

Berufsschule für Gesundheits- und
Krankenpflege, Chur
Höhere Fachausbildung in Pflege Stufe I, Kurs 6

Abschlussarbeit

Der Übertritt von PatientInnen von Intensivstation auf die normale Abteilung

Eine Problemanalyse

Susanne Mayer
Obere Plessurstr. 5
7000 Chur

Chur, Juni 2001

1. Einleitung.....	2
1.1. Zweck der Untersuchung.....	3
1.2. Fragestellung.....	4
1.3. Abgrenzung	4
2. Theoretischer Rahmen.....	5
2.1. Definitionen im Zusammenhang mit Verlegung	5
2.2. Wie entsteht durch Verlegung ausgelöster Stress	7
2.3. Umgang mit Verlegungsstress.....	10
2.4. Zeichen für Verlegungsstress.....	10
2.6. Instrumente zur Erkennung von Verlegungsstress	12
2.7. Massnahmen gegen Verlegungsstress	13
2.8. Aufgabe der Pflege in Bezug auf die Verlegung von PatientInnen.....	15
3. Methode.....	18
3.1. Erheben der IST-Situation	18
3.2. Auswerten der Pflegedokumentationen.....	18
3.3. Beobachtung einer Verlegung.....	19
3.4. Auswahl der Untersuchungspersonen und Vorgehen.....	19
3.4.1. Interviewfragen.....	20
3.4.2. Vorgehen bei den Interviews	20
3.4.3. Auswertung der Interviews	20
3.5. Beobachtungen.....	21
3.6. Ethische Überlegungen.....	21
4. Ergebnisse	22
4.1. IST-Situation.....	22
4.1.1. IST-Analyse der IPS.....	22
4.1.2. IST-Analyse der medizinischen Klinik.....	24
4.1.3. Ist-Analyse der chirurgischen Klinik.....	25
4.2. Beobachtung einer Verlegung.....	26
4.3. Auswertung der Pflegedokumentation	27
4.4. Auswertung der Interviews	27
4.4.1. Information	27
4.4.2. Betreuung.....	29
4.4.3. Selbständigkeit/Fortschritt	30
4.4.4. Ruhe/Raum/Abschirmung.....	31
5. Diskussion.....	33
7. Schlussfolgerung.....	38
8. Kritik und persönliche Stellungnahme	40
9. Literaturverzeichnis	40

1. Einleitung

„Schwester I., die gerade Spätdienst hat, kommt mit einer fremden Schwester ins Zimmer, löst die Bremsen an meinem Krankenbett, und gemeinsam schieben sie mich auf den Flur. Wir passieren die gläserne Tür, durch die ich vor mehr als drei Monaten aus entgegengesetzter Richtung gekommen war. Etwas wehmütig betrachte ich das Schild mit der Aufschrift „Intensivtherapie“, das zu meinen Füßen auftaucht. Eigentlich müßte ich froh sein, von der IT endlich wegzukommen. Ist das nicht ein Zeichen, daß es aufwärts mit mir geht?„

So beschreibt ein junger Mann seine Verlegung von einer Intensivstation¹.

Jede Krankheit, die einen Aufenthalt auf der Intensivpflegestation (IPS) notwendig macht, stellt ein lebensbedrohliches Ereignis dar, dessen Ausgang nicht vorhersehbar ist, und stürzt damit die Betroffenen in eine ausgeprägte Krise. Der Übergang von der IPS auf eine normale Station ist innerhalb dieser bereits bestehenden Krisensituation ein weiteres einschneidendes Ereignis. Er bedeutet einerseits Fortschritt im Genesungsprozess, andererseits ist es ein Wechsel von bereits Bekanntem hin zu Unbekanntem, was bei den PatientInnen und ihren Angehörigen wiederum von Neuem Unsicherheit und Angst auslösen kann.

In unserem Spital äusserten PatientInnen und/oder ihre Angehörigen immer wieder Unzufriedenheit, nachdem sie nach einem längeren Aufenthalt auf der Intensivstation auf die normale Abteilung verlegt worden waren. In dieser Ausgangssituation wurde von ärztlichen und pflegerischen Kaderpersonen beschlossen, sich mit der Thematik zu befassen, mit dem Ziel, eine Verbesserung zu erreichen. Es bot sich für mich an, zumal mich dieses Thema

¹ www.thkahlau.de/ende2.htm

interessierte und es noch wenig Literatur darüber gibt, es zum Inhalt meiner HöFa I-Abschlussarbeit zu machen.

Unzufrieden ist jemand, dessen Erwartungen nicht mit der vorgefundenen Wirklichkeit übereinstimmen. Die jeweiligen Erwartungen können bewusst oder unbewusst vorhanden sein, in jedem Fall wird, wenn sie sich nicht erfüllen, Unzufriedenheit resultieren.

In der folgenden Bearbeitung des Themas gehe ich von der Annahme aus, dass die beschriebene Unzufriedenheit ein Ausdruck von Verunsicherung und Angst der PatientInnen und ihrer Angehörigen ist. Angst ist ein Gefühl, das ein Bedürfnis nach Sicherheit hervorruft. Auf der Suche nach dieser Sicherheit könnte es z.B. sein, dass ein Patient/eine Patientin vermehrt klingelt um so eine erhöhte Anwesenheit von Pflegenden an seinem/ihrer Bett zu erreichen. Dieses Verhalten kann, wenn seine Ursache nicht erkannt wird, leicht als Unzufriedenheit interpretiert werden.

Ob sich diese Annahme als richtig erweist, oder ob andere Gründe Ursache für Äusserungen von Unzufriedenheit sind, werde ich anhand der Auswertung von Interviews mit PatientInnen und Angehörigen versuchen festzustellen.

1.1. Zweck der Untersuchung

Da die Unzufriedenheit der PatientInnen bzw. ihrer Angehörigen vorerst schwer fassbar ist und nur vage umschrieben werden kann, ist klar, dass das Problem zunächst genau erhoben und definiert werden muss. Der Zweck der Untersuchung ist nun also, herauszufinden, wie die PatientInnen und/oder ihre Angehörigen den Übertritt von der IPS auf die normale Abteilung empfinden, was ihnen diesen Übertritt erschwert oder erleichtert und was aus ihrer Sicht nötig wäre um ihn zufriedenstellender zu gestalten. Im Weiteren geht es darum, anhand der ausgewerteten Befragungen sowie der vorliegenden Literatur, festzustellen, ob die oben

beschriebene Annahme richtig ist, dass sich hinter Äusserungen und Anzeichen von Unzufriedenheit bei den PatientInnen und/oder ihren Angehörigen häufig deren Verunsicherung und Angst verbirgt.

Das **Ziel der Untersuchung** ist, das nötige Vorwissen zu beschaffen um gegebenenfalls Massnahmen zu treffen, die zu einer Verbesserung der Qualität der Vorbereitung auf den Übertritt seitens der Intensivstation, sowie der Erst- und Weiterbetreuung auf der normalen Abteilung führen.

1.2. Fragestellung

- ⇒ Wie erleben PatientInnen die einen längeren IPS-Aufenthalt hinter sich haben, bzw. Angehörige von solchen PatientInnen den Übertritt auf die normale Station
- ⇒ Worin liegen die Gründe für Äusserungen und Anzeichen von Unzufriedenheit solcher PatientInnen und/oder ihrer Angehörigen nach der Verlegung
- ⇒ Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit sich die PatientInnen auf der Abteilung schnell zurechtfinden können

1.3. Abgrenzung

Es geht in der vorliegenden Arbeit ausschliesslich um die Verlegung von der Intensivstation auf eine normale Abteilung innerhalb desselben Spitals.

2. Theoretischer Rahmen

Im folgenden Kapitel definiere ich die für die Arbeit wichtigen Begriffe und liefere einen theoretischen Hintergrund zum Thema des Übertrittes von IPS auf Normalabteilung und der häufig damit verbundenen Gefühle von Angst, Stress und Unsicherheit. Ich werde anhand von Literatur und eigenen Ansichten und Erfahrungen erläutern, wie eine IPS-Verlegung Angst, Stress und Verunsicherung auslösen kann, was diese Gefühle verstärken/vermindern kann, wie sie sich zeigen, wie sie erkannt werden können und wie damit umgegangen werden soll, bzw. welche Massnahmen dazu beitragen könnten, sie zu mindern oder gar nicht entstehen zu lassen.

Da ich zum Thema der IPS-Verlegung nur wenig deutschsprachige Literatur finden konnte, greife ich v.a. auf englischsprachige Artikel und Untersuchungen zurück, wo das Phänomen als „transfer anxiety„ (zu deutsch wörtlich übersetzt „Verlegungsangst„) bezeichnet wird.

2.1. Definitionen im Zusammenhang mit Verlegung

Definition von Verlegung:²

Organisatorisch oder medizinisch begründetes Verbringen eines bettlägerigen Patienten innerhalb eines Krankenhauses in eine andere Abteilung (z.B. auf die Intensivstation) oder von einem Krankenhaus in ein anderes (z.B. Spezialklinik), in eine Pflegeeinrichtung oder nach Hause (zur Weiterbetreuung durch Hausarzt und häusliche Pflege).

² almeda.de Gesundheitslexikon

„Transfer Anxiety“

Der englische Begriff „transfer anxiety,, scheint mir am Besten übersetzt mit „durch Verlegung ausgelöste Angst,, da dieser Begriff im Gegensatz zu demjenigen der „Verlegungsangst,, auch die Zeit nach der Verlegung miteinbezieht. Er enthält sowohl die Angst vor der Verlegung, sowie die negativen Empfindungen die die Verlegung auslösen kann. Laut Leith³ wird der Begriff üblicherweise ausschliesslich im medizinisch/pflegerischen Bereich oder in der Sozialarbeit verwendet. Als die am meisten benutzte Definition dafür bezeichnet sie Folgende: „Angst erfahren durch das Individuum, wenn es sich aus einem familiären, halbwegs sicheren Umfeld in ein nicht familiäres begibt.,,

Weitere benutzte Begriffe

Als weitere Begriffe, die benutzt werden um die Angst vor Verlegung zu beschreiben, listet Leith unter anderen auf: Verlegungsstress, Verlegungstrauma, Verlegungssyndrom (translocation syndrome), Verlegungsschock und Standortwechsel-Stress (relocation stress). Im Text verwende ich parallel zu „durch Verlegung ausgelöste Angst“ den Begriff „Verlegungsstress“.

