

# INTENSIVTAGEBUCH



Begleitheft zu Ihrem  
Intensivaufenthalt

**Liebe Patientin, lieber Patient, liebe/r \_\_\_\_\_,**  
(Vorname Nachname)

dies ist Ihr persönliches Intensivtagebuch. Geschrieben haben es Ihre Angehörigen gemeinsam mit Ihrem Behandlungsteam, das Sie bei Ihrem Aufenthalt auf der Intensivstation versorgt hat. Derzeit können Sie nicht selbst ein Tagebuch führen oder darin lesen. Dennoch hoffen wir, dass dieses Buch Ihnen und auch Ihren Angehörigen später hilfreich sein wird, um diese schwierige Zeit nachzuvollziehen und verarbeiten zu können.

Sollte es Ihnen oder Ihren Angehörigen im späteren Verlauf ein Bedürfnis sein, zu uns Kontakt aufzunehmen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Falls Sie uns persönlich besuchen möchten, freuen wir uns über eine kurze telefonische Voranmeldung.

Wir wünschen Ihnen und Ihrer Familie alles Gute!

Ihr Behandlungsteam der Intensivstation \_\_\_\_\_

# INHALTSVERZEICHNIS

Wozu ein Intensivtagebuch? _____	04
Anleitung für Angehörige für die ersten Einträge _____	06
Wichtige medizinische, pflegerische und rechtliche Begriffe _____	08
Untersuchungen kurz erklärt _____	12
Der Tagesablauf auf einer Intensivstation _____	14
Ansicht eines Intensiv-„Bettplatzes“ _____	16
Tagebucheinträge _____	18
Quellenangabe und Impressum _____	35

# WOZU EIN INTENSIVTAGEBUCH?

Im Rahmen eines Intensivaufenthaltes passiert es häufig, dass unsere Patientinnen und Patienten einige Tage bis zu mehreren Wochen beatmet werden müssen. Dann schlafen sie meist sehr tief (künstlicher Schlaf/künstliches Koma). Manche Personen nehmen während dieses Schlafes nichts von ihrer Umgebung wahr, andere haben durchaus Sinneseindrücke. In dieser Zeit führen wir als ausgebildete Fachkräfte viele Untersuchungen und Behandlungsschritte durch. Wir bemühen uns, diese schwierige Zeit für unsere Patientinnen und Patienten so angenehm wie möglich zu gestalten. Dabei beziehen wir auch die Angehörigen mit ein, damit wir individuell auf Bedürfnisse eingehen können.

Wenn Sie aus dem Tiefschlaf erwachen, beginnt die sogenannte Aufwachphase. Besonders in dieser Zeit kann es sein, dass Sie sich an bestimmte Einzelheiten erinnern können. Häufig werden Ihnen jedoch die größeren Zusammenhänge dazu fehlen, auch durch Medikamente, die für Ihre weitere Behandlung erforderlich sind. Dieses Tagebuch soll Ihnen helfen, diese Eindrücke im Nachhinein besser zu verstehen und zu verarbeiten.

Das Tagebuch dient auch dazu, dass Sie die „verlorene Zeit“, während Ihres tiefen Schlafs nachlesen können. Ihre Angehörigen haben hier außerdem die Möglichkeit zu berichten, was sich währenddessen getan hat: Von privaten Ereignissen in der Familie und im Freundeskreis, über Hobbies und Berufliches bis hin zu Politik und Weltgeschichte kann so eine ganz persönliche Zeitung für Sie entstehen. Leider wissen wir nicht, wie



es Ihnen in der Zeit nach Ihrem Aufenthalt bei uns ergehen wird. Einigen Patientinnen und Patienten fällt es sehr schwer, sich mit ihrer Zeit auf der Intensivstation zu beschäftigen. Lesen Sie dieses Tagebuch deshalb bitte erst, wenn Sie sich dazu in der Lage fühlen. Darum bitten wir auch Ihre Angehörigen: Nehmen Sie sich bitte die Zeit, die Sie benötigen. Von einigen wichtigen Momenten während Ihres Aufenthalts auf der Station haben Ihr Behandlungsteam oder auch Ihre Angehörigen Polaroid-Fotos von Ihnen gemacht – natürlich nur dann, wenn Sie oder Ihr/e gesetzliche/r Bevollmächtigte/r (siehe Begriffserklärung im Abschnitt „wichtige ... Begriffe“) zugestimmt hatten. Diese Bilder finden Sie in einem Umschlag hinten im Buch. Ihre Angehörigen haben wir darauf hingewiesen, dass weitere Bilder, insbesondere Handyfotos, nur dann angefertigt werden dürfen, wenn Sie damit einverstanden sind.

Einige Patientinnen und Patienten erleben nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation, dass sie schlagartige Erinnerungen haben (Flashbacks). Sie oder ihre Angehörigen berichten auch davon, dass sie Alpträume haben. Falls dies auf Sie zutrifft, möchten wir Sie mit diesem Tagebuch unterstützen, die Erinnerungen und Träume besser verstehen zu können. Falls Sie sich durch diese Träume oder Erinnerungen in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt fühlen oder das bei Ihren Angehörigen feststellen, dann sprechen Sie diese Problematik bitte direkt bei der betroffenen Person an oder sprechen Sie vertrauensvoll mit Ihrem behandelnden Hausarzt. Ebenso dürfen Sie sich gerne bei uns melden.

