



Foto: dpa

Pflegende auf der Stroke Unit

Anwälte der Patienten

Wenn ein Mensch einen Schlaganfall erleidet, zählt jede Minute. Für die Akutversorgung haben sich Stroke Units etabliert, auf denen multiprofessionelle Teams unter dem Motto „Time is brain“ koordiniert zusammenarbeiten. Pflegende übernehmen auf diesen zertifizierten Schlaganfallstationen eine wichtige Rolle: Sie koordinieren die Diagnostik und Therapie und fungieren als primärer Ansprechpartner für den Betroffenen und seine Angehörigen.

Die Stroke Unit ist eine komplexe Organisation mit dem Ziel der möglichst umfassenden Wiederherstellung des Gesundheitszustands der Schlaganfallpatienten. Ob das gelingt, wird neben der Erkrankung von vielen Faktoren beeinflusst. Das sind zum einen Strukturen (beteiligte Fachabteilungen, Personalausstattung) und Prozesse (Versorgungspfade, Standards), die eine reibungslose Versorgung gewährleisten sollen. Zum anderen hängt der Erfolg von den jeweils beteiligten Personen im Team und dem Patienten selber ab, denn die Beteiligten beeinflussen sich



auch gegenseitig auf der zwischenmenschlichen Ebene. Die Pflegefachkraft stellt die Kommunikation rund um die Versorgung sicher. Gleichzeitig sind der Spagat zwischen Patientenorientierung und intensivmedizinischen Abläufen unter Notfallbedingungen sowie das Zusammenbringen unterschiedlichster Perspektiven zu leisten. Zum Dritten liegt in konsistenter Pflege die zentrale Bedeutung zur Wiedererlangung guter Lebensqualität.

Seit der Schlaganfallstudie von Krohwinkel (2007) ist bekannt, was schief laufen kann, wenn das nicht sichergestellt ist. Im Folgenden wird ein kleiner Überblick gegeben, wie Pflege organisatorisch und therapeutisch zum Erfolg auf der Stroke Unit beitragen kann. Für weiterführende Informationen sei auf das Buch „Pflege von Patienten mit Schlaganfall“ (Cassier-Woidasky, Nahrwold, Glahn 2012) verwiesen, auf dessen Basis dieser Aufsatz entstanden ist.

Bedürfnisse des Patienten berücksichtigen

Im Zentrum steht der Patient. Dessen Befindlichkeit ist grundsätzlich zu berücksichtigen. Das erscheint trivial, ist in der Praxis jedoch nicht leicht umzusetzen, da schon das Krankheitsgeschehen die Beteiligten vor große Herausforderungen stellt. Der Therapieerfolg erfordert schnelle Diagnostik, gegebene

50%

ALLER PFLEGEKRÄFTE IN DEUTSCHLAND HATTEN IM LETZTEN MONAT RÜCKENPROBLEME

Quelle: Kromark, K. et al. 2009: Rückenbeschwerden und LWS-Belastung bei Pflegekräften in der Altenpflege; Journal of Occupational Medicine and Toxicology

Dies kann vermieden werden!

Bei Pflegekräften können Rückenbeschwerden zur Beeinträchtigung ihrer Arbeitsfähigkeit führen.

In den meisten Fällen lässt sich das vermeiden. Durch eine eingehende Beratung, die richtigen Hilfsmittel und gezielte Schulungen können wir helfen, Rückenverletzungen in der Pflege zu vermeiden.

Einfach Code mit Handy abfotografieren und Animation anschauen.