Stress durch Umgebungswechsel (Carpenito)

Carpenito⁴ definiert den Stress der durch einen Wechsel der Umgebung (relocation stress) ausgelöst wird als ein Syndrom von psychologischen Störungen, die der Patient/die Patientin erfährt, wenn er/sie von einer Umgebung in die andere transferiert wird.

³ Leith A L, „Transfer Anxiety in Critical Care Patients and Their Family Members,, Critical Care Nurse, Vol 18, NO 4, Aug. 1998

⁴ Carpenito LJ, Nursing Diagnosis: Application to clinical practice, 6. Ausg., Lippincott Vlg. 1995, S. 728-739

Verlegungsstress-Syndrom (NANDA)

Die NANDA⁵ hat die Pflegediagnose „Verlegungsstress-Syndrom“ zum ersten Mal 1987 entwickelt und 1992 wurde sie von der Vereinigung akzeptiert. Ihre Definition lautet: „Physiologische und/oder psychosoziale Störungen infolge der Verlegung von einer Umgebung in die andere“.

2.2. Wie entsteht durch Verlegung ausgelöster Stress

Im Folgenden nenne ich einige Ursachen für das Auslösen von Stress, Angst und Unsicherheit durch die Verlegung.

Einer der Gründe für die Auslösung negativer Gefühle durch die Verlegung ist sicherlich in der schlichten **Angst vor Neuem** zu suchen, die wohl jeder von uns kennt. Die PatientInnen kommen in eine ihnen unbekannte, neue Umgebung, wo sie auf fremde Pflegende und ÄrztInnen treffen, wo neue Abläufe vorherrschen und unbekannte Erwartungen an sie gestellt werden.

Die Verlegung muss aber auch betrachtet werden als **Verlust** den der Patient/die Patientin erleidet durch die Trennung vom Personal der Intensivstation, den ÄrztInnen und Pflegenden, zu denen sie eine **Beziehung** aufgebaut haben und in die sie **Vertrauen** gefasst haben. Eine solche Beziehung entsteht auf einer Intensivstation relativ schnell. Zum Einen sind die Betroffenen in einer extremen Krisensituation und suchen dabei nach Hilfe und Hoffnung. Diese können ihnen neben dem persönlichen Umfeld vor allem die Personen geben, in deren Händen ihr Schicksal bzw. im Fall der Angehörigen das ihrer kranken PartnerInnen oder Familienmitglieder liegt. Vor allem mit den Pflegenden verbringen

⁵ North American Nursing Diagnoses Association, Übersetzung von Doenges und Moorhouse, Pflegediagnosen und Massnahmen, 2. ergänzte Auflage 1994, S. 172

die PatientInnen und deren Angehörige viel Zeit und sie suchen sich unter ihnen meist relativ rasch eine oder mehrere Bezugspersonen. Meist sind dies diejenigen Pflegenden die den Patienten/die Patientin über einen längeren Zeitraum kontinuierlich betreuen.

PatientInnen einer Intensivstation erleben sich meist als **sehr krank**. Hierzu trägt neben ihrem Gefühl auch das Umfeld der Intensivbehandlung bei. Sie sind an einen Monitor angeschlossen, laufend überwacht, sehen dauernd ÄrztInnen und Pflegende an ihrem Bett etc. Wenn ihnen im Vorfeld ihrer Verlegung auf die normale Abteilung nicht vermittelt wird, dass sich ihr Gesundheitszustand nun soweit gebessert und stabilisiert hat, dass sie dieser intensiven Betreuung und Überwachung nicht mehr bedürfen, so werden sie sich plötzlich auf der Abteilung wiederfinden, evtl. alleine in einem Zimmer, ohne dauernde Überwachung, sich aber für diese Situation zu krank fühlen. In diesem Fall waren die PatientInnen schlecht auf ihre Verlegung vorbereitet, was bei ihnen eine starke Verunsicherung auslösen kann und evtl. dazu führt, dass der Patient/die Patientin laufend klingelt und vom Personal der Abteilung als sehr fordernd erlebt wird. In Wirklichkeit hat er/sie aber Angst und fühlt sich unterbetreut.

Ein weiterer Auslöser für die durch Verlegung verursachte Angst könnte sein, wenn PatientInnen und/oder deren Angehörige nach der Verlegung das Gefühl bekommen, die Behandlung würde plötzlich geändert oder wenn sie vom Personal der Abteilung andere oder sogar **widersprüchliche Informationen** erhalten, als sie vorher hatten. Auch dies führt, wie leicht nachzuvollziehen ist, zu starker **Verunsicherung** und **fehlendem Vertrauen**. Unsicherheit wiederum erschwert es den PatientInnen und ihren Angehörigen sich an die neue Situation anzupassen und damit umzugehen.

Mögliche Gründe für durch Verlegung ausgelöste Angst bei IntensivpatientInnen und ihren Angehörigen listet Tab. 1⁶ auf. Diese Gründe können einzeln oder in Kombination auftreten.

Tab. 1

- ⇒ Wenig oder keine Vorbereitung auf die Verlegung
- ⇒ Plötzliche Reduktion der Überwachung des Patienten/der Patientin zum Zeitpunkt der Verlegung
- ⇒ Sicherheitsverlust durch das Fehlen des Monitorings
- ⇒ Fehlende Vorhersagbarkeit des neuen Umfeldes
- ⇒ Mangel an Erklärung für die Unterschiede zwischen Intensivstation und Normalstation
- ⇒ Wenig oder keine Zeit zwischen Ankündigung der Verlegung und deren Durchführung
- ⇒ Verminderung der Kontrolle des Patienten/der Patientin über seine/ihre Selbstpflege
- ⇒ Mangel an Kontrolle über die Umgebung
- ⇒ Änderungen in der Art der Pflege und Betreuung
- ⇒ Plötzlicher Wechsel der Betreuenden
- ⇒ Fehlende Möglichkeit sich vom Intensivpersonal zu verabschieden
- ⇒ Verlegung in der Nacht, plötzliche Verlegung oder Verlegung während Schichtwechsel

Die Ursachen für das „Verlegungsstress-Syndrom“ die die NANDA⁷ aufzählt, unterscheiden sich von den oben aufgeführten indem sie

⁶ Leith B. A., „Transfer Anxiety in Critical Care Patients and Their Family Members“, Crit. Care Nurse, Vol 18, Nr. 4, Aug. 1998

⁷ North American Nursing Diagnoses Association, Übersetzung von Doenges und Moorhouse,

etwas allgemeiner gehalten sind. Sie nennt u.a. frühere, gleichzeitig auftretende und vor Kurzem erlittene Verluste, das Gefühl der Machtlosigkeit, das Fehlen einer angemessenen Unterstützung und Erlebnisse mit früheren Verlegungen.

2.3. Umgang mit Verlegungsstress

Diesem Stress ausgesetzt sind grundsätzlich alle von einer solchen Verlegung betroffenen PatientInnen sowie deren Angehörige. Allerdings werden ihn einige gar nicht, andere wenig und wieder andere sehr stark empfinden. Ausschlaggebend dafür, wie ein Patient/eine Patientin reagiert, sind sicher verschiedene Faktoren. Zunächst wird der persönliche Umgang des Einzelnen mit Krisen eine wichtige Rolle spielen. Ein weiterer wichtiger Faktor ist sicherlich die Vorerfahrung der PatientInnen und deren Angehöriger wie frühere Aufenthalte im selben Spital, evtl. sogar auf derselben Intensivstation. Solche Erfahrungen prägen sehr stark die Einstellung die die Betroffenen bei einer erneuten Hospitalisation mitbringen. Nicht zuletzt jedoch wird die Betreuung die die PatientInnen erfahren ihr Erleben der Verlegung und ihre Reaktion darauf mitbestimmen.

2.4. Zeichen für Verlegungsstress

Durch Verlegung ausgelöste Angst kann sich allgemein als Ausdruck von Angst zeigen. Diese definiert Peplau⁸ als „eine Reaktion auf eine unbekannte Gefahr, die jemand spürt. Sie wird als Unbehagen erlebt und veranlasst den menschlichen Organismus zur Mobilisierung von Ressourcen, um den Schwierigkeiten entgegentreten.“ Als Verhaltensreaktionen darauf nennt sie: „Luft

Pflegediagnosen und Massnahmen, 2. ergänzte Auflage 1994, S. 172

⁸ Peplau, 1952, S. 127

ablassen“, welches offen zutage treten kann als Ärger, oder verdeckt bleibt als das Empfinden von Groll. „Somatisierung“: äussert sich durch psychosomatische Beschwerden. „Auf der Stelle kleben“: drückt sich durch Rückzugverhalten aus und „Angst in den Dienst des Lernens stellen“: erweist sich, wenn jemand alle Prozesse, die zum Lernen gehören, nutzen kann, um Wissen oder Fähigkeiten zu erwerben.⁹

Carpenito¹⁰ definiert spezifische Zeichen und Symptome von Angst wie Anzeichen von Abhängigkeit, Unsicherheit, Mangel an Vertrauen, vermehrtes Äussern von Bedürfnissen, extremes Bedürfnis nach Rückversicherung, Äusserungen über Beunruhigung oder Verärgerung über die Verlegung, ungünstiges Vergleichen des Personals der Abteilung mit demjenigen der Intensivstation, Äusserungen bezüglich Unsicherheit im Zusammenhang mit neuen Situationen, Wachsamkeit, Zurückziehen, Unruhe, Veränderung im Schlafrhythmus, veränderte Essgewohnheiten, gastrointestinale Störungen und Gewichtsveränderungen. PatientInnen und/oder ihre Angehörigen können auch das Gefühl haben vom IPS-Personal verlassen oder zurückgewiesen zu werden. Weiterhin nennt Carpenito: Angst vor dem Unbekannten, Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, Misstrauen, Unglücklichsein, Enttäuschung, Depression, Konfusion oder Ärger.