**Sollten Sie weitere Informationen benötigen, können Ihnen möglicherweise folgende Internetseiten behilflich sein:**

[www.Intensivtagebuch.de](http://www.Intensivtagebuch.de)

[www.sepsis-gesellschaft.de/patienten-und-angehoerige/](http://www.sepsis-gesellschaft.de/patienten-und-angehoerige/)



# ANLEITUNG FÜR ANGEHÖRIGE FÜR DIE ERSTEN EINTRÄGE

## **Wer schreibt im Tagebuch?**

Beim Verfassen der Einträge sind vor allem Angehörige gefragt: Sie kennen unsere Patientin beziehungsweise unseren Patienten am besten. Die Angehörigen bitten wir deshalb: Schreiben Sie hier Ihre Eindrücke über das Befinden unserer Patientin oder unseres Patienten nieder. Notieren Sie dabei auch gerne Ihre eigenen Gedanken und Gefühle. Wenn Ihnen die Einträge zu persönlich erscheinen, können Sie das Tagebuch selbstverständlich auch zu Hause führen. Wir freuen uns aber, wenn auch wir einen Blick ins Buch werfen dürfen: Durch die Einträge können wir die Person, die wir versorgen, und ihre Familie besser kennenlernen und verstehen. Sofern die Angehörigen damit einverstanden sind, sind auch Pflegekräfte und Ärzte des intensivtherapeutischen Teams eingeladen, in das Tagebuch zu schreiben. Die Einträge helfen unseren Patienten dabei, die vorangegangenen Ereignisse und Gefühle besser zu sortieren und einzuordnen.

## **Für welche Patienten gibt es ein Tagebuch?**

Wir legen ein Intensivtagebuch an, sobald eine Patientin oder ein Patient mindestens drei Tage beatmet wird. Da unsere Patienten zu diesem Zeitpunkt seit mindestens 3 Tagen schlafen, fehlt ihnen eine halbe Woche an Erinnerung. Dieses Tagebuch kann deshalb auch gerne rückwirkend ab dem 1. Intensivtag geschrieben werden.

## **Worüber wird hier geschrieben?**

Schreiben Sie über das, was Sie bewegt, zum Beispiel Ihre eigenen Eindrücke und Gefühle. Notieren Sie alles, was für unseren Patienten nach dem Aufwachen wichtig sein könnte. Sie als Angehörige können am besten einschätzen, was unsere Patientin oder unseren Patienten beim späteren Lesen interessieren könnte oder freuen würde. Wenn Sie möchten, können Sie sich an folgenden Fragen aus Sicht der Patientin beziehungsweise des Patienten orientieren:

- Was ist passiert? Wie bin ich erkrankt, war ich alleine, war jemand dabei?  
Wie geht es den Beteiligten? Wie bin ich in das Krankenhaus gekommen?  
Wie ist die Zeit zu Hause ohne mich? Was passiert zu Hause?  
Wie geht es den Eltern / Kindern / Freunden / Haustieren?
- Erste Meilensteine: z.B. erstes Augen öffnen / bewegen / eigenständiges Atmen
- Erste Mobilisation: gerne auch mit Bild
- Wer war wann zu Besuch da?
- Wie war die Aufwachphase, was habe ich gesprochen?
- Wann wurde welche Entscheidung getroffen?

### **Wie wird geschrieben?**

Schreiben Sie gerne in der Briefform. Sprechen Sie Ihre Angehörige / Ihren Angehörigen direkt an, damit sie / er sich beim späteren Lesen persönlich angesprochen fühlt, zum Beispiel „Liebe Mama, lieber Papa, lieber Bruder, liebe Schwester“. Sie können Ihrer/m Angehörigen auch Fragen stellen wie „Ich frage mich, was du momentan träumst...“ oder „Ich frage mich, wie es dir in dieser Situation ging, warst du gut gelegen?“, „Hat dir die Musik gefallen?“, „Was hast du das gehört?“. Jeder Eintrag zählt, selbst wenn es nur einige kurze Sätze zu einem aktuellen Anlass sind. Bitte schreiben Sie leserlich. Sie können auch gerne elektronisch geschriebene Briefe in das Tagebuch einfügen.

### **Was gehört nicht ins Tagebuch?**

Dieses Tagebuch dient nicht der Dokumentation des Behandlungsverlaufs durch das therapeutische Team. Dafür haben Ärzte und Pflegekräfte eigene elektronische Programme.

### **Datenschutz**

In das Tagebuch eingetragene Informationen und besonders die Bilder dürfen ohne das Einverständnis der Patientin / des Patienten nicht an Dritte weitergegeben werden. Bei Verlegung auf eine weiterführende Station oder Einrichtung wird dieses Tagebuch der Patientin / dem Patienten beziehungsweise Ihrem / Seinem Bevollmächtigten ausgehändigt.

### **Mehr Informationen zum Tagebuch**

Hintergrundinformationen zur Idee hinter dem Intensivtagebuch finden Sie unter [www.intensivtagebuch.de](http://www.intensivtagebuch.de)



Medikamente richten wir individuell für unsere Patienten.