Weitere Infos finden Sie unter dasvermeidbare.com

ArjoHuntleigh GmbH

Peter-Sander-Straße 10
55252 Mainz-Kastel

Tel.: +49 (0)6134 186-0
Fax: +49 (0)6134 186-160

www.ArjoHuntleigh.de

ARJOHUNTLEIGH
GETINGE GROUP

nenfalls mit der unmittelbaren Einleitung der Thrombolyse. Das kann Patienten zwar Sicherheit vermitteln („Hier wird mir geholfen“), sie im Tempo wegen der krankheitsbedingten kognitiven und psychischen Veränderungen aber auch überfordern. Gerade Menschen mit Aphasie werden leicht übergangen, weil man annimmt, sie könnten Gesprächen nicht folgen. Tatsächlich aber sind sie meist nur nicht in der Lage, falsche Annahmen richtigzustellen oder Bedürfnisse zu äußern (Tacke 2006).

Pflege hat die bestmögliche körperliche und psychische Verfassung zum Ziel, damit der Patient die anstrengende Rehabilitation gut bewältigen kann.

Auch bei Patienten mit Bewusstseins- oder Wahrnehmungseinschränkungen oder dem Locked-in-Syndrom ist immer davon auszugehen, dass sie wahrnehmen, was um sie herum geschieht. Dies zeigen zahlreiche Erfahrungsberichte.

Wenn Pflegende Patienten nach akutem Schlaganfall betreuen, treffen sie auf Menschen und deren Familienmitglieder in einer existenziellen Krisensitua-

tion. Der Patient, „aus heiterem Himmel vom Schlag getroffen“, findet sich in einer völlig neuen Situation wieder, in der die gewohnten körperlichen Funktionen den Dienst versagen. Auch ohne vitale Bedrohung reißt es seine Lebensplanung aus der Bahn. Dazu wird er Gegenstand komplexer medizinischer Interventionen. Um diese für ihn existenziell bedrohliche und extrem belastende Situation mit seinen engsten Angehörigen verarbeiten zu können, benötigt er die Unterstützung der Pflegenden. So sind die Angehörigen fast ebenso wichtig wie der Patient. Als Bindeglied zwischen Patient und Therapeuten können sie Informationen geben, wenn der Patient dazu nicht in der Lage ist. Dem Patienten können sie durch ihre Anwesenheit Sicherheit vermitteln. Da sich aber auch sie im Ausnahmezustand befinden und durch die intensivmedizinische Umgebung verunsichert werden, ist es wichtig, ihre Ängste ebenso ernstzunehmen und einzubeziehen. Verunsicherte Angehörige werden leicht als Störfaktor („schwierig“) wahrgenommen – was in der Regel auf fehlende Informationen und unangemessene Kommunikation zurückzuführen ist. Viele Intensivstationen haben dieses Problem erkannt und sind als „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ zertifiziert (www.stiftung-pflege.de). Werden die Angehörigen in

den Pflegeprozess einbezogen, bleibt es nicht dem Zufall überlassen, ob und wie deren Möglichkeiten berücksichtigt werden.

Indem die Pflegefachkraft angepasst über Behandlung, Verlauf und Rehabilitation informiert, Fortschritte und Perspektiven aufzeigt, kann sie den Betroffenen wichtige Hilfen zur Krankheitsverarbeitung geben. Das wirkt sich positiv auf die Patientenzufriedenheit aus, baut Ängste ab und hat zahlreiche physische und psychische Wirkungen von Kreislaufstabilisierung, verbessertem Schlaf bis hin zur schnelleren Genesung und Stabilisierung familiärer Unterstützungssysteme (Christmann et al. 2004).

Pflegende koordinieren Diagnostik und Therapie

In der Akutphase steht der reibungslose Ablauf der Diagnostik im Vordergrund, bis die genaue Diagnose feststeht, Therapieentscheidungen getroffen sind und nach Ausschluss der Kontraindikationen die Thrombolyse eingeleitet ist. Das dazu eingesetzte Medikament ist nur für einen Zeitraum von 4,5 Stunden nach Auftreten der ersten Symptome zugelassen.

Je früher die Therapie einsetzt, umso besser ist der Behandlungseffekt durch die Rekanalisierung der betroffenen Gefäße (Poeck & Hacke 2006). Während

A Hollister Technology
.....