Hin und wieder begegnen uns PatientInnen, die fast darum bitten, noch etwas auf der Intensivstation bleiben zu dürfen. Bei ihnen ist offensichtlich, dass sie sich vor der Verlegung und der verminderten Überwachung auf Normalstation fürchten. In den wenigeren Fällen werden die PatientInnen dies jedoch so offen äussern. Eventuell ist ihnen der Grund für die eigene Unsicherheit im Zusammenhang mit der Verlegung gar nicht richtig bewusst. Umso mehr gilt es für das Personal der Intensivstation entsprechende Hinweise im verbalen oder nonverbalen Verhalten der PatientInnen und ihrer Angehörigen richtig zu deuten.

⁹ Ziegler S.M., Hrsg., „Theoriegeleitete Pflegepraxis“, 1997, S. 160

¹⁰ Carpenito LJ, Nursing Diagnosis: Application to clinical practice, 6. Ausg., Lippincott Vlg. 1995

Auch die physischen Anzeichen von Stress dürfen nicht ausser Acht gelassen werden. So berichten u.a. Klein et al¹¹ im Zusammenhang mit Somatisierung von Angst von einem hohen Level an Stress mit einer hohen Rate an Herzrhythmusstörungen während dem Transfer von PatientInnen von der kardialen Überwachungsstation auf die normale Station.

2.6. Instrumente zur Erkennung von Verlegungsstress

In einigen Studien zum Thema Verlegungsstress v.a. in solchen die sich spezifisch mit der Angst vor Verlegung bei HerzinfarktpatientInnen befassen, wurden ein oder mehrere Instrumente zur Messung der Angst und Unsicherheit der PatientInnen benutzt. Hierzu wurde z.T. auf selbst kreierte, z.T. auf bestehende Skalen zurückgegriffen.

Als Beispiele für bereits bestehende Instrumente möchte ich hier die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)¹² und das State-Trait-Angst-Inventar (STAI)¹³ nennen. Mit der HADS wird anhand von 14 Begriffen (items) auf einem Fragebogen gleichzeitig das Vorhandensein und der Grad von Angst (anxiety) und Depression eines Patienten/einer Patientin erfasst. Das STAI dient zur Erfassung allgemeiner Angst. Die PatientInnen füllen auch hier einen Fragebogen aus in dem sie Stellung nehmen zu Aussagen wie z.B. "Enttäuschungen nehme ich so schwer, daß ich sie nicht vergessen kann." Diese Instrumente können wiederholt angewandt werden, so dass mit ihrer Hilfe auch outcome-Messungen möglich sind.

¹¹ Klein RF, Kliner VA, Zipes DP, Toyer WG, Wallace AG, 1968, Transfer from a Coronary Care Unit, Arch Intern Med 122: 104-8 zitiert in Jenkins DA, Rogers H, Transfer anxiety in patients with myocardial infarction

¹² Hospital Anxiety And Depression Scale, R P Snaith and A S Zigmond

¹³ Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger, 1981

Auf dem Gebiet der Erfassung von Verlegungsstress anhand solcher Skalen, mit Einteilung der PatientInnen in Studien- und Kontrollgruppen, ist noch einiges an Arbeit ausstehend.

2.7. Massnahmen gegen Verlegungsstress

Jones und O`Donnell¹⁴ schreiben, dass die vollständige Abhängigkeit, die IntensivpflegepatientInnen erfahren, wenn es ihnen besser geht, zu einem Zustand der erlernten Hilflosigkeit führen könne. Ihre ersten Schritte zur Selbständigkeit werden oft durch die körperliche Schwäche zunichte gemacht. In diesem Stadium brauchen die PatientInnen klare Informationen darüber, wie es weitergeht und zwar in einer Form, auf die sie zurückgreifen können, wenn sie verlegt sind und auch noch wenn sie aus dem Spital entlassen sind. Jones und O`Donnell kreierten zu diesem Zweck eine Broschüre, die sie den PatientInnen vor deren Verlegung von der Intensivstation abgeben. Sie gibt Erklärungen zur Verlegung und enthält verschiedenste für die Zeit der Rekonvaleszenz relevante Informationen wie z.B. über körperliche Aktivität, Essen, Gefühlsschwankungen etc. Im Anhang sind Selbsthilfegruppen und eine kleine Anleitung für Kräftigungsübungen beigelegt.

Allgemein geht aus der Literatur hervor, dass die wichtigste Massnahme die rechtzeitige und umfassende Information der PatientInnen und ihrer Angehörigen ist. Da mir selber eine umfassende Auswertung der vorhandenen Literatur in diesem Rahmen nicht möglich ist, übernehme ich die Zusammenstellung von Leith. Sie listet die, gemäss umfangreicher Sichtung der Intensivpflegeliteratur, 20 wichtigsten Pflegeinterventionen in Hinsicht auf eine Vermeidung von Verlegungsstress auf. (Tab.2) Es

¹⁴ Jones C, O`Donnell C, After intensive care – what then?, Intensive and Critical Care Nursing (1994 10, 89-92)

gibt bisher kaum Studien im Rahmen der Pflegeforschung, in denen die Wirkung der vorgenommenen Interventionen validiert wird.

Tab. 2

- ⇒ Den Aufenthalt auf der Intensivstation den PatientInnen vom Eintritt an als vorübergehend darstellen
- ⇒ PatientInnen rechtzeitig über die geplante Verlegung informieren
- ⇒ Angehörige der PatientInnen über Verlegung informieren
- ⇒ Angehörige der PatientInnen in die Verlegung miteinbeziehen
- ⇒ Nur während des Tages verlegen
- ⇒ Verlegung als Zeichen der Besserung interpretieren
- ⇒ Fördern einer positiven Pflegenden-PatientInnen-Beziehung
- ⇒ PatientInnen zu Äusserungen und Fragen ermuntern
- ⇒ Fördern der PatientInnen-Autonomie
- ⇒ PatientInnen über ihren Verlauf auf dem Laufenden halten
- ⇒ Gründe für und Funktion des Monitorings und der Apparaturen erklären
- ⇒ Entwöhnen der PatientInnen vom Monitoring vor der Verlegung
- ⇒ Entwöhnen der PatientInnen von der Pflegenden-PatientInnen-Beziehung vor der Verlegung
- ⇒ Vergleichen und Unterscheiden von IPS und Normalstation
- ⇒ PatientInnen der übernehmenden Pflegeperson vorstellen
- ⇒ Begleitung der PatientInnen zur neuen Abteilung
- ⇒ Besuchen der PatientInnen nach Verlegung durch IPS-Pflegende

- ⇒ Verlegen mit einer aktuellen Pflegeplanung
- ⇒ Befolgen eines strukturierten Planes zur Verlegung
- ⇒ Das vorhandene Potenzial für Verlegungsstress erkennen

Sobald das Potential für das Entstehen von Verlegungsstress erkannt ist, gilt es, auf Hinweise dafür zu achten und diese in die Pflegedokumentation einzugliedern. So würde auf unserer Abteilung die mögliche Pflegediagnose lauten: „Gefahr der Entstehung von Verlegungsstress im Zusammenhang mit längerem IPS-Aufenthalt“. Nun wäre bereits die Aufmerksamkeit der Pflegenden auf dieses Thema gelenkt und die Chance erhöht, dass mögliche Hinweise auf eine durch die bevorstehende Verlegung ausgelöste Angst/Unsicherheit erkannt würden. Wenn nun tatsächlich Hinweise vorhanden sind, so müsste die Pflegediagnose umgeändert werden in „Durch Verlegung ausgelöste Angst“ und eine entsprechende Pflegeintervention getroffen werden.

2.8. Aufgabe der Pflege in Bezug auf die Verlegung von PatientInnen

Ich zeige im Folgenden auf, wo die Pflege ihre Funktion wahrnehmen muss um den PatientInnen den Umgang mit einer Verlegung von der Intensivstation auf die normale Abteilung zu erleichtern. In den vom SBK-Heft „Gesellschaft und Pflege“,¹⁵ publizierten neun Herausforderungen geht es hinsichtlich der Verlegung von PatientInnen v.a. darum, sie während destabilisierenden Übergängen zu unterstützen. So kommen hier die folgenden Herausforderungen zum Tragen: „Im Alltag Krisen – bedingt durch Übergänge, Krankheiten bzw. Therapien – vorbeugen und mit ihnen umgehen,“ (Herausforderung 1), „Mit dem Verlauf gesundheitsbedingter Veränderungen zurecht kommen,“

¹⁵ Kesselring A., Panchaud C., „Gesellschaft und Pflege“, 1999, Hrsg. SBK/ASI

(Herausforderung 5) und „Sich als Familie oder nahe stehende Person mit den vorher beschriebenen Herausforderungen auseinandersetzen und diese mittragen helfen,, (Herausforderung 8). Die erhoffte Wirkung bei der pflegerischen Intervention zur Bewältigung von Krisen bzw. dem Umgang mit diesen ist, dass die Betroffenen Ursachen kennen, die zu Krisen führen und diese soweit möglich vermeiden. Zu diesem Punkt zeigt die Literatur – wie bereits oben ausgeführt – ganz klar, dass zu einem konstruktiven Umgang mit der Verlegung eines Patienten eine umfassende Information notwendig ist. Hier sind die Pflegenden aufgefordert, von Anfang an, den PatientInnen entsprechende Informationen zukommen zu lassen. Diese Informationen sollten darüber hinausgehen, zu erklären, was die nächste Massnahme ist, die mit dem Patienten/der Patientin durchgeführt wird und ihnen auch weiterreichende Perspektiven aufzeigen. Natürlich ist dies in der Intensivpflege oft schwierig, da auch wir nicht wissen, wie sich die Situation entwickeln wird. Sobald jedoch absehbar ist, dass der Zustand des Patienten/der Patientin sich bessert, sollte er/sie darüber informiert werden, dass jetzt ein Prozess beginnt, der die weitestgehend mögliche Wiedergewinnung seiner/ihrer Selbständigkeit zum Ziel hat.