# WICHTIGE MEDIZINISCHE, PFLEGERISCHE UND RECHTLICHE BEGRIFFE

## **Anamnese**

Im Rahmen eines Anamnesegesprächs erfahren wir durch Sie oder Ihre Angehörige wertvolle Informationen über Ihr Leben. Diese Informationen benötigt das Behandlungsteam, um für Sie eine möglichst individuell angepasste Form von Therapie- und Pflegemaßnahmen zu wählen. Zusätzlich erhalten wir durch das Gespräch auch Informationen über besondere Vorlieben, Abneigungen sowie ihren Lebensalltag und können dadurch mögliche Reaktionen von Ihnen leichter verstehen und darauf eingehen.

## **Abführen**

Patienten einer Intensivstation können in der Regel nicht aufstehen, ihre Bewegung ist sehr eingeschränkt. Viele benötigen außerdem Schmerzmittel. Dadurch kann es leicht zu einer Verstopfung kommen, die zu schweren Folgeerkrankungen führen kann. Um das zu verhindern, müssen wir bei den Patientinnen und Patienten leider regelmäßig Einläufe durchführen. Wir wissen, dass die Einläufe für sie sehr unangenehm sein können. Wir bemühen uns sehr darum, die Intimsphäre zu wahren.

## **Absaugen**

Gesunde Menschen können Sekrete, die natürlich in den Atemwegen entstehen, aushusten und auch Speichel herunterschlucken. Vielfach ist das für Intensiv-Patientinnen und -Patienten nicht möglich, weil eine Maschine ihre Atmung übernehmen muss oder sie noch nicht die Kraft dazu haben. Deshalb müssen Sekret und Speichel abgesaugt werden. Beim Absaugen benutzen die Pflegekräfte den Absaugkatheter, einen Schlauch, um Ihre Atemwege (Luftröhre/Lunge) sowie

den Mund-/Nasen-/Rachenraum zu reinigen. Nach dem Absaugen bekommen Sie also meist wieder deutlich besser Luft. Dennoch ist es sehr wahrscheinlich, dass Sie den Vorgang des Absaugens selbst als sehr unangenehm in Erinnerung haben. Einige Patienten berichten sogar, dass Sie das Gefühl hatten, zu ersticken. Wir bereiten unsere Patientinnen und Patienten so gut wie möglich auf das unvermeidbare Absaugen vor und passen dabei gut auf sie auf.

## **Arterieller Katheter**

Der arterielle Katheter liegt in einer Arterie und ermöglicht uns, den Blutdruck der Patienten kontinuierlich zu überwachen und bei Bedarf Blut abzunehmen.

## **Bauchlage**

Die Bauchlage ist eine konservative Maßnahme, um Teile der Lunge zu belüften, die in Rückenlage nicht zugänglich sind. Meist besteht diese Maßnahme aus drei Zyklen. Bringt diese Maßnahme nicht den gewünschten Erfolg, folgt in der Regel die Kanülierung (siehe ECMO).

## **Beatmung**

Viele Intensiv-Patientinnen und -Patienten können nicht selbstständig atmen oder benötigen dabei Unterstützung. Dafür gibt es verschiedene Geräte, von dem sogenannten Respirator, der über einen Schlauch (Tubus) vollständig die Beatmung übernimmt, bis hin zu Geräten, die nur die Atmung unterstützen.

## **Dauerkatheter (DK)**

Der Gang zur Toilette ist für Intensiv-Patientinnen und -Patienten in der Regel nicht möglich. Wir legen ihnen deshalb einen Dauerkatheter,



oder kurz „DK“. Das ist ein Schlauch, durch den der Urin automatisch abfließen kann.

### **Drainage**

Eine Drainage ist ein dünner Schlauch, der bei einer Operation in das betroffene Gebiet gelegt wird. Über die Drainage werden beispielsweise Blut oder Wundsekret abgeleitet. So können wir die Wundheilung besser beurteilen und Blutergüsse verhindern.

### **ECMO –**

#### **Extra Korporale Membran Oxygenierung**

Bei der ECMO, dem sogenannten Lungenersatzverfahren, bekommt man operativ je eine Kanüle in Hals und Leiste gelegt. Durch diese wird das sauerstoffarme Blut ausgeleitet und außerhalb des Körpers mit Sauerstoff angereichert, um es anschließend wieder in den Körper zurück zu führen. Dieser Kreislauf ist im ständigen Fluss. Es kreisen dabei immer mindestens zwei Liter Blut pro Minute durch das System. Während dieser Zeit arbeitet die Lunge dennoch weiter, manchmal hören Sie das Wort „Hintergrundbeatmung“. Damit meint man, dass die Lunge in verminderter Leistung arbeitet.

#### **Externe Ventrikel Drainage-Sonde (EVD)**

Bei einer Operation am Kopf kann es sein, dass wir eine Drainage in den Kopf der Patienten legen. Das ist ein dünner Schlauch, mit dem wir verschiedene Werte messen können. Nach der Behandlung bleibt eventuell eine kleine Kruste oder Narbe am Kopf der Patienten zurück.

### **Extubation**

Sobald unsere Patienten wieder selbstständig atmen können, dürfen wir ihnen den Be-

atmungsschlauch aus der Luftröhre entfernen. Es kann sein, dass sie dabei einen starken Husten- und Würgereiz verspüren. Wir lassen unsere Patienten in dieser Zeit nicht alleine und beruhigen sie.