Hollister **Critical Care**

Überzeugen Sie sich von den einzigartigen Fixationssystemen von Hollister

 Hollister

Fixiert auf die beste Lösung:



Nasensonden-Fixationsklammer

- sichere Fixierung von Nasensonden (12–18 Ch)
- Schmetterlingsform passt sich den Gesichtskonturen an
- latexfrei



Anchor Fast

Fixierung für orale Endotrachealtuben

- ermöglicht eine sichere laterale Umpositionierung des Tubus
- vereinfacht die tägliche Mundpflege
- entlastet Haut und Lippen von Druck



Horizontale Drainage-Fixationsklammer

- Fixierung von Drainagen, Schläuchen und Kathetern (5–40 Ch) parallel zur Hautoberfläche
- individuelle Größeneinstellung
- steril, latexfrei

der Infusion muss der Patient kontinuierlich überwacht werden. Mit der klinischen Überwachung können frühzeitig Faktoren wie erhöhte Temperatur oder Blutzuckerwerte erkannt werden, die meist eine weitere Schädigung der Penumbra zur Folge haben. Dies ist der Bereich der in ihrer Funktion schon eingeschränkten, aber in der Struktur noch erhaltenen Nervenzellen, die bei rechtzeitiger Lyse gerettet werden können. In diesem Fall können sich die Funktionsausfälle innerhalb weniger Tage zurückbilden.

Die Stroke-Pflegefachkraft koordiniert die Diagnose- und Therapiemaßnahmen, um die Zeit bis zum Beginn der Thrombolyse (Door-to-needle-time) möglichst kurz zu halten. Nach der Thrombolyse, beziehungsweise wenn diese nicht indiziert ist, sind Maßnahmen zwischen Therapeuten, Funktionsabteilungen und Patient zu koordinieren, auch müssen die Angehörigen in die Rehabilitation eingebunden werden. Hilfreich sind dafür gemeinsam erarbeitete interdisziplinäre Versorgungspfade und Ablaufbeschreibungen, wie zum Beispiel ein Lyseleitfaden (Reinhardt & Georg 2007).

Zur Sicherstellung des Therapieerfolges und zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen braucht es eine patientenorientierte Pflegeorganisation. So können auf neurologischen Stationen

Monitorbetten zur Stroke Unit erklärt werden, denkbar ist auch die Angliederung an eine interistische oder neurologische Intensivstation. Immer sind spezielle Kenntnisse erforderlich, die in Qualifikationskursen für Pflege auf der Stroke Unit erworben werden können. Deshalb werden für die Zertifizierung dauerhaft zugeordnete Pflegekräfte mit Fortbildung verlangt (www.dsg-info.de).

Die Pflegeorganisation muss die Versorgungskontinuität sicherstellen und darf keinesfalls wie Funktionspflege strukturiert sein. Daraus ergibt sich sinnvollerweise ein wie auf der Intensivstation übliches Bezugspflegesystem mit wenig Personalwechseln. Damit kann die Stroke-Pflegefachkraft als Ansprechpartner für alle Beteiligten die Entwicklung des Patienten am besten unterstützen und die Prozesse koordinieren. Die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden, Therapeuten und dem Sozialdienst wird durch regelmäßige Teambesprechungen erleichtert, in denen die unterschiedlichen Blickwinkel diskutiert werden. Grundlagen gelingender Kooperation sind interdisziplinärer Teamgeist und gegenseitige Wertschätzung, auf deren Basis alle Beteiligten an einem Strang ziehen und Entscheidungen gemeinsam treffen (Burton, Fisher & Green 2009).

Dem Patienten helfen, zur Normalität zurückzufinden

Das eigentliche Kerngeschäft der Pflege gerät unter dem üblichen Zeitdruck leicht ins Hintertreffen. Das Assessment von Pflegebedarf und Ressourcen, die Prophylaxe von Komplikationen und die Unterstützung bei den Lebensaktivitäten haben die bestmögliche körperliche und psychische Verfassung zum Ziel, denn nur so kann der Patient die anstrengende Rehabilitation gut bewältigen.

