpfte während des Interviews mit den Tränen.

Diskussion

Die Absicht dieser Untersuchung war, ein möglichst umfassendes Bild vom Erleben von acht Intensivpatienten zu erhalten.

Beim Blick auf das Material fällt zunächst auf, dass alle Patienten eine Erinnerungslücke haben, was die Aufnahme auf der Intensivstation und die ersten Tage angeht. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer qualitativen Untersuchung auf einer französischen internistischen Intensivstation[11] und auf einer schwedischen interdisziplinären Intensivstation.[20] Das mag damit begründet sein, dass die Aufnahme der Patienten unvorhergesehen ist und sie sich in dieser Zeit in einem kritisch kranken Zustand befinden, der eine Intubationsnarkose, Sedierung, Analgesie und vielfältige Medikation notwendig macht. Die Inhalte dieser ersten Phase scheinen im weiteren Verlauf für die Patienten keine Bedeutung zu haben, da in der Literatur und auch in der vorliegenden Untersuchung keine Berichte darüber zu finden sind, dass diesbezüglich später noch unangenehme Erinnerungen aufgetaucht wären.

Patienten sprechen davon, dass sie im Verlauf aufgewacht sind. Es folgt ein Prozess der Orientierung und Wahrnehmung der Umgebung, der nicht linear ist. Bruchstückhafte Wahrnehmungen und ein nicht vorhandenes Zeitgefühl machen diese Phase aus. Auch dies deckt sich mit den Ergebnissen von Lof et al.[20] und Chahraoui et al.[11] In dieser Phase scheinen Orientierungshilfen besonders bedeutsam zu sein. In der vorliegenden Untersuchung sind dies eine sichtbare Uhr, Pflegende und Angehörige, die verbal Orientierung geben, und die Wahrnehmung des Tag-Nacht-Rhythmus durch Tageslichteinfall. Sinneseindrücke werden zum Teil traumhaft oder illusionär verarbeitet. So hat eine Patientin in der vorliegenden Untersuchung das plätschernde Geräusch ihres Kühlaggregats traumhaft mit dem Gefühl verbunden, unter Wasser zu sein und Meerjungfrauen zu sehen. Auch Gesprächsfetzen und Witze am Bett, die nicht richtig zugeordnet werden können, werden aufgeschnappt und in das Erleben eingebaut. Es lässt sich nur erahnen, was B5 gehört hat, als sie traumhaft verarbeitete, dass sie das Gefühl hatte, von den Maschinen abgehängt zu werden.

Cutler et al.[14] beschreiben, wie durch Polypharmazie und die physiologischen Veränderungen durch die kritische Krankheit das Wahrnehmungsverständnis und entsprechend auch die Erinnerung sich ändern können. In der vorliegenden Untersuchung wurden Schmerzen, Luftnot, Unruhe und Durst zwar genannt, aber nicht als belastend beschrieben. Es lässt sich nicht sicher sagen, ob diese physischen Phänomene tatsächlich so wenig auftraten oder ob die Patienten sich nicht daran erinnern konnten.

Was die Befragten allerdings als große Belastung angaben, war die Erinnerung an die Unfähigkeit zu sprechen durch die Beatmung. Dies ist in Übereinstimmung mit der Literatur ein großer Stressfaktor, der hilflos und unzufrieden macht.[15–17] Die Belastung, Bedürfnisse wie Durst oder den Wunsch nach einer Bettpfanne nicht artikulieren zu können, ist unbestritten immens. Auch der fehlende kommunikative Austausch mit vertrauten Menschen ist mehr als nur eine Unannehmlichkeit.

Im Gegensatz zu Ergebnissen von Wang et al.,[19] deren Patienten von unangenehmen Prozeduren und bitteren und beängstigenden Erfahrungen insbesondere auch mit den Pflegenden sprechen, fühlten sich die Befragten in der vorliegenden Untersuchung gut versorgt und sicher. Pflegemaßnahmen wurden nicht als unangenehm erinnert. In diesem Zusammenhang scheint die pflegerische Beziehung ein wichtiger Faktor zu sein. Besendorfer[4] schreibt, dass bei einem vorhandenen Vertrauensverhältnis auch unangenehme pflegerische Handlungen akzeptiert werden. Und Samuelson[21] hebt hervor, dass Pflegende in ihrer Rolle einen entscheidenden Beitrag leisten können, Erfahrungen und Erinnerungen positiv zu gestalten. Sie bilden damit eine wesentliche Säule der Ressourcen, die einem Intensivpatienten zur Verfügung stehen.