### **Fixierung**

Während eines Intensivaufenthaltes gibt es Momente, in denen unsere Patienten verwirrt sind. Sie haben dann oft Angst, möchten nach Hause oder werden aggressiv. Dabei kann es sein, dass sie versuchen, Kabel zu entfernen oder Drainagen aus ihrem Körper zu ziehen. Das ist für unsere Patienten sehr gefährlich, weil diese Schläuche häufig ihr Überleben sichern. Damit sie sich nicht selbst verletzen oder gefährden, müssen wir sie dann schützen. In einem solchen Moment der Selbstgefährdung kann es erforderlich sein, die Hände und den Körper des Patienten am Bett zu fixieren. Diese Maßnahme ergreifen wir sehr ungern und nur dann, wenn keine andere Möglichkeit bleibt, die Patienten zu schützen. Uns ist bewusst, dass das Fixieren eine freiheitsentziehende Maßnahme ist, die wir sofort beenden, wenn keine Eigengefährdung mehr besteht. Wir hoffen, dass unsere Patienten diese Maßnahme als Schutzmaßnahme verstehen können. Melden Sie sich – auch nach Ihrem Aufenthalt – bitte bei uns, wenn Sie den Bedarf haben darüber zu sprechen.

### **Gesetzliche/r Bevollmächtigte/r**

Wenn eine Patientin oder ein Patient nicht in der Lage ist, selbst Entscheidungen über ihre oder seine weitere Behandlung zu treffen, bestellt ein Gericht eine gesetzliche Bevollmächtigte beziehungsweise einen Bevollmächtigten. Im Idealfall haben die Patienten diese Person schon vor ihrer Erkrankung

durch eine Vorsorgevollmacht selbst ausgewählt. Sollte das nicht der Fall sein, wird meistens eine nahestehende angehörige Person benannt. Die gesetzlichen Bevollmächtigten sind befugt, im mutmaßlichen Willen der Patientin oder des Patienten über Therapie- maßnahmen sowie über ihren Aufenthaltsort zu entscheiden.

### **Giftschlüssel**

Einige Medikamente werden gesondert in einem verschlossenen Schrank verwahrt. Der Schlüssel zu diesen Medikamenten wird von uns teilweise als Giftschlüssel bezeichnet. Selbstverständlich meinen wir dabei aber kein Gift! Bei den Medikamenten handelt es sich um Betäubungsmittel, die unseren Patienten die Schmerzen nehmen und ihnen das Einschlafen erleichtern.

### **ICCA**

Bei dem ICCA (gesprochen: „Eisa“) handelt es sich um ein Computerprogramm, in dem wir sämtliche Tätigkeiten dokumentieren.

### **Infusion**

Unsere Patienten dürfen aufgrund der Beatmung oder ihrer Erkrankung oftmals noch nichts trinken. Flüssigkeit erhalten sie in diesem Zeitraum durch eine Infusion über ihr Blut. Gegen das Durstgefühl legen wir unseren Patienten regelmäßig feuchte Schwämme in den Mund.

### **Intubation**

Wenn unsere Patienten schwer Luft bekommen oder die Gefahr besteht, dass sie sich im Schlaf verschlucken, legen wir ihnen einen Schlauch in die Luftröhre, sodass sie über die Beatmungsmaschine besser

Luft bekommen. Unsere Patienten erhalten Schlaf- und Schmerzmittel, damit sie diesen Vorgang nicht spüren.

### **Kopfpflege**

Für unsere Patientinnen und Patienten übernehmen wir die „Kopfpflege“: Wir putzen ihre Zähne und waschen ihr Gesicht, ihre Augen und ihre Nase. In dieser Zeit wird auch der Beatmungsschlauch im Mund auf eine andere Seite der Zunge gelegt, um Druckgeschwüren vorzubeugen. Es kann sein, dass die Kopfpflege als unangenehm empfunden wird. Wir bemühen uns zu jeder Zeit, diese wichtige Aufgabe für die von uns betreuten Personen so angenehm wie möglich zu gestalten.

### **Lagerung**

Wenn Menschen lange unbewegt liegen, können Druckgeschwüre (ein sogenannter Dekubitus) entstehen. Während unsere Patientinnen und Patienten tief schlafen und beatmet werden und sich nicht selbst umdrehen können, nehmen wir kleinere Positionswechsel von rechts nach links vor, das bezeichnen wir als „Lagerung“. Mit der regelmäßigen Lagerung verhindern wir, dass Druckgeschwüre entstehen.

### **Magensonde**

Aufgrund der Beatmung und ihrer Erkrankung können unsere Patientinnen und Patienten nicht selbstständig essen. Damit sie dennoch ausreichend ernährt werden, erhalten sie flüssige Nahrung über einen dünnen Schlauch in der Nase. Es kann vorkommen, dass einige Personen diesen dünnen Schlauch spüren und dadurch leichte Halsschmerzen bekommen.

## **Mobilisation**

Patientinnen und Patienten einer Intensivstation können in der Regel nicht aufstehen und sind in ihren Bewegungen deutlich eingeschränkt. In dieser Situation ist es wichtig, ihre Bewegungsfähigkeit zu erhalten oder zu fördern. Techniken dazu heißen „Mobilisation“. Die Mobilisation setzt bereits an, wenn die Patientinnen und Patienten noch bettlägerig sind und unterstützt diese so weit, dass sie an die Bettkante gesetzt werden können.