Pflege ist jedoch weit mehr als die Durchführung körperbezogener Lebensaktivitäten. Den Betroffenen hilft weniger die Defizitkompensation als vielmehr die Unterstützung, Beratung und Anleitung, um zur Normalität zurückzufinden. Mit den vier therapeutischen Funktionen (erhaltende, deutende, tröstende und integrierende Funktion) umreißt Kirkevold (1999) das Aufgabengebiet der Pflege bei der Begleitung der Schlaganfallpatienten – zwei mit dem Hauptgewicht auf der physischen Wiederherstellung und zwei mit Schwerpunkt auf dem psychischen Befinden. Am Beispiel „Für Sicherheit sorgen“ beziehungsweise „Kommunikation“ seien sie hier kurz erläutert:

Die Pflegekraft ergreift Maßnahmen, um Komplikationen wie etwa Stürze zu verhindern (erhaltende Funktion). Zur er-

Innovative Ideen für moderne Medizintechnik

Seit über 80 Jahren entwickeln wir Ideen, konzipieren und produzieren erfolgreich marktgerechte Produkte, die durch Funktionalität, Qualität und Design mit einem Plus an Sicherheit und Komfort überzeugen.



Schmitz u. Söhne GmbH & Co. KG, Zum Ostenfeld 29, 58739 Wickede (Ruhr), www.schmitz-soehne.com, [facebook.com/schmitz.soehne](https://www.facebook.com/schmitz.soehne)

haltenden Funktion gehören alle Maßnahmen zur Wiederherstellung der Selbstpflegefähigkeit, zur Prävention von Komplikationen und zur Befriedigung der Grundbedürfnisse. Weiter hilft sie dem Patienten, durch angepasste verständliche Information, körperliche Einschränkungen und notwendige Vorsichtsmaßnahmen zu verstehen, um Kooperationsbereitschaft zu erreichen (deutende Funktion): etwa dann, wenn bei Dysphagie die Betroffenen über das Aspirationsrisiko informiert werden müssen. In der integrierenden Funktion hilft sie dem Patienten, für die sichere Ausführung der Lebensaktivitäten neue Wege zu finden (z. B. Umgang mit Hilfsmitteln). Ähnliches gilt bei Kommunikationsproblemen. Hier sind den Betroffenen, individuell angepasst, die Hintergründe der jeweiligen Aphasieform und Möglichkeiten zur Verbesserung der Kommunikation zu erklären (deutende Funktion). Patienten und Angehörige müssen getröstet und unterstützt werden (tröstende Funktion), und schließlich umfasst auch die integrierende Funktion die Bemühungen zum Verbessern der Kommunikationsfähigkeiten der Betroffenen.

Der rehabilitative Ansatz ermöglicht verbesserte Funktionen und reduzierte Mortalitätsraten (Kirkevold 1999). Noch versterben 15 bis 20 Prozent innerhalb von vier Wochen – nur jeder vierte Schlaganfallpatient wird so gut rehabilitiert, dass er ohne

Einschränkungen wie vorher weiterleben kann (Poeck & Hacke 2006). Diese Gruppe wäre wahrscheinlich größer, wenn grundsätzlich früh und ohne Versorgungsbrüche mit individueller rehabilitativer Förderung begonnen würde.