Wenn wir die Einteilung von Peplau¹⁶ zu Hilfe nehmen, nach der die PatientInnen im Laufe ihres Spitalaufenthaltes in der Beziehung zu den Pflegenden die Phasen „Orientierung“, „Identifikation“, „Nutzung“ und „Ablösung“ durchlaufen, so ist davon auszugehen, dass sich die PatientInnen zum Zeitpunkt der Verlegung von der IPS meist noch in der Orientierungsphase befinden. Sie suchen noch nach Antworten auf die Frage, was mit ihnen passiert. In den meisten Fällen haben sie Gedächtnislücken und müssen sich mit Hilfe der Informationen, die sie von Angehörigen und Betreuenden erhalten, ein Bild ihrer Lage machen. Hier müssen nun die Pflegenden eine unterstützende Rolle einnehmen und den PatientInnen helfen, zu verstehen was mit ihnen geschehen ist und

¹⁶ Peplau H.E., Interpersonale Beziehungen in der Pflege, 1995, S. 45-46

was die weiteren Perspektiven sind. Peplau schreibt: „Der Patient muss sein Problem und das Ausmass seiner Hilfsbedürftigkeit erkennen und verstehen“. Das heisst in Hinsicht auf die Verlegung, dass die betreffenden PatientInnen verstehen müssen, inwiefern ihre Hilfsbedürftigkeit abgenommen hat, was sie dazu beitragen können, dass sie weiter abnimmt, wo ihre Potenziale hierfür liegen, welche aktive Unterstützung sie auf der normalen Abteilung sowie im Laufe der weiteren Rehabilitation brauchen und dass sie diese aktiv anfordern müssen. Ebenso müssen die PatientInnen aber auch wissen, was von ihnen erwartet wird. Dieses Verständnis zu fördern ist sowohl Aufgabe der Pflegenden auf der Intensivstation wie auch auf der normalen Abteilung.

Wichtig ist der Einbezug der Angehörigen der PatientInnen in den Prozess der Verlegung, da eine Wechselwirkung besteht, zwischen deren Angst und dem Befinden des Patienten/der Patientin. Angehörige mögen in jedem Stadium des Spitalaufenthaltes Angst empfinden, aber in der Literatur findet man Hinweise darauf, dass diese Angst besonders gross ist zum Zeitpunkt einer Verlegung vom hochtechnologischen Umfeld der Intensivstation auf eine normale Abteilung.¹⁷

Jenkins und Rogers¹⁸ postulieren, dass die Komplexität der durch Verlegung ausgelösten Angst voll erkannt und eingeschätzt sein muss, um innerhalb der Pflege vorbeugende Massnahmen treffen zu können. Bisher wurde dem Thema wenig Beachtung geschenkt. Die Verlegung wird als eine Routinehandlung gesehen, der vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Dabei wird die Auswirkung die die Verlegung möglicherweise auf das Befinden des Patienten/der Patientin hat leicht übersehen und somit auch, wie bereits eingangs erwähnt, das Verhalten der PatientInnen möglicherweise als Unzufriedenheit missinterpretiert.

¹⁷ Bokinskie JC, Family conferences: a method to diminish transfer anxiety, J Neurosci Nurs 1992 Jun;24(3):129-33, zitiert in Odell M, The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward

¹⁸ Jenkins DA, Rogers H, Transfer anxiety in patients with myocardial infarction, BJN, 1995, Vol 4, Nr. 21

3. Methode

Das Ziel der Arbeit, nämlich die genauere Erhebung und Definierung des Problems dass PatientInnen und/oder Angehörige immer wieder Unzufriedenheit zeigen nach Verlegung von der Intensivstation, soll durch folgende Massnahmen erreicht werden:

- ⇒ Erheben der IST-Situation auf IPS, Chirurgie und Medizin
- ⇒ Auswertung der auf der IPS erstellten Pflegedokumentationen auf Hinweise auf die Verlegung
- ⇒ Beobachtung mindestens einer Verlegung inkl. Ankunft und Einrichten auf Abteilung
- ⇒ Interviews mit betroffenen PatientInnen oder deren Angehörigen

3.1. Erheben der IST-Situation

Die IST-Situation wurde von je einer Kaderperson für die medizinische und die chirurgische Klinik und durch die Autorin für die Intensivstation erhoben. Es wurde hierfür keine Untersuchung oder Befragung durchgeführt, sondern die Situation so wie sie sich aus Sicht der Beschreibenden präsentiert festgehalten.

3.2. Auswerten der Pflegedokumentationen

Zu diesem Zweck habe ich die Pflegedokumentationen aller in die Untersuchung eingeschlossenen PatientInnen durchgelesen um zu sehen, ob sich darin Hinweise finden auf die bevorstehende Verlegung.

3.3. Beobachtung einer Verlegung

Von einem der interviewten Patienten beobachtete ich die Verlegung vom Verlegungsrapport auf der IPS bis zum Einrichten auf der Abteilung.

3.4. Auswahl der Untersuchungspersonen und Vorgehen

Als Vorbedingung für eine Befragung wurde festgelegt, dass die PatientInnen mindestens fünf Tage auf der IPS hospitalisiert sein mussten, da sich die Unzufriedenheit v.a. bei PatientInnen nach mehrtägigem bis mehrwöchigem IPS-Aufenthalt zeigte. Die Interviews finden am zweiten Tag nach Verlegung statt, da die Erlebnisse auf der Intensivstation meist schnell verdrängt, vergessen oder im Gedächtnis verändert werden. Andererseits sollten die PatientInnen und ihre Angehörige etwas Zeit haben, die Abteilung kennenzulernen, um die Auswirkungen des Übertrittes wirklich wahrnehmen zu können. In den Fällen, in denen ein Patient/eine Patientin nicht selbst befragt werden konnte, wurde deren Bezugsperson, d.h. nächste/r Angehörige/r befragt.

Weitere Bedingung für die Befragung war, dass die interviewte Person deutsch sprach und dass ihre Verlegung im Sinne einer Besserung ihres Zustandes gesehen werden konnte.

Eingeschlossen in die Untersuchung wurden 7 PatientInnen im Alter zwischen 37 und 77 Jahren (Durchschnitt 59 Jahre). Von den betroffenen PatientInnen waren 1 weiblich und 6 männlich. Von den sechs männlichen Patienten wurden in zwei Fällen die Ehefrauen befragt, da die Patienten nicht in der Lage waren ein Interview zu führen. Die IPS-Aufenthaltsdauer der eingeschlossenen PatientInnen betrug zwischen 5 und 49 Tage (Durchschnitt 20 Tage). 6 PatientInnen waren chirurgisch, einer medizinisch.

3.4.1. Interviewfragen

Die Interviews wurden in halbstandardisierter Form geführt.

- ⇒ Wie war für Sie der Übertritt von der Intensivstation auf die normale Station, wie haben Sie das erlebt?
- ⇒ Wie war das für Sie mit den anderen Räumlichkeiten, der pflegerischen und der medizinischen Betreuung?
- ⇒ Was war gut für Sie, was weniger? Was wäre notwendig oder nützlich gewesen um den Übertritt zu erleichtern?

3.4.2. Vorgehen bei den Interviews

Ich erklärte zunächst meinen InterviewpartnerInnen noch einmal den Sinn und Zweck des Interviews, klärte mit ihnen ab ob die Bedingungen – Raum, evtl. anwesende MitpatientInnen, etc. – für sie akzeptabel waren und gab nochmal Informationen zum mitlaufenden Tonband. Dann liess ich die Interviewten die schriftliche Einverständniserklärung unterschreiben und begann mit den Interviews. Hierbei stellte ich den PatientInnen jeweils die erste Frage und liess sie darauf antworten. Wenn Elemente der anderen Fragen bereits enthalten waren, so hakete ich nach um Genaueres zu erfahren.

Die Interviews dauerten im Durchschnitt ca. 20 Minuten.

3.4.3. Auswertung der Interviews

Die Interviews wurden anlehnend an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring¹⁹ ausgewertet. Hierzu suchte ich nach Aussagen in

¹⁹ Mayring, Einführung in die qualitative Sozialforschung, Beltz Psychologische Verlagsunion, 2. Aufl. 1993

den verschiedenen Interviews, die Ähnlichkeiten aufwiesen und teilte diese dann in Gruppen ein.

3.5. Beobachtungen

Alle InterviewpartnerInnen schienen das Interview recht gerne mit sich machen zu lassen, z.T. schien es eine willkommene Abwechslung im Spitalalltag zu sein. Als schwierig erwies sich für mich, dass die Interviewten immer wieder vom eigentlichen Thema, nämlich der Verlegung abkamen, um von der Situation auf der Abteilung zu berichten.

3.6. Ethische Überlegungen

Allen befragten PatientInnen wurde vorgängig erklärt, aus welchem Grund das Interview stattfindet und wie mit den Daten umgegangen wird. Es wurde ihnen erklärt, dass die Tonbänder mit den aufgenommenen Interviews nach der anonymisierten Transkription gelöscht werden. Alle PatientInnen wurden um ihre Erlaubnis gebeten, die Interviews mit ihnen führen zu dürfen und sie auf Tonband aufnehmen zu dürfen. Diese Einwilligung wurde von allen PatientInnen in mündlicher Form gegeben und durch ihre Unterschrift unter das Einwilligungsformular bekräftigt.