## **Respirator, auch Beatmungsgerät**

Der Respirator (auch Beatmungsgerät genannt) ermöglicht die Beatmung von Patienten, die nicht oder nur teilweise in der Lage dazu sind, eigenständig zu atmen.

## **Sättigung**

Anhand des Sättigungswertes erkennen wir, wie viel Sauerstoff sich im Blut der Patientinnen und Patienten befindet. Dazu tragen die Patienten meist eine Klammer am Finger oder Ohr, über die wir den Sättigungswert messen können.

## **Trachealkanüle**

Eine Trachealkanüle ist ein kurzer Schlauch, der über den Hals in die Luftröhre der Patientinnen und Patienten gelegt wird. Die Trachealkanüle unterstützt unsere Patienten beim Atmen, wenn sie an eine Beatmungsmaschine angeschlossen sind.

## **Tubus**

Der Tubus ist ein Kunststoffschlauch, der über Nase, Mund oder Hals in die Luftröhre eingeführt wird, um die Patientinnen und Patienten zu beatmen und ihren Atemweg zu sichern.

## **Übergabe**

Auf der Station arbeiten wir rund um die Uhr. Pflegekräfte und Ärzte sind im Schichtbetrieb. Deshalb gibt es die Übergabe: Am Ende einer Schicht teilen wir unseren Kolleginnen und Kollegen der nachfolgenden Schicht sämtliche Neuigkeiten rund um die Behandlung der Patientinnen und Patienten mit, das können zum Beispiel auch neue Befunde sein. In dieser Zeit lernen uns auch die Patienten besser kennen. Die Übergabe findet zumeist am Bett der Patienten statt.

## **Weaning**

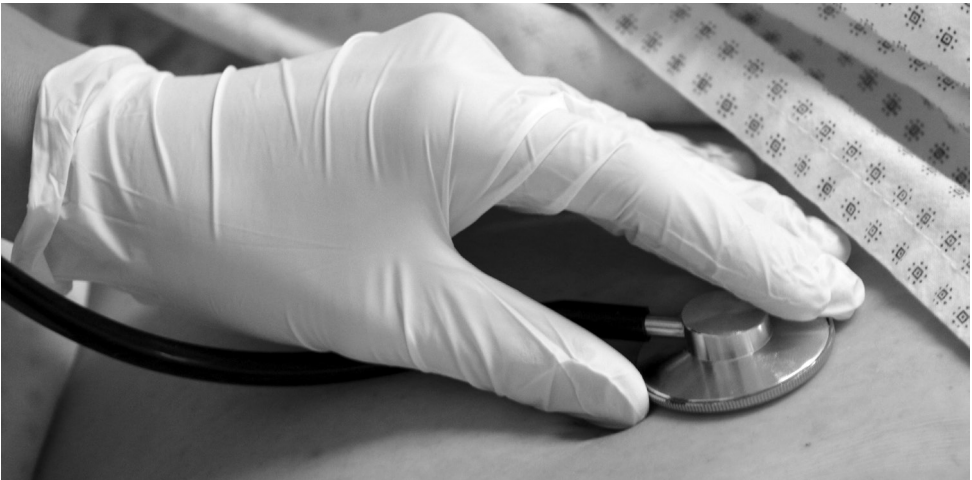
„Weaning“ kommt vom englischen Wort „to wean“, das heißt „entwöhnen“. Nachdem sie tief geschlafen haben und vollständig beatmet wurden, beginnt für unsere Patientinnen und Patienten die Zeit des Aufwachens. In dieser Zeit lernen sie, wieder selbstständig zu atmen. Nach und nach können sie zunehmend auf die Unterstützung durch eine Beatmungsmaschine verzichten. Diese Zeit wird als Weaningzeit beschrieben.

## **Zentraler Venenkatheter (ZVK)**

Der zentrale Venenkatheter ist ein dünner Kunststoffschlauch, der in eine größere Vene eingeführt wird und unsere Patientinnen und Patienten mit ihren Infusionen sowie Medikamenten versorgt.

# UNTERSUCHUNGEN KURZ ERKLÄRT

Viele Untersuchungen finden auf der Station statt, auf der unsere Patienten liegen. Für andere Untersuchungen wie die CT, die MRT oder eine Angiographie fahren wir unsere Patienten in Untersuchungsräume außerhalb der Station. Der Patiententransport erfolgt meist mit einem Arzt und einer Pflegekraft. Dabei werden unter anderem das Beatmungsgerät und die wichtigsten Infusionstherapien des Patienten mitgenommen. Damit alles komplikations- und reibungslos verläuft, benötigt ein Transport eine gewissenhafte Vor- und Nachbereitung. Das nimmt viel Zeit in Anspruch, sodass ein Transport oft mindestens eine Stunde dauert, auch wenn die eigentliche Untersuchung nur wenige Minuten benötigt.



Beim „Auskultieren“ horchen wir die Lunge oder auch den Bauch von Patienten ab.

Die Untersuchungen finden größtenteils in den besuchsfreien Zeiten statt. Treten allerdings Veränderungen auf, so erfolgen die Untersuchungen zu jeder Tages- und Nachtzeit, um eine schnellstmögliche Behandlung zu gewährleisten. Das kann für die Angehörigen oft ungeplante, längere Wartezeiten bedeuten, was wir bedauern.