Eine weitere wichtige Säule sind die Angehörigen. In Übereinstimmung mit der Literatur sind Vertraute ein wichtiges Bindeglied zur Welt außerhalb der Intensivstation, sie helfen bei der Orientierung und sind Motivatoren, wieder ins Leben zurückzukehren.[14,15,18] Auch in der Zeit nach der Intensivstation spielen Angehörige eine wichtige Rolle. In der vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, dass diese einen wesentlichen Beitrag leisten bei der Verarbeitung der Krankheit und dass sie als Unterstützung während der Rekonvaleszenz ständig zur Seite stehen. Schon während des Intensivstationsaufenthalts, aber auch in den sechs Wochen bis zum Interview haben sich die Befragten von ihren Angehörigen wieder und wieder erzählen lassen, was passiert ist. Möglicherweise hatte aus diesem Grund kein Befragter zum Zeitpunkt des Interviews den Wunsch nach weiteren Gesprächen. Die vorhandenen Strukturen wurden wohl als ausreichend wahrgenommen. Es lässt sich daher aus dieser Befragung nicht ableiten, dass routinemäßig geplante Gespräche nach dem Intensivstationsaufenthalt ein sinnvolles Angebot sein könnten.

Eine Studie zur Wirksamkeit von psychologischer Unterstützung noch während des Intensivaufenthalts konnte zeigen, dass durch die Interventionen Angst, Depression und das Risiko einer posttraumatischen Belastungsstörung vermindert werden konnten.[22] Die genannten psychologischen Interventionen wurden von einem Team aus Psychologen und geschultem Pflegepersonal durchgeführt, die emotionale Unterstützung und Bewältigungsstrategien für wache Patienten und deren Angehörige anboten. In der vorliegenden Untersuchung wurde das Angebot des psychosomatischen Liaisondienstes während des Intensivstationsaufenthalts von den Befragten wertgeschätzt. Auch Angehörige nahmen dieses Angebot wahr. Ein direkter Einfluss der Gespräche des psychosomatischen Liaisondienstes auf das Erleben wurde in der vorliegenden Befragung zwar nicht untersucht, jedoch ist dies scheinbar ein Faktor, der zu positiven Erinnerungen beiträgt und die Verarbeitung unterstützt. Insofern scheinen analog zur Untersuchung von Peris et al.[22] Bemühungen erfolgversprechend, schon

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

während des Intensivaufenthalts die Betreuung um psychische Interventionen zu erweitern.

Alle Befragten gaben an, dass der Intensivstationsaufenthalt ihre Haltung zum Leben verändert habe. Das unerwartete Ereignis schaffte ein Bewusstsein für zukünftige Prioritäten im Leben, beispielsweise die Familie wichtiger zu nehmen als die Arbeit. Manche möchten ihrem Leben eine neue Richtung geben wie aufzuhören zu rauchen oder ehrlicher zu sich selbst zu sein. Durch den Zeitpunkt der Untersuchung sechs Wochen nach Entlassung von der Intensivstation hatten die Befragten der vorliegenden Untersuchung schon Abstand zu ihrem Intensivstationsaufenthalt. In diesem Zeitraum hatten die Befragten ihre Erinnerungen mithilfe von Informationen durch die Angehörigen zu einer stimmigen, sinnvollen Geschichte rekonstruiert und reflektiert. Dies wird vielfältig auch in der Literatur beschrieben.[4,23] Es wird deutlich, dass das Geschehen komplex ist und viele Einflussfaktoren mitbestimmend sind. Der Intensivstationsaufenthalt lässt sich verstehen als Ausschnitt eines Krankheitsverlaufs, dessen Bedeutungsbeimessung beim Betroffenen liegt.[14] Der existenzielle Charakter dieser Erfahrung macht deutlich, welche entscheidende Rolle einfühlsame und wertschätzende Pflege spielt und was dies auch für die Angehörigen bedeutet. Die Bedeutung, die Patienten ihrem Intensivstationsaufenthalt geben, ist daher wesentlich mitgeprägt von der Haltung der Pflegenden am Bett.

Die vorliegende Untersuchung konnte einen differenzierten Einblick geben in das Erleben von beatmeten Patienten einer internistischen Intensivstation. Da sich Intensivmedizin hin zu noch wacheren beatmeten Patienten entwickeln wird,[15,18] ist es umso mehr erforderlich, mit diesen Patienten erfolgreich zu kommunizieren und die umgebenden Faktoren angemessen zu gestalten. Happ et al.[24] fanden heraus, dass etwa die Hälfte der beatmeten Patienten von unterstützter Kommunikation und Logopädie profitieren könnte. Patienten könnten sich so an Entscheidungen und an ihrer Pflege kommunikativ beteiligen. Dies könnte neben einer bewussten und aufmerksamen Pflege ein weiterer wesentlicher Faktor sein für eine positive Erinnerung von Patienten an ihren Intensivstationsaufenthalt.