4. Ergebnisse

4.1. IST-Situation

4.1.1. IST-Analyse der IPS

In der Info-Broschüre über die Intensivstation, die wir den Angehörigen abgeben, steht zum Thema „Die Abteilungsverlegung, zu lesen:

„Ist der Zustand des Patienten wieder so stabil, dass keine Überwachung rund um die Uhr mehr notwendig ist, erfolgt die Abteilungsverlegung; beim Großteil der Patienten nach 2-4 Tagen. Kranke die länger bei uns weilen (und auch deren Angehörige) haben oft Mühe mit dieser Verlegung. Die fehlende Dauerpräsenz von Personal führt zu Verunsicherung und Angst. Wir versuchen jeweils, den Patienten und seine Familie auf diesen Schritt vorzubereiten, trotzdem fällt er oft schwer. Meist helfen schon etwas häufigere Besuche Ihrerseits; besprechen Sie sich doch mit dem Pflegepersonal auf der Station²⁰ .„

Hier ist bereits angedeutet, dass wir die PatientInnen und ihre Angehörigen auf den Schritt der Verlegung vorzubereiten versuchen, was impliziert, dass es uns nicht immer gelingt. Zum Teil werden diejenigen PatientInnen, die bei uns mehrere Wochen verbracht haben, zur sogenannten „IPS-Entwöhnung,“ für die letzten 1-3 Tage vor ihrer Verlegung in ein leeres 2-er Zimmer verlegt. Hier soll sich der Patient oder die Patientin daran gewöhnen, dass die Tür geschlossen ist und er oder sie sich bei Bedarf melden muss. Diese Massnahme wird allerdings wirklich nur bei den PatientInnen getroffen, deren IPS-Aufenthalt besonders lange dauert und falls die räumlichen und personellen Ressourcen zum jeweiligen Zeitpunkt gegeben sind.

²⁰ <http://www.kantonsspital.chur.ch/intensivstation.html>

Normalerweise werden die PatientInnen von der IPS am Vormittag, Mittag oder frühen Nachmittag auf die Abteilung verlegt. In Ausnahmesituationen geschieht dies auch am späten Nachmittag oder Abend, in Notfällen auch in der Nacht. Die Abteilung wird, nachdem von der leitenden Pflegeperson der jeweiligen Klinik ein Bett zugewiesen wurde, von dieser, oder am Wochenende von den IPS-Pflegenden informiert. Es werden meist noch kurze Mitteilungen gegeben – teilweise auf Nachfrage, teilweise spontan – wie PatientIn braucht noch Sauerstoff, ist unruhig, spricht nicht deutsch o.ä.

Sobald die Verlegungszeit klar ist, wird sie dem betreffenden Patienten/der betreffenden Patientin und – falls diese anwesend sind oder anrufen – ihren Angehörigen mitgeteilt. Ob dies jedoch immer geschieht, ist unklar.

Die PatientInnen erhalten von den IPS-Pflegenden und Ärzten vor der Verlegung keine oder nur einzelne, zufällige Mitteilungen darüber, was sie auf der Abteilung erwartet. Am häufigsten wird ihnen mitgeteilt, es sei dort ruhiger, evtl. bekommen sie noch gesagt, dass sie dann fernsehen, telefonieren und mehr Besuch haben können. Einzelne KollegInnen geben Auskunft über das Zimmer (wie viele Betten) und weisen die PatientInnen darauf hin, dass dann nicht mehr immer jemand um sie herum ist und dass sie bei Bedarf klingeln müssen. Evtl. sagt man ihnen, dass die Verlegung einen Fortschritt in der Genesung bedeute.

Manchmal werden PatientInnen sehr kurzfristig verlegt, so dass sie sich nicht mit dem bevorstehenden Wechsel auseinandersetzen können. In diesen Situationen ist meist sehr viel zu tun und die PatientInnen werden kaum bzw. nicht auf die Verlegung vorbereitet (Mitteilung: „Sie können jetzt auf die Abteilung,,“).

Vor einer planmässigen Verlegung wird – wenn immer möglich – der Patient/die Patientin gewaschen und die Routinehandlungen des Vormittags wie Verbände erneuern etc. werden ausgeführt. Die PatientInnen sind normalerweise, wenn die Abteilungspflegenden

kommen, bereits in`s Abteilungsbett umgebettet und die Effekten sind je nach herrschendem Stress mehr oder weniger parat. Die Rapporte, die durch die IPS-Pflegenden an die übernehmende Pflegeperson der Abteilung abgegeben werden, sind unterschiedlich ausführlich, v.a. bezogen auf medizinische Details. Meist wird am Ende nachgefragt, ob noch Fragen sind oder ob alles klar sei. Nach dem Rapport geht man gemeinsam zum Patient, die Pflegenden der Abteilung stellen sich vor, falls dies noch nicht geschehen ist. Die IPS-Pflegende entfernt die Monitoring-Utensilien vom Patient/von der Patientin, die Effekten werden durchgeschaut, alles im/am Bett versorgt und die IPS-Pflegende verabschiedet sich vom Patient/von der Patientin.

4.1.2. IST-Analyse der medizinischen Klinik

Die Krankenschwester, welche für den IPS-Übertritt verantwortlich ist, bekommt von der IPS-Schwester einen ausführlichen Übertrittsrapport. Nach dem Übergaberapport wird der Patient auf die Abteilung verlegt, manchmal kommt es vor, dass die Angehörigen den Patienten auf die neue Station begleiten. Der Patient wird in`s Zimmer gebracht und den eventuell anwesenden Mitpatienten vorgestellt. Seine persönlichen Sachen werden ausgepackt und von der Schwester in`s Nachttischli und seinen Kleiderkasten versorgt. Ebenfalls werden die Infusionen in die Infusomaten eingespannt und wenn nötig der Sauerstoff eingerichtet und dem Patienten verabreicht.

Nach diesen Verrichtungen werden dem Patienten die ersten Erklärungen über die Station abgegeben. Dem Patienten wird erklärt, auf welcher Station er liegt und wie seine jetzige Zimmer-Nummer lautet. Es werden ihm Erklärungen abgegeben, wie ein Tagesablauf auf der Station in etwa aussieht incl. der verschiedenen Visitenarten und Visitenzeiten. Danach wird der Ablauf des Spätdienstes und der Nachtwache erklärt und wieviele Patientenrunden in diesen Schichten jeweils vorgesehen sind. Es wird ihm auch die Funktion der Rufglocke erklärt und er wird

aufgefordert, wenn er Hilfe in irgendeiner Angelegenheit braucht, diese auch ungeniert zu gebrauchen. Es wird auch darauf hingewiesen, dass rund um die Uhr zumindest eine Pflegeperson anwesend ist und dass ihm das Pflegepersonal zur Beantwortung seiner Fragen gerne zur Verfügung stehe. Der Patient wird auch gebeten, wenn er die Station aus irgendeinem Grund verlassen will, dass er sich in diesem Falle beim Pflegepersonal abmelden soll. Es wird auf das generelle Rauchverbot auf der Abteilung und die vorgesehenen Rauchermöglichkeiten hingewiesen. Ebenfalls wird der Patient auf die Broschüre „Wegleitung für Patienten und Angehörige“ aufmerksam gemacht. Es wird auf die Möglichkeit verwiesen, einen Patientenfragebogen auszufüllen und abzugeben. Der Arzt wird von der verantwortlichen Krankenschwester nicht informiert, dass der Patient auf der Station eingetroffen ist, denn meistens bekäme der Stationsarzt einen Übergaberapport und den ungefähren Verlegungszeitpunkt vom diensthabenden IPS-Arzt mitgeteilt.

4.1.3. Ist-Analyse der chirurgischen Klinik

Die Anmeldung erfolgt unter der Woche durch die Oberschwester. Diese meldet der Station Namen, Geburtsdatum, Diagnose und Zimmernummer. An den Wochenenden macht dies die IPS selber.

Die IPS vereinbart mit der Station den Zeitpunkt des Übertrittes. Dies erfolgt in der Regel am frühen Morgen. Teilweise aber auch erst am späteren Morgen. Die zuständige Pflegeperson der Station übernimmt den Patienten zum festgelegten Zeitpunkt auf der IPS. Der Patient und die Angehörigen werden vor der Verlegung darüber informiert, dass eine Verlegung geplant ist (von der IPS).

Der Patient wird auf der Station in sein Zimmer gebracht. Mitpatienten werden vorgestellt. Das Zimmer wird eingerichtet.

Die Information des Abteilungsassistenten über eine Verlegung erfolgt in der Regel durch die Station. Falls dieser Fragen hat, wendet er sich an den IPS-Assistenten.

Bei sehr pflegeintensiven Patienten, oder speziellen Verbänden u.a. kommt es ab und zu vor, dass die Station ein paar Tage vor Verlegung informiert wird. Die Station hat dann die Möglichkeit mit der IPS (oder umgekehrt) Kontakt aufzunehmen, um sich vorher zu informieren. Für Patienten, welche regulär eintreten und die postoperativ auf die IPS verlegt werden, ist das Bett bereits reserviert und die Station rechnet damit, dass der Patient wieder rückverlegt wird.

4.2. Beobachtung einer Verlegung

Ich konnte die Verlegung des zuletzt von mir interviewten Patienten auf die Station beobachten. Der Verlegungsrapport meiner Kollegin war recht ausführlich und schloss auch eine genaue Beschreibung des neurologischen Zustandsbildes des Patienten in den letzten Tagen mit ein. Hierzu verwies die Kollegin auch auf die bestehende vollständige Pflegedokumentation. Es gab keinen speziellen Hinweis auf die Einstellung des Patienten gegenüber seiner Verlegung. Ich begleitete den Patienten und die zwei Pflegepersonen auf die Abteilung und beobachtete das Einrichten im Zimmer. Hieran waren drei Personen beteiligt, aber es war klar, dass eine Pflegende die zuständige und verantwortliche Person war. Sie gab dem Patienten Informationen zu Telefon, Radio und Klingel. Das Fernsehen wollte der Patient nicht erklärt haben, da der Bildschirm eh zu klein sei um etwas zu sehen. Die Pflegende gab z.T. Auskünfte auf Fragen des Patienten, z.T. von sich aus. Sie gab in diesem Moment keine Auskünfte zum weiteren Tagesablauf. Auf die Fragen des Patienten ging sie eher kurz ein. Der im Zimmer anwesende Mitpatient wurde nicht vorgestellt.

4.3. Auswertung der Pflegedokumentation

In keiner der ausgewerteten Pflegedokumentationen fand sich ein spezifischer Hinweis auf die bevorstehende Verlegung und die Einstellung der PatientInnen oder ihrer Angehörigen dazu.