## **(Schädel-) Angiographie**

Die Angiographie ist ein bildgebendes Verfahren, um Blutgefäße im Kopf zu untersuchen. Mit Röntgenstrahlen und einem Kontrastmittel können wir ein dreidimensionales Modell der Gefäße erstellen und diese dann auf Schäden untersuchen. Die Schädelangiographie wird vor allem bei Hirnblutungen und veränderten Blutgefäßen verwendet.

## **Computertomographie (CT)**

Die CT ist ein bildgebendes Verfahren, bei dem wir mit Röntgenstrahlen arbeiten. Die Patienten befinden sich dabei für wenige Minuten in einer kurzen Röhre.

### **Coronarangiografie (Coro) auch Herzkatheteruntersuchung**

Wie die (Schädel-)Angiographie ist auch die Coronarangiographie ein bildgebendes Verfahren. Hier wird ein dreidimensionales Modell der Herz-Gefäße erstellt, um das Herz zu untersuchen. Die Coronarangiographie wird vor allem nach einem Herzinfarkt eingesetzt, um gegebenenfalls verengte Blutgefäße mit einem kleinen Röhrchen („Stent“) wieder zu eröffnen.

### **Blutgasanalyse (BGA)**

Die BGA ermöglicht eine schnelle Auswertung der wichtigsten Blutwerte in wenigen Minuten. So können wir die Beatmungs- und Infusionstherapie unserer Patienten überwachen. Wir nehmen unseren Patienten dafür mehrmals am Tag etwa 1-2ml Blut über einen Katheter in der Arterie ab, sodass wir sie nicht jedes Mal pieksen müssen.

### **Elektroenzephalogramm (EEG)**

Das EEG unterstützt uns dabei, die Hirnströme unserer Patienten zu erkennen und auszuwerten. So können wir mögliche Krampfanfälle erkennen oder die Narkosetiefe kontrollieren.

### **Elektrokardiogramm (EKG )**

Das EKG ermöglicht die Darstellung der Herzstromkurve. Ein EKG-Gerät befindet sich während des kompletten Intensivaufenthaltes auf dem Oberkörper des Patienten, sodass wir die Herzaktivität erkennen und einschätzen können.

### **Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT), auch Kernspintomographie**

Die MRT ist ein bildgebendes Verfahren, das die Patienten mithilfe eines Magnetfeldes untersucht. Die Patienten befinden sich dabei für circa 15-45 Minuten in einer langen Röhre. Bei der Behandlung kommt es zu klopfenden Geräuschen, die zwar unangenehm sind, aber häufig als unangenehm wahrgenommen werden.

### **Sonographie (Ultraschall)**

Mit Ultraschall-Wellen kann der Arzt die Organe von Patienten untersuchen. Diese Untersuchung ist nicht schmerzhaft und kann bei den Patienten am Bett durchgeführt werden. Dabei werden Desinfektions-spray und kaltes Gel verwendet. Es kommt vor, dass Patienten das Spray oder das Gel als unangenehm empfinden.



# TAGESABLAUF AUF EINER INTENSIVSTATION

Frühdienst: 6 bis 14.10 Uhr

## – Patientenübergabe

Beim Schichtwechsel findet die Übergabe statt. Die Pflegekraft aus dem Nachtdienst erzählt der Pflegekraft, die den Frühdienst beginnt, was alles in der Nacht bei Ihnen Wichtiges war. Dadurch lernen wir Sie besser kennen und können auf Ihre Bedürfnisse individuell eingehen.

## – Kontrolle der Patientenzimmer

Zu Beginn unserer Schicht lernen wir Sie kennen und stellen uns Ihnen vor. Wir unterhalten uns mit Ihnen und untersuchen Sie, damit wir Veränderungen bei Ihnen einschätzen können.

Wir kontrollieren alle Geräte und Alarmwerte bei Ihnen. Dadurch bekommen wir Veränderungen bei Ihnen rechtzeitig mit.

## – Arztvisiten

Alle Ärzte und auch Pflegekräfte, welche Sie aktuell betreuen, sind zu dieser Zeit bei Ihnen am Bett. Es kann sein, dass Sie das Gefühl haben, dass über Sie gesprochen wird. Nach der Visite kommen jedoch immer noch einmal Ihr behandelnder Arzt und die für Sie zuständige Pflegekraft. Sie sprechen nochmal ganz in Ruhe mit Ihnen, um

nach Ihren Bedürfnissen zu fragen und Sie über Ihre Fortschritte oder auch Komplikationen aufzuklären. Sie sind nicht alleine.

## – Medikamentengabe

## – Allgemeine und spezielle Pflege

Dies beinhaltet die allgemeine Körperpflege und das regelmäßige Kontrollieren und Erneuern von Verbänden. Auch das Bett wird frisch bezogen.

## – Frühstück und Mittagessen für Patienten

## – Regelmäßige Mobilisation und Lagerung der Patienten

## – Diagnostik / Untersuchungen:

Ihr Behandlungsteam führt Untersuchungen durch, wie wir sie in der Übersicht erläutern haben.

## – Dokumentation

Alle medizinischen Dienstleistungen durch Ärzte und Pflegekräfte werden aufgeschrieben oder auch „dokumentiert“. So ist es möglich, die Behandlung später nachzuvollziehen.