Literatur

1 Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz; 2015
2 Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvery G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? Journal of Advanced Nursing 2004; 47(1): 81–90
3 Statistisches Bundesamt (Destatis). Intensivmedizinische Versorgung in Krankenhäusern-Anzahl Krankenhäuser Betten sowie Aufenthalte in Deutschland. 2014. Online unter www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=2&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_30&D.000=3736, letzter Zugriff 26.04 2016
4 Besendorfer A. Experience of patients in the intensive care unit. A qualitative study. Pflege 2002; 15(6): 301–8
5 Mörer O. Quality of Life in der Intensivmedizin. In: Michalsen A, Hartog SC (Hrsg.). End-of-Life Care in der Intensivmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013
6 Bohrer T, Koller M, Neubert T, Moldzio A, Beaujean O, Hellinger A, Lorenz W, Rothmund M. How do general surgery patients experience the intensive care unit? Results of a prospective observational study. Chirurg 2002; 73(5): 443–450
7 Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr., Inouye SK, Bernard GR, Dittus RS. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA 2004; 291(14): 1753–1762
8 Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A, Thompson J, Pun BT, Morris JAJ Jr., Dittus R, Ely EW. Prevalence and Risk Factors for Development of Delirium in Surgical and Trauma Intensive Care Unit Patients. Journal of Trauma-Injury Infection&Critical Care 2008; 65(1): 34–41
9 Salluh JI, Wang H, Schneider EB, Nagaraja N, Yenokyan G, Damluji A, Serafim RB, Stevens RD. Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. BMJ 2015; 350: h2538
10 Li DT, Puntillo K. A pilot study on coexisting symptoms in intensive care patients. Applied Nursing Research 2006; 19(4): 216–219
11 Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, Quenot JP. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. Journal of Critical Care 2015; 30(3): 599–605
12 Griffiths RD, Jones C. Filling the intensive care memory gap? Intensive Care Medicine 2001; 27(2): 344–346
13 Storli SL, Lindseth A, Asplund K. „Being somewhere else"-delusion or relevant experience? A phenomenological investigation into the meaning of lived experience from being in intensive care. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being 2007; 2(3): 144–159
14 Cutler LR, Hayter M, Ryan R. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. Intensive and Critical Care Nursing 2013; 29(3): 147–157
15 Baumgarten M, Poulsen I. Patients' experience of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative methasynthesis. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2015; 29(2): 205–214
16 Magarey JM, McCutcheon HH. ‚Fishing with the dead' – recall of memories from the ICU. Intensive & Critical Care Nursing 2005; 21(6): 344–354
17 Guttormson JL, Bremer KL, Jones C. Not being able to talk was horrid; a descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. Intensive and Critical Care Nursing 2014; 31(3): 179–186
18 Egerod I, Bergbom I, Lindahl B, Henricson M, Granberg-Axell A, Storli SL. The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. International Journal of Nursing Studies 2015; 52(8): 1354–1361
19 Wang K, Zhang B, Li C, Wang C. Qualitative analysis of patients' intensive care experience during mechanical ventilation. Journal of Clinical Nursing 2009; 18(2): 183–190
20 Lof L, Berggren L, Ahlstrom G. Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay – 3 and 12 months after discharge. Intensive and Critical Care Nursing 2006; 22(3): 154–166
21 Samuelson KA. Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – findings from 250 interviews. Intensive and Critical Care Nursing 2011; 27(2): 76–84
22 Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, Migliaccio ML, Zagli G, Bacchereti A, Debolini M, Vannini E, Solaro M, Balzi I, Bendoni E, Bacchi I, Trevisan M, Giovannini V, Belloni L. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. Critical Care (London, England) 2011; 15(1): R41
23 Storli SL, Lindseth A, Asplund K. A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with the memories from intensive care. Nursing in Critical Care 2008; 13(2): 86–96
24 Happ MB, Seaman JB, Nilsen ML, Sciulli A, Tate JA, Saul M, Barnato AE. The number of mechanically ventilated ICU patients meeting communication criteria. Heart & Lung: The Journal of Acute an Critical Care 2015; 44(1): 45–49

Autorin

Lyn Anne von Zepelin
Gesundheits- und Krankenpflegerin, BSc.
Interdisziplinäre Intensivstation Heilmeyer 2, Klinik für Innere Medizin III, Universitätsklinikum Freiburg.
E-Mail: lyn.anne.zepelin@uniklinik-freiburg.de

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0043-103073
Intensiv 2017; 25: 124–131

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 0942-6035

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.