4.4. Auswertung der Interviews

Bei der Auswertung der Interviews kristallisierten sich relativ schnell die vier Überbegriffe „Information“, „Betreuung“, „Selbständigkeit“ und „Ruhe“ heraus unter denen sich die gemachten Aussagen gruppieren lassen. Diese vier Überbegriffe unterteile ich jeweils nochmals.

4.4.1. Information

Ich unterteile beim Überbegriff Information in Information an die PatientInnen und Information über die PatientInnen.

Information (lat.) bedeutet Nachricht, Auskunft, Belehrung²¹

4.4.1.1. Information an die PatientInnen

In keinem Interview wird die Information auf der IPS als schlecht oder ungenügend bezeichnet. Es finden sich Aussagen wie „bin immer gut informiert gewesen“ und „habe immer gewusst was passiert“. In einem Fall war die Information über die unmittelbar bevorstehende Verlegung eines Patienten an seine Ehefrau nicht erfolgt, so dass sie überrascht war als sie davon hörte. Sie hatte zwar gewusst, dass die Verlegung geplant war, allerdings rechnete sie damit erst einen oder zwei Tage später und sie machte sich dann Gedanken, warum ihr Mann jetzt so plötzlich verlegt wurde („und irgendwie denkst du: ja, ist die Intensiv so besetzt, dass der dem`s besser geht, dass der raus muss, damit Platz gemacht wird,

²¹ Duden 1, Deutsche Rechtschreibung, Aufl. 20

das könnte auch sein.“). Grundsätzlich war jedoch auch diese Angehörige mit den auf der IPS erhaltenen Informationen zufrieden.

Bei den Aussagen zum Thema Information auf der Abteilung finden sich neben „alles erklärt“ (1x) häufig solche wie „ich weiss es nicht“ (welche Untersuchung bevorsteht) oder „keine Ahnung“ (warum Patient nüchtern sein muss). Zum Tagesablauf auf der Abteilung scheint es kaum Informationen zu geben. Eine Angehörige äussert auf meine Frage in dieser Richtung, sie wisse gar nichts über den Tagesablauf, bemerkt aber positiv, dass sie am Morgen jeweils Zettelchen mit den Terminen ihres Mannes für Ergotherapie und Physiotherapie erhalte.

Auffallend ist, dass, ausser einem Patienten, niemand den Namen des für ihn zuständigen Stationsarztes kennt. Hier finden sich Aussagen wie „noch keinen gesehen“ oder „weiss nicht, ob Dr. Z. der Stationsarzt ist“.

4.4.1.2. Information über die PatientInnen

Eine Angehörige eines Patienten zeigt sich sehr verunsichert in Hinsicht auf den Informationsfluss zwischen den Betreuenden über ihren Mann, der sich nicht selber ausdrücken kann. Sie beobachtet, wie um 8.30 Uhr jemand das nicht angerührte Frühstückstablett abräumen will, obwohl abgemacht ist, dass ihr Mann um 9 Uhr mit der Ergotherapeutin geführt essen üben soll. Ausserdem wird sie immer wieder von Pflegenden gefragt, wie sie Pflegehandlungen an ihrem Mann ausführen müssen, bzw. wie das auf der IPS gemacht wurde. Sie fragt, ob es hier keine Kommunikation zwischen der IPS und der Abteilung gibt.

4.4.2. Betreuung

Unter Betreuung wird verstanden "sich kümmern", "managen".²² Dies bezieht sich im Fall der pflegerischen und medizinischen Betreuung sowohl auf den körperlichen wie auch den seelischen Anteil des Menschen.

4.4.2.1. Ärztliche und pflegerische Betreuung auf IPS und Abteilung

Es wird sowohl auf IPS wie auf Abteilung grundsätzlich davon geredet, dass die Betreuung gut ist. Es findet sich in keinem Fall die Aussage die Betreuung sei schlecht. Eine Angehörige äussert allerdings, dass ihr Mann auf der Abteilung „schon eine bessere Betreuung haben müsste“. Die Betreuung auf der IPS wird von allen Interviewten als gut bis sehr gut eingeschätzt. Ein Patient sagt „gepflegt wurde wirklich gut“, eine Angehörige bezeichnet die Betreuung als „optimal“. Ein Patient äussert zum IPS Personal: „der Mensch ist ihnen nicht gleichgültig“.

Bezüglich der Pflege auf der normalen Abteilung kommt deutlich zum Ausdruck, dass die PatientInnen und ihre Angehörigen den Personalmangel, der momentan auf den Abteilungen herrscht, wahrnehmen. Es werden Äusserungen gemacht wie „es ist niemand herum“, „sehr wenig Personal“, „knappe personelle Betreuung“. Der unterschiedliche Personalschlüssel zwischen IPS und Normalstation scheint allen Befragten klar zu sein, es wird jedoch trotzdem bemängelt, dass das Personal zu wenig Zeit hat. Darauf lassen folgende Zitate schliessen: „ich musste fast bis 23 Uhr warten mit dem Schlafen“, bin gestern morgen um $\frac{1}{2}$ 11 Uhr noch dagelegen“, „niemand kommt“ und „sie haben viel weniger Zeit für den Patienten“.

Auch der permanente Wechsel bei den Pflegenden kommt auf der Abteilung stärker zum Tragen. Dies wird mehrmals angesprochen: „es ist ein solcher Wechsel“, „jeden Tag wieder jemand anders“.

²² Duden, Die Sinn- und sachverwandten Wörter, 1986, Duden-Vlg.

4.4.2.2. Sicherheit

Die hier am besten dem Begriff Sicherheit entsprechenden Synonyme scheinen mir Geborgenheit, Schutz und Selbstbewusstsein²³ zu sein.

Beide interviewte Angehörige von Patienten äussern Unsicherheit in Bezug auf die Betreuung ihrer Ehemänner. Es finden sich Aussagen wie „ich habe schon ein bisschen Angst, wenn mein Mann alleine ist“ oder „ich habe Angst nach Hause zu gehen“. Eine Angehörige ist sehr froh, dass ihr Mann einen Mitpatienten hat, der sich kümmert und ihr verspricht für ihren Mann zu klingeln wenn nötig. Die Betreuung auf der IPS vermittelte in ihrem Fall hingegen „ein absolut gutes und sicheres Gefühl“. Diese beiden Angehörigen empfanden die Verlegung im ersten Moment als Fortschritt und freuten sich, waren dann jedoch stark verunsichert über die reduzierte Pflege und die Tatsache, dass die Patienten, die sich beide nicht verbal ausdrücken oder selber klingeln konnten, so viel alleine waren.

Diejenigen PatientInnen, die für sich selber sprechen konnten, empfanden keine Unsicherheit auf der Abteilung. Auch das fehlende Monitoring wurde in keinem Fall als Unsicherheit erlebt. Dagegen beschreibt ein Patient Angstgefühle durch die verschiedenen Alarme auf der IPS, ein weiterer Patient empfand auf der IPS Angst von der er nicht genau sagen konnte wodurch sie ausgelöst worden war.

4.4.3. Selbständigkeit/Fortschritt

Selbständigkeit ist hier zu sehen als frei, ungehindert, unabhängig, eigenmächtig etc. sein und Fortschritt im Sinn von Entwicklung.²⁴

²³ Duden, Die Sinn- und sachverwandten Wörter, 1986, Duden-Vlg.

²⁴ Duden, Die Sinn- und sachverwandten Wörter, 1986, Duden-Vlg.

Der Wechsel von der IPS auf die Abteilung wird von allen Befragten als Fortschritt im Genesungsprozess gesehen. Es finden sich Äusserungen wie „ich war primär froh, dass er aus der IPS raus ist, ich hatte Freude“, „es ist ein Schritt, den`s braucht um selbständig zu werden“, „man ist mehr frei“ und „ich habe mich natürlich gefreut, weil immer wenn man hört es wird jemand von der Intensivstation verlegt, dann heisst`s eigentlich ja, jetzt ist er gesundheitlich einigermaßen stabil“. Ein Patient sagt: „Es ist einfach so, sobald man hier hoch kommt ist es schon wieder ein Fortschritt. Sie müssen nicht mehr so intensiv betreut werden, sondern sie sind hier oben und man wird selbständiger“.

Ein Patient meinte auf der IPS ist man „ein bisschen viel unter Kontrolle“, eine weitere Aussage zur Selbständigkeit: „Ja, das ist angenehm (die neue Abteilung). Mehr Freiheit – so in dem Sinne – obwohl unten ist man mehr unter Kontrolle gewesen. Die Pflege – oder wie soll ich sagen – die Sicherheit ist besser, aber ich bin da mehr frei jetzt.“

4.4.4. Ruhe/Raum/Abschirmung

Ich nehme die Aussagen zu Ruhe, Raum und Abschirmung zusammen, da sie viel miteinander zu tun haben. Raum bezieht sich hier v.a. auf die Patientenzimmer und die Abschirmung auf das Schaffen einer intimen Atmosphäre durch Stellwände, Vorhänge und separate Zimmer.

4.4.4.1. Ruhe

Die permanente Unruhe erscheint als der mit Abstand grösste Negativpunkt der Intensivstation. Ein Patient sagt wie schlimm es war nie schlafen zu können, er meint „da kann man grad so gut auf dem Hauptbahnhof übernachten“. Alle PatientInnen, die für sich selbst sprechen können äussern sich entsprechend: „nicht eine Nacht drei Stunden hintereinander geschlafen“, „unruhiger Ort, viel zu laut“, „grösstes Problem Schlaf, nie geschlafen“, keine Ruhe, viel

zu viel aufeinander“. Ein Patient spricht vom „Rummel-Rasselsurium von der Intensivstation“. Entsprechend geniessen die PatientInnen die Ruhe auf der Abteilung. Sie bezeichnen sie im Vergleich z.Bsp. als „stille Oase“.

4.4.4.2. Raum

Die Räume auf der Abteilung werden im Allgemeinen als schön bezeichnet, auch der Patient, der in einem recht kleinen, vollen Viererzimmer liegt, ist zufrieden. Zur Intensivstation bemerkt bezüglich Raum einzig eine Interviewte, wie angenehm es ist, dass die IPS Tageslicht hat.