## Spätdienst: 13 bis 21 Uhr

Im Spätdienst kommen auch Ihre Angehörigen vorbei um Sie zu besuchen und Sie bei Ihrem Genesungsprozess zu unterstützen.

Zusätzlich finden folgende Tätigkeiten im Spätdienst statt:

- **Patientenübergabe**
- **Kontrolle der Patientenzimmer**
- **Arztvisite**
- **Medikamentengabe**
- **Regelmäßige Mobilisation und Lagerung der Patienten**
- **Pflege**
- **Ggf. weitere diagnostische Untersuchungen**
- **Dokumentation**

## Nachtdienst: 20.30 bis 6 Uhr

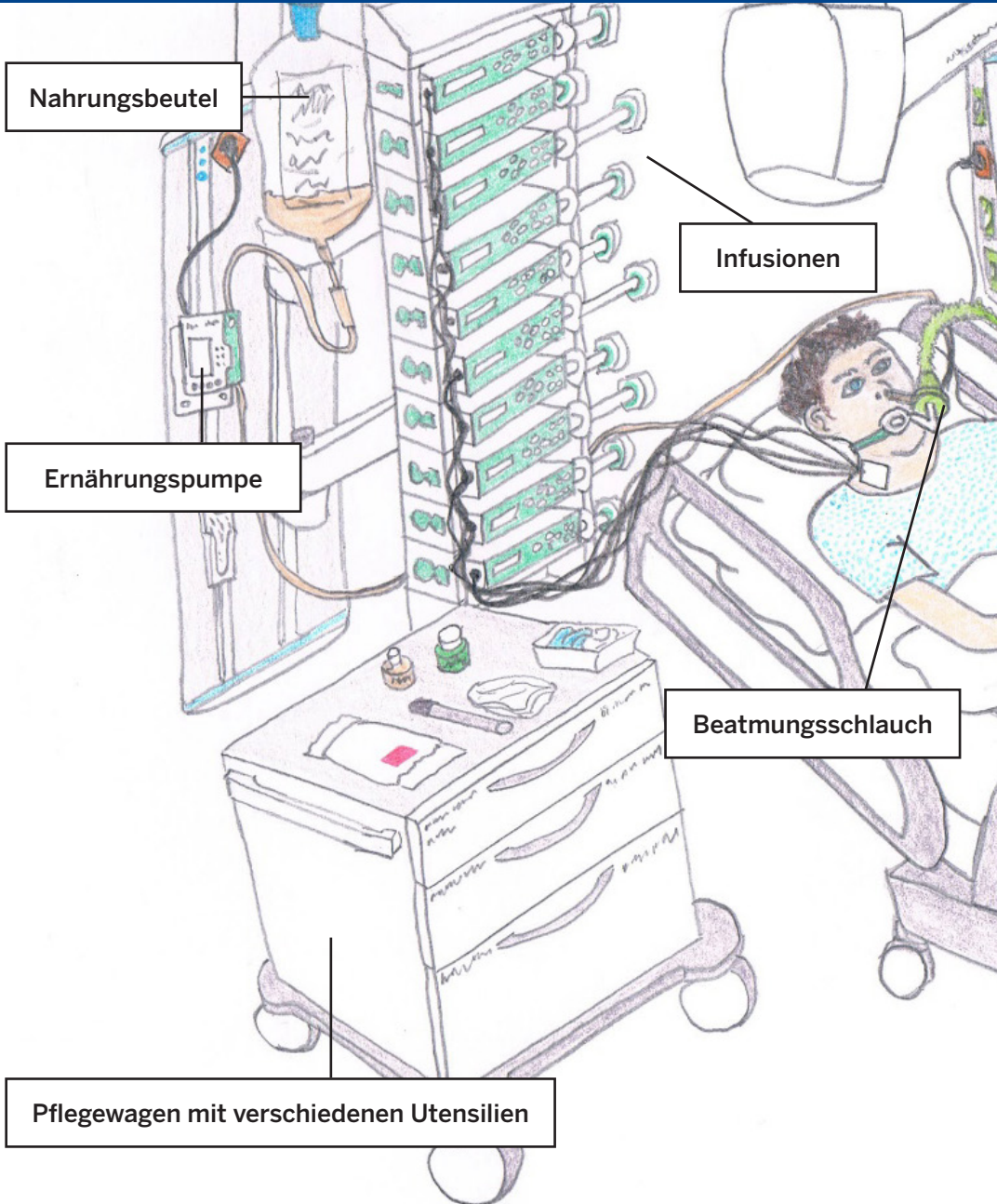
Der Nachtdienst hat meist einen ähnlichen Schichtablauf wie der Spätdienst. Einen Unterschied gibt es allerdings: Im Nachtdienst versuchen wir, Ihnen eine entspannte Atmosphäre zu ermöglichen, damit Sie möglichst gut schlafen und sich von dem anstrengenden Tag erholen können. Leider müssen wir in einigen Fällen Ihre Nachtruhe unterbrechen, weil wir auch nachts verschiedene Untersuchungen und Behandlungen durchführen müssen, damit Sie schnellstmöglich wieder gesund werden.