Krankenhausaufenthalte sind gerade bei alten Menschen häufig Auslöser für einen kaum noch reversiblen Weg in die Bettlägerigkeit. Pflegende haben hier eine entscheidende Rolle darin, diesem Prozess entgegenzuwirken, wie Angelika Zegelin in ihrer sehr interessanten Studie zur Bettlägerigkeit festgestellt hat (Zegelin 2005). Weil jedoch Lebensaktivitäten alltäglich erscheinen, Resultate wie die Abwesenheit von Komplikationen häufig nicht sichtbar sind und diese Arbeit dazu noch in Konkurrenz zur Arztassistenz steht, erfährt diese Funktion von den Pflegenden selber wie auch von den Angehörigen anderer Berufsgruppen häufig wenig Wertschätzung und wird am ehesten als verzichtbar betrachtet. Gerade hier jedoch hat professionelle Pflege die größte Bedeutung für die Rehabilitation. Pflegekonzepte dazu sind etwa Bobath, Basale Stimulation oder Kinästhetik, für die sehr praxisnahe Fortbildungen angeboten werden. Sie sollten von jeder Pflegekraft wahrgenommen werden, die mit Schlaganfallpatienten arbeitet. Hinsichtlich der Frage, wie Pflege ihre therapeutische Funktion optimieren kann, besteht allerdings noch viel Forschungsbedarf.

Pflege auf der Stroke Unit ist Beziehungsarbeit

Eine wichtige Rolle liegt in der emotionalen Unterstützung. In der Akutphase geht es vor allem darum, eine Beziehung zum Patienten und seinen Angehörigen als tragfähige Basis für alle weiteren Aktivitäten aufzubauen. Im weiteren Krankheitsverlauf ist es wichtig, einen Trauerprozess zuzulassen, Hoff-

nung zu fördern, um in dem Ausmaß, in dem sich der Patient über die Folgen des Schlaganfalls für sein Leben bewusst wird, auch Depressionen zu verhindern (Kirkevold 1999). Inwieweit Depressionen emotionale Reaktion auf die Erkrankung oder pathophysiologische Wirkung der Ischämie sind, ist nicht ganz klar. Auch wird Depression inzwischen als Risikofaktor für den Schlaganfall diskutiert (O'Donnell 2010). Mit hoher Wahrscheinlichkeit hat sie negativen Einfluss auf den Prozess und den Rehaerfolg (Hafsteinsdóttir & Grypdonck 1997).

Indem die nahen Angehörigen miteinbezogen werden, können psychisch labile Patienten gestützt werden. Andererseits müssen die mit der Situation überforderten Angehörigen oft mit „therapiert“ werden. Die Pflegefachkraft sollte erkennen können, welche Art von Zuwendung Patient und Angehöriger gerade benötigen, um die Krankheitsbewältigung leisten zu können. Zudem erfordert diese „Dreiecksbeziehung“ es auch, die Beziehung zwischen Patient und Angehörigem einschätzen zu können, denn wahrscheinlich hat auch diese erheblichen Einfluss auf Krankheitsverlauf und -bewältigung. Aus der Forschung über Angehörige auf Intensivstationen ist bekannt, dass es für Angehörige wie auch für Patienten von existenzieller Bedeutung ist, dem kranken Familienmitglied möglichst oft nahe sein zu können. Wird das verhindert, etwa durch restriktive Besuchsregelungen, die selten medizinisch begründbar sind, kann das den Genesungsprozess behindern (Nagl-Cupal 2011). Pflege von Schlaganfallpatienten ist also zu einem wesentlichen Teil Beziehungsarbeit. Sie ist als solche mit ihrem Nutzen sichtbar zu dokumentieren, damit sie in die Personalbemessung Eingang findet und nicht mehr als zusätzliches „Nettsein“ betrachtet wird.