4.4.4.3. Abschirmung

Ein Problem neben dem Lärm und der Unruhe auf der IPS ist die fehlende Möglichkeit PatientInnen vom Geschehen abzuschirmen. Dies wird vor allem von zwei Patienten thematisiert mit Aussagen wie: „man muss alles mitansehen und -hören“, „habe alles gesehen“, „man sieht in den Gang, die Lichter wo sie schreiben und weiss Gott was...“. Der Patient, der auf der IPS Angst empfunden hatte, beschreibt, wie in seiner Nähe geredet wurde und er alles auf sich bezog, bzw. falsche Dinge verstand. Er glaubte sterben zu müssen, weil er meinte, man habe gesagt, man könne bei ihm Nichts mehr machen.

5. Diskussion

Die Verlegung von PatientInnen ist bei uns und, soweit ich aus eigener Erfahrung weiss, auch auf anderen Intensivstationen eine Routinehandlung der wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Sie ist eingebettet in den täglichen Ablauf und geschieht in Form eines recht starren Musters von praktischer Vorbereitung wie PatientInnen waschen und Verbände machen, Effekten bereitstellen, Papiere ordnen, nicht mehr benötigte Leitungen etc. entfernen, Übergaberapport, kurzes Verabschieden vom Patienten/von der Patientin, Platz aufräumen, aus der Statistik ausgeben. Damit ist im Allgemeinen der Kontakt zwischen den PatientInnen und den Pflegenden der Intensivstation beendet. Die Gefühle der PatientInnen hinsichtlich ihrer Verlegung finden in diesem Ablauf wenig bis keinen Raum. Mir scheint, dass hier zum Teil pflegerischer Aktivismus das Eingehen auf die psychischen Bedürfnisse der PatientInnen verhindert. Ich frage mich z.B. ob es wirklich nötig ist, dass alle PatientInnen vor der Verlegung gewaschen sind. Vor allem die medizinisch/kardiologischen PatientInnen die mobil sind, sagen mir auf meine Frage diesbezüglich oft, dass sie lieber warten bis sie auf der Abteilung sind, da sie dort bessere Möglichkeiten (Nasszelle/Dusche) haben. Es würde in diesem Fall reichen, ihnen die Gelegenheit zu geben, sich das Gesicht zu waschen und die Zähne zu putzen. Die eingesparte Zeit könnte nun verwendet werden um die PatientInnen zu fragen, wie sie sich in Hinsicht auf die Verlegung fühlen, ob sie noch Informationen brauchen etc.

In der Auswertung der Interviews zeigt sich bei einem Teil der Interviewten eine deutliche Unzufriedenheit mit ihrer Situation auf der normalen Abteilung. Die meisten Aussagen, die dies erkennen lassen, beziehen sich auf einen Mangel an Information sowie auf ein Defizit an Betreuung. Auch PatientInnen die sich als gut auf die Verlegung vorbereitet bezeichneten, also im Voraus wussten, dass die Betreuung auf der Abteilung reduziert sein würde, bemängeln,

ohne dass sie dafür das Pflegepersonal direkt verantwortlich machen, dass sie zu lange warten müssen und dass von Seiten der Pflege zu wenig Zeit für sie zur Verfügung steht. Sie führen dies auf einen Mangel an Personal zurück. Dieser besteht in der Tat und kann im Moment auch nicht behoben werden. Diese Tatsache fordert aber eine besonders gute Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Abteilungen sowie zwischen den verschiedenen Disziplinen. Ebenso erfordert sie bestmögliche Information an PatientInnen und Angehörige über ihren Gesundheitszustand, ihre eigenen Ressourcen und die bestmögliche Nutzung dieser Ressourcen. Hierzu müssen die Betroffenen wissen, welche Dienste ihnen zur Verfügung stehen (Physio- Ergotherapie, Sozialdienst etc.), wie sie diese effizient nutzen können und was sie selbständig tun können um ihren Zustand zu verbessern.

„Die Möglichkeit eine stressbeladene Situation kontrollieren und voraussehen zu können, bestimmt massgeblich die Fähigkeit einer Person, mit ihr umgehen zu können“²⁵. Daraus geht hervor, dass es elementar wichtig ist, dass PatientInnen die nötigen Informationen erhalten, die sie zu dieser Voraussicht befähigen. In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass PatientInnen und Angehörige, die eine strukturierte Verlegungsvorbereitung hatten, weniger Angst entwickelten.^{26 27 28} Die Tatsache, dass die interviewten Personen keinen Mangel an Information bezüglich ihrer Verlegung bekundeten, bedeutet für mich eher, dass ihre Erwartungen in dieser Hinsicht relativ bescheiden sind, als dass sie optimal informiert waren. In Bezug auf die Verlegung von der Intensivstation sollten PatientInnen und Angehörige nicht nur

²⁵ Krantz 1980 zitiert in Jones C, O'Donnell C, After intensive care – what then?, Intensive and Critical Care Nursing (1994 10, 89-92)

²⁶ Toth JC, Effect of structured preparation for transfer on patient anxiety on leaving CCU, Nurs Res. 1980; 29:28-34

²⁷ Poe CM, Minimizing stress-of-transfer responses. Dimens Crit Care Nurs 1982;1:364-374, zitiert in Jenkins DA, Rogers H, Transfer anxiety in patients with myocardial infarction, BJN, 1995, Vol 4, Nr. 21

²⁸ Bouvé LR, Rozmus CL, Giordano P, Preparing Parents for their child's transfer from PICU to the pediatric floor, Appl Nurs Res, Vol 12, No 3, Aug. 1999;pp 114-120, zitiert in Jenkins DA, Rogers H, Transfer anxiety in patients with myocardial infarction, BJN, 1995, Vol 4, Nr. 21

weitgehend darüber aufgeklärt sein, was sie auf der normalen Abteilung erwartet, sondern auch wissen, wie der weitere Ablauf ihrer Behandlung vorgesehen ist. Es wäre in diesem Zusammenhang zu fordern, dass jeder Patient/jede Patientin, wenn möglich zusammen mit ihren Angehörigen, am Tag ihrer Verlegung vom zuständigen Stationsarzt aufgesucht wird und die Möglichkeit erhält, Fragen zu stellen und Informationen zu erhalten. In dieser Hinsicht wird das Defizit an Informationen in den Interviews deutlich. Dass PatientInnen am 2. Tag auf der Abteilung nicht wissen, wer der oder die für sie zuständige Arzt/Ärztin ist, dass sie nicht wissen was für Untersuchungen sie erwarten oder wie der jeweilige Tagesablauf geplant ist, hemmt die Nutzung ihrer Ressourcen und ihre Entwicklung zur Selbständigkeit.

Es ist bekannt, dass Menschen in Stresssituationen wie sie ein IPS-Aufenthalt darstellt sehr vieles vergessen, bzw. Informationen überhaupt nur selektiv aufnehmen. Aus diesem Grund scheint mir die Abgabe von schriftlichen Informationen an die PatientInnen oder ihre Angehörigen sehr sinnvoll. Dies könnte in Form eines Informationsblattes oder einer Broschüre geschehen. Auf unserer Intensivstation haben wir bereits sogenannte Angehörigen-Broschüren, die wir der jeweiligen Bezugsperson der PatientInnen abgeben und die neben Fotos von der IPS die wichtigsten relevanten Informationen für die Angehörigen enthalten. Diese Broschüre hat sich sehr bewährt und es wäre durchaus denkbar etwas in ähnlicher Form zum Abteilungswechsel zu kreieren. Das Abgeben einer Broschüre kann sicherlich nicht die Kommunikation mit PatientInnen und Angehörigen ersetzen, würde aber die Möglichkeit bieten, Vergessenes nachzulesen, sich in ruhigen Momenten mit der Verlegung und was sie mit sich bringt, sowie dem weiteren Prozess des Krankheits-/Genesungsverlaufs auseinanderzusetzen und offene Fragen mit dem IPS-BetreuerInnen-Team zu klären.

Wichtig ist, dass die Tatsachen, die die PatientInnen auf der Abteilung vorfinden, den durch die vorausgehenden Informationen

geweckten Erwartungen entsprechen und jede Abweichung vom geplanten Vorgehen erklärt und begründet wird. Das bedingt eine gute Koordination zwischen IPS und Abteilung, sowohl auf der Ebene der Pflege wie auch auf ärztlicher Ebene. Die Kontinuität in der ärztlichen und pflegerischen Behandlung muss gewährleistet sein. Hierzu braucht es neben guten Rapporten auch vollständige schriftliche Unterlagen wie Pflegedokumentation und ärztliche Berichte. Allerdings nützen diese nicht, wenn sie nicht auch auf der empfangenden Abteilung gründlich gelesen werden und bei Unklarheiten nachgefragt wird.

Nocheinmal betonen möchte ich die Bedeutung der Angehörigen im Verlegungsprozess. Wann immer möglich sollten die PatientInnen im Beisein ihrer Angehörigen informiert werden und diese sollen ermuntert werden, bei der Verlegung anwesend zu sein um die PatientInnen auf die neue Abteilung zu begleiten. Wir, die Betreuenden von IPS-PatientInnen müssen die Verlegung im grösseren Zusammenhang, d.h. als ersten Schritt der Austrittsplanung sehen. Mit zunehmendem Alter und damit einhergehender Multimorbidität unserer PatientInnen fällt dies vielleicht teilweise schwer. Aber auch hier gilt es zu bedenken, dass die PatientInnen zu einem grossen Teil das Spital verlassen und somit die ihnen verbleibenden Ressourcen mit Blick auf die Pflege zu Hause, mit Spitex oder auch in einem Heim maximal gefördert werden müssen.