Auf der Station ist es häufig nicht möglich, Patienten alleine in einem Zimmer unterzubringen, sodass sich vielfach zwei Patientinnen oder auch zwei Patienten ein Zimmer teilen. Daher ist es möglich, dass wir auch bei Ihrer Zimmernachbarin / bei Ihrem Zimmernachbarn nachts Untersuchungen und Therapien durchführen, damit sie oder er gesund wird. Nachts bemühen wir uns immer, in den Patientenzimmern so leise wie möglich zu sein und mit so wenig Licht wie möglich auszukommen.

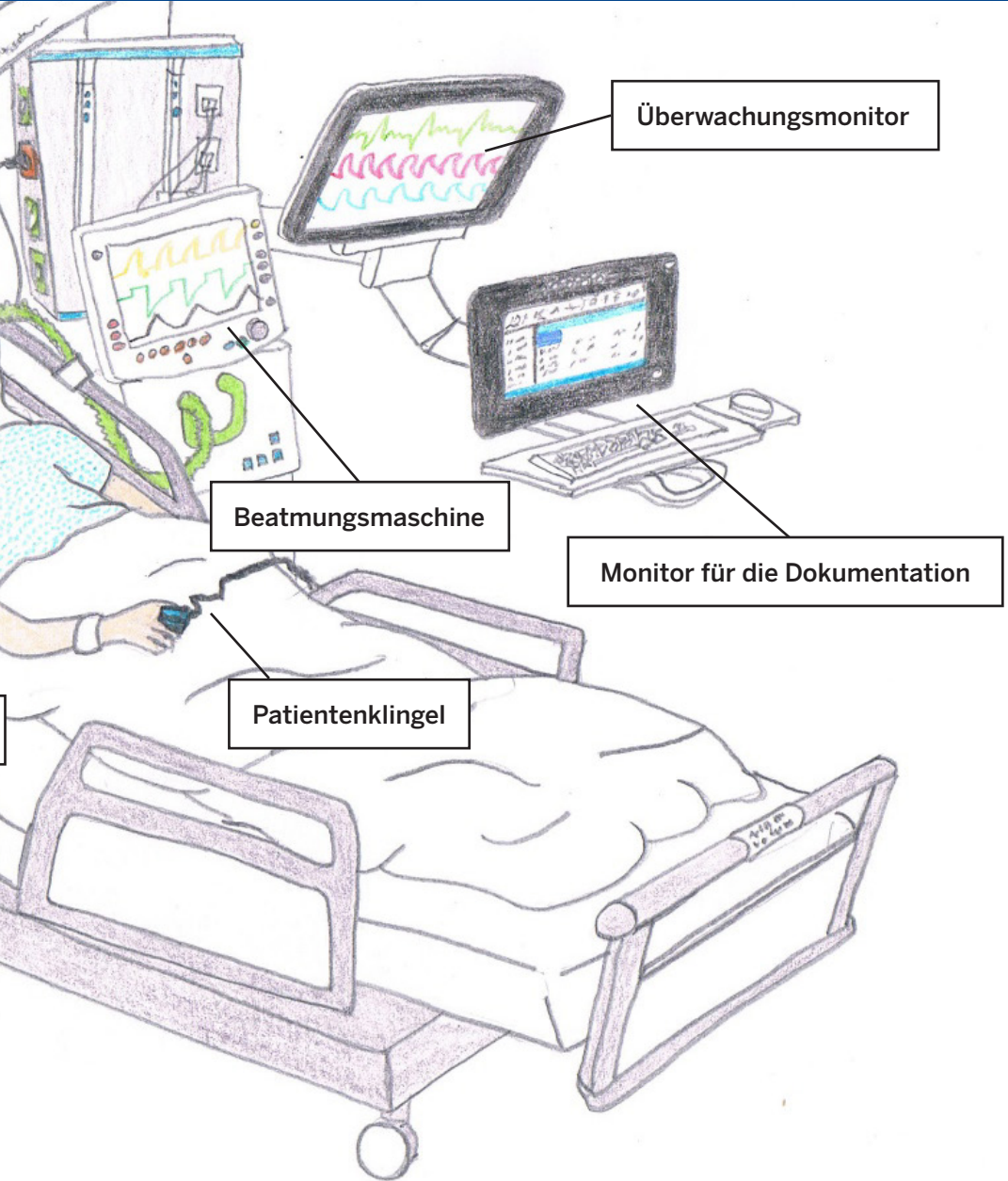


Bei isolierten Patienten achten wir besonders auf die Hygiene und legen Handschuhe und Schutzkittel an, bevor wir das Zimmer betreten.

# ANSICHT EINES INTENSIV-„BETTPLATZES“







In etwa so sahen Ihr Bett und die erforderlichen medizinischen und technischen Geräte aus, als wir Sie bei uns auf der Intensivstation versorgt haben. Grafik (c) Kerstin Schalk.













# INTENSIVTAGEBUCH

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---













# INTENSIVTAGEBUCH

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---









# INTENSIVTAGEBUCH

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---









**[www.intensivtagebuch.de](http://www.intensivtagebuch.de)**

**Projektleitung:**

Lisa Renneis

**Autoren:**

Lisa Renneis

Jaqueline Casparek

Rosna Dursun

Christian Hejda

Jacinta Stalf

Tanja Terfort

**Bilder**

Sneganna Friedrich

Philip Egermann

Kerstin Schalk

**UMM – Universitätsmedizin Mannheim**

Intensivstation \_\_\_\_\_

Theodor-Kutzer-Ufer 1-3

68167 Mannheim