Fazit: Die entscheidenden Weichen werden in den ersten Stunden gestellt. Pflege umfasst

Zum Weiterlesen

Pflege von Patienten mit Schlaganfall

Von Dr. Anne-Kathrin Cassier-Woidasky, Jörg Nahrwold, Dr. Joerg Glahn.
Kohlhammer 2012, 234 Seiten, 29,90 Euro



dabei alle Facetten des Menschen mit seiner Krankheit. Die biologisch geprägte Sichtweise der Akutmedizin legt den Fokus auf die Funktionen. Da aber der Schlaganfall neben funktionellen Einschränkungen erhebliche psychische und soziale Belastungen mit sich bringt, die zu enormen Frustrationen beim Patienten und seiner Familie führen (Hafsteinsdóttir & Grypdonck 1997), erhöht es die Belastung, wenn die psychosoziale Seite vernachlässigt wird, Zuständigkeiten im Team und Schnittstellen nicht koordiniert werden, Informationslücken bleiben und Patienten und Angehörige auf sich allein gestellt sind.

Pflegende sind, mehr als anderswo, Anwalt des Patienten, die sich in seine Lage hineinversetzen und aus dieser Perspektive handeln müssen. Solides Fachwissen über Pflegekonzepte und Versorgungsstrukturen ebenso wie über die medizinischen Aspekte, eine patientenorientierte Sichtweise und die Bereitschaft, eigenes Handeln zu reflektieren, helfen dabei, einen Standpunkt im therapeutischen Team zu vertreten und den Patienten so gut es geht bei der Rehabilitation zu unterstützen.

Aktuelle Fortbildungsangebote für Pflegekräfte auf Stroke Units können unter der Website www.dsg-info.de/pflegefortbildung/aktuelle-fortbildungsangebote.html abgerufen werden.

Literatur:

- Burton, Christopher R.; Fisher, Andrea; Green, Theresa L. (2009): The organisational context of nursing care in stroke units: A case study approach. *International Journal of Nursing Studies* 46: 85–94
- Cassier-Woidasky, Anne-K.; Nahrwold, Jörg; Glahn, Joerg (2012): Pflege von Patienten mit Schlaganfall. Stuttgart: Kohlhammer
- Christmann, Elli; Holle, Regina; Schüssler, Dörte; Beier, Jutta; Dassen, Theo (2004): Mündliche Information von PatientInnen durch Pflegenden am Beispiel von PatientInnen mit Schlaganfall. *Pflege* 17: 165–175
- Hafsteinsdóttir, T. B.; Grypdonck, M. (1997): Being a stroke patient: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 26: 580–588
- Kirkevold, Marit (1999): Die Rolle der Pflege in der Rehabilitation akuter Hirn Schlaganfallpatienten. *Pflege* 12: 21–27
- Krohwinkel, Monika (2007): Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. *Fördernde Prozesspflege als System*. Bern: Huber
- Nagl-Cupal, Martin (2011): Den eigenen Beitrag leisten – Krankheitsbewältigung von Angehörigen auf der Intensivstation, Hungen: hps-media
- O'Donnell, M. J. et al. (2010): Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *The Lancet* 376: 112–123
- Poeck, Klaus; Hacke, Werner (2006): Zerebrale Durchblutungsstörungen: Ischämische Infarkte. In: *Neurologie*, hg. Heidelberg: Springer. 164–222
- Reinhardt, Margarete; Georg, Jürgen (2007): Pflegemanagement. In: *Haubrock, Manfred; Schär, Walter: Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus*, hg. Bern: Hans Huber, 501–554
- Stroke Unit Trialist's Collaboration (2008): Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858. CD000197. pub. 2
- Tacke, Doris (2006): Schlagartig abgeschnitten. Aphasie: Verlust und Wiedererlangen der Kontrolle, Bern: Hans Huber
- Zegelin, Angelika (2005): Festgenagelt sein – Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern: Hans Huber

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Anne-Kathrin Cassier-Woidasky, Diplom-Pflegepädagogin
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
Innerbetriebliche Fortbildung
Guttmanstraße 1, 76307 Karlsbad
E-Mail: anne-kathrin.cassier-woidasky@kkl.srh.de

MEDICA®



WOUND
CARE
FORUM

in Halle 6

14 – 17 Nov 2012
Düsseldorf · Germany

www.medica.de



Messe
Düsseldorf

Basis for
Business