Problematisch erscheint, laut Interviewauswertung, die Situation von PatientInnen die nicht fähig sind sich selbst auszudrücken. Hier haben die interviewten Angehörigen nicht das Vertrauen, dass Sicherheit und ausreichende Betreuung ihrer Ehemänner gewährleistet ist. Es wäre m.A.n. unbedingt nötig, wenn sich solche PatientInnen auf einer Station befinden, den Personalbestand so anzupassen, dass diese Sicherheit und Betreuung in ausreichendem Mass gegeben ist. Dies würde nicht nur die Zufriedenheit von PatientInnen und Angehörigen erhöhen, sondern auch diejenige der Pflegenden, die sich somit umfassender und damit in für sie

befriedigender Art und Weise um solche PatientInnen kümmern könnten.

Positiv zu bewerten ist sicherlich die Tatsache, dass der Übertritt von Intensivstation auf die Abteilung von allen Interviewten als Fortschritt in der Genesung und als Schritt zu mehr Selbständigkeit gesehen wird. Diese Sichtweise gilt es zu bestärken und durch gute Information den Betroffenen aufzuzeigen, wo ihre eigenen Anteile an diesem Prozess hin zur zunehmenden Selbständigkeit sind. Hierzu gehört auch, die PatientInnen zu ermutigen, ihre Bedürfnisse klar zu äussern und sich selbst Gedanken zu machen, wie ihr Aufenthalt auf der Abteilung in für sie befriedigender Art und Weise gestaltet werden könnte.

Als sehr negativer Aspekt der Intensivstation erscheint bei allen interviewten PatientInnen die Unruhe, der Lärm und das Licht. Die vergleichsweise Ruhe auf der Abteilung wird sehr begrüsst und bedeutet für die PatientInnen endlich mal wieder länger am Stück schlafen zu können. Es wird nie möglich sein, auf einer Intensivstation wirklich Ruhe herzustellen, aber es gibt sicherlich Möglichkeiten, stärker darauf zu achten Geräusche wo möglich zu vermeiden oder zu vermindern. Vor allem lautes Reden, Lachen, Klappern etc. wäre meist nicht nötig.

In den Interviews wurde in keinem Fall ein Unbehagen darüber geäussert, nach der Verlegung nicht mehr permanent durch Monitoring überwacht zu sein. Einige Untersuchungen, die sich mit der Verlegungsangst von PatientInnen von kardiologischen Überwachungsstationen befassen, kommen zum Ergebnis, dass die Monitorentwöhnung eine sinnvolle Massnahme ist. Saarmann schreibt: „Abrupte Entfernung der Monitorüberwachung dann wenn die Verlegung beginnt lässt den Patienten sich ungeschützt und ängstlich fühlen (...) Monitore sollten einige Zeit vor der Verlegung in eine Abteilung ohne Monitorüberwachung abgestellt werden, so dass der Patient sich an den Verlust der Maschine gewöhnen kann während er sich noch in einer sicheren, gewohnten Umgebung

befindet.“²⁹ Bisher sind bei uns alle PatientInnen bis zum Moment ihrer Verlegung an den Monitor angeschlossen, so dass diese Überwachung abrupt endet. Durch die kleine Anzahl Interviews lässt sich hierzu keine Aussage machen, zumal nur einer der interviewten Patienten v.a. wegen kardialen Problemen auf der IPS war. Es sollte jedoch in Zukunft beobachtet werden, ob die abrupte Trennung vom Monitoring zum Zeitpunkt der Verlegung für einen Teil der PatientInnen ein Problem darstellt und somit eine Monitorentwöhnung diskutiert werden müsste.

Die Annahme, von der ich bei der Bearbeitung des Themas ausgegangen bin, nämlich dass die beschriebene Unzufriedenheit ein Ausdruck von Verunsicherung und Angst der PatientInnen und ihrer Angehörigen ist, hat sich m.A.n. als richtig erwiesen. Die hauptsächlichen Defizite, die die Interviewten benennen, beziehen sich einerseits auf mangelnde Information, was wie oben gezeigt zu Unsicherheit führt. Andererseits kann die Sicherheit, die die Betroffenen suchen, aufgrund des Personalmangels auf den Abteilungen oft nicht in ausreichendem Umfang gewährt werden. Es wird in den Interviews zwar nur von den beiden Angehörigen explizit das Gefühl von fehlender Sicherheit ausgedrückt, aber mir scheint, dass zur Sicherheit auch das Wissen gehört, dass jemand kommt wenn die PatientInnen ein Bedürfnis haben. Diese Sicherheit ist nicht gewährleistet wenn wir an Aussagen wie „keiner kommt“ oder „es ist niemand herum“ denken.

7. Schlussfolgerung

Die Verlegung von der Intensivstation auf die normale Abteilung ist sicherlich ein bisher vernachlässigtes Thema. Wie die Auswertung der Interviews zeigt, wird die Verlegung von der Intensivstation von PatientInnen und Angehörigen primär als ein positiver Schritt gesehen, allerdings sind sie dann zum Teil mit der vorgefundenen

²⁹ Saarmann L, EdD, RN, Crit Care Nurs Q 1993; 16(1):78-85, Aspen Publishers, Inc.

Situation auf der Abteilung bezüglich Information und Betreuung nicht zufrieden.

Vor allem bei PatientInnen, die einen IPS-Aufenthalt von mehreren Tagen oder gar mehreren Wochen hinter sich haben, sollte der Verlegungsvorbereitung grosse Beachtung geschenkt werden. Bei ihnen ist es sicherlich angezeigt, die Nutzung eines separaten Zimmers zur „IPS-Entwöhnung“ einige Tage vor Verlegung zum Standard zu machen. Es muss auf unserer Abteilung auch – v.a. für PatientInnen die ein kardiales Problem haben – eine Monitor-Entwöhnung diskutiert werden.

Dass sich die PatientInnen auf der Station schnell zurechtfinden können, setzt voraus, dass sie auf die Verlegung gut vorbereitet sind. Dazu gilt es, diese stärker mit PatientInnen und Angehörigen zusammen zu planen und Informationen in schriftlicher Form abzugeben. In diesem Zusammenhang wird sich in unserem Spital in der nächsten Zeit eine Projektgruppe damit beschäftigen, Instrumente zu entwickeln, die diese standardisierte Form gewährleisten können. Gleichzeitig müssen aber auch die Gegebenheiten auf den Abteilungen entsprechend angepasst werden. Das heisst für mich z.B. dass alle PatientInnen und Angehörige bestimmte Informationen innerhalb eines gegebenen Zeitrahmens erhalten haben.

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen ärztlichem und pflegerischem IPS- und Abteilungsteam ist nötig. Wichtig ist, dass die Verlegungsvorbereitung in der Pflegedokumentation erscheint und diese bestehenden Pflegedokumentationen im jeweils anderen Team mehr Beachtung finden um somit die Kontinuität in der pflegerischen Betreuung sicherzustellen. Ärztlicherseits braucht es neben ausführlichen Verlegungsberichten den direkten Kontakt und Austausch zwischen den IPS- und den AbteilungsärztInnen um auch hier die Kontinuität in der Betreuung sicherzustellen.

8. Kritik und persönliche Stellungnahme

Die Anzahl der interviewten PatientInnen und Angehörigen ist klein und erlaubt sicherlich keine allgemeingültigen Aussagen. Dennoch glaube ich, dass die Arbeit einen wichtigen Schritt bedeuten kann, die Vorbereitung und den Ablauf der Verlegung und das sich Einleben auf der neuen Station für die PatientInnen zu verbessern.

Das Führen der Interviews habe ich als sehr interessant empfunden. Bei einer Wiederholung würde ich stärker zurückfragen und auf wichtigen Punkten länger verweilen um so vielleicht noch mehr oder Genaueres von den InterviewpartnerInnen zu erfahren. Dies ist für mich eine wichtige Lernerfahrung im Zusammenhang mit der vorliegenden Abschlussarbeit.

Als sehr positiv habe ich erlebt, wie hilfsbereit angefragte Kolleginnen im Ausland waren, denen ich per e-mail Anfragen sandte und die umgehend antworteten und mir Unterlagen und Informationen zukommen liessen.

9. Literaturverzeichnis

Bouvé LR, Rozmus CL, Giordano P, Preparing Parents for their child`s transfer from PICU to the pediatric floor, Appl Nurs Res, Vol 12, No 3, Aug. 1999:pp 114-120

Carpenito L. J., Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice. 6th ed 1995, Lippincott

Marilynn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, «Pflegediagnosen und Massnahmen» 2., ergänzte Auflage, 1994, Verlag Hans Huber

Kesselring A., Panchaud C., „Gesellschaft und Pflege,, 1999, Hrsg. SBK/ASI

David A. Jenkins, Helen Rogers, «Transfer anxiety in Patients with myocardial infarction», British Journal of Nursing, 1995, Vol. 4, No. 21

Christina Jones, RGN, MPhil, Research Nurse, Claire O`Donnell, RGN, PhD, Sister « After intensive care – what then ? », Intensive and Critical Care Nursing (1994) 10, 89–92

Beverly Ann Leith, RN, MN, CNCC(C), «Transfer Anxiety in Critical Care Patients and Their Family Members», Critical Care Nurse, 1998, Vol 18, No. 4

Mayring, «Einführung in die qualitative Sozialforschung», 2. Auflage 1993, Beltz Psychologie Verlags Union

North American Nursing Diagnoses Association, Übersetzung von Doenges und Moorhouse, Pflegediagnosen und Massnahmen, 2. ergänzte Auflage 1994, S. 172

Mandy Odell, RGN, MA, «The patient`s thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward», Journal of Advanced Nursing, 2000, 31(2), 322–329

Hildegard E. Peplau, «Interpersonale Beziehungen in der Pflege», 1995, Recom Verlag

Lembi Saarman, EdD, RN, «Transfer out of critical care: Freedom or fear? », Critical Care Nurse Q 1993, 16(1): 78–85

Linda P. Schwartz, RN, MS, Zara R. Brenner, RN, MS, «Critical care unit transfer: Reducing patient stress through nursing interventions», Heart & Lung, May–June, 1979, Vol. 8, No. 3

Hrsg.: Shirley M. Ziegler «Theoriegeleitete Pflegepraxis», Ullstein Medical, 1997