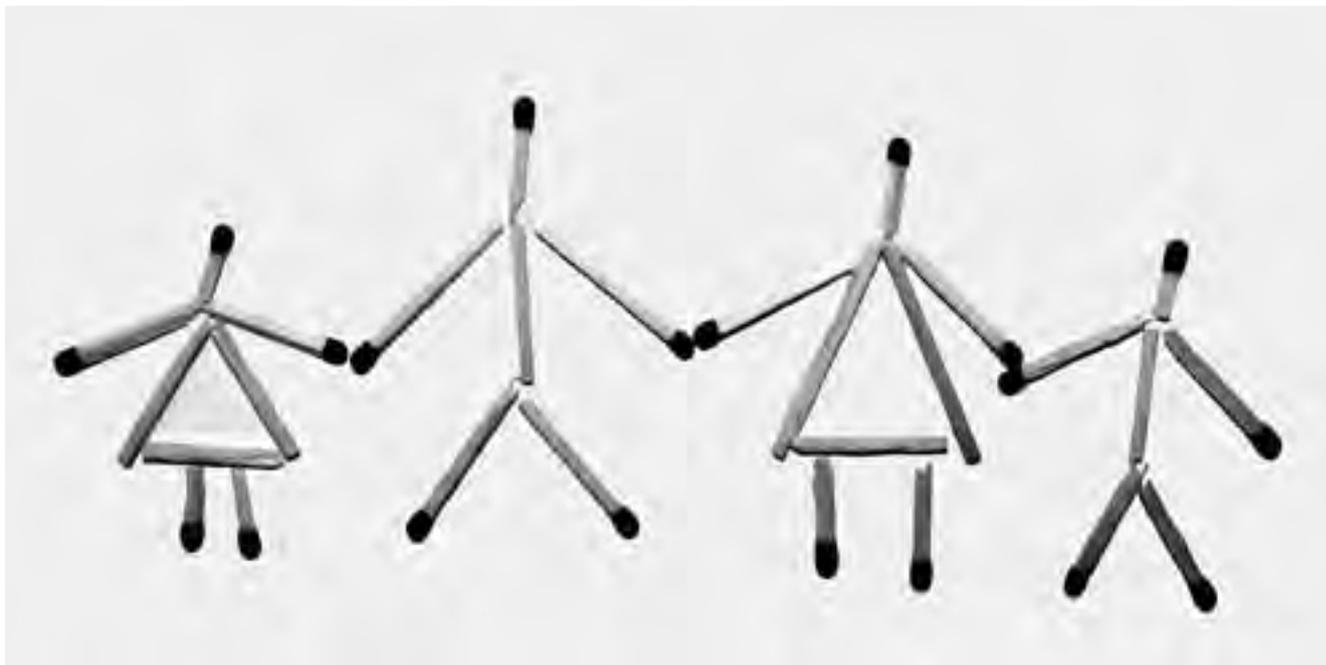


Orientierungsraum – Familie?

Vom Akutkrankenhaus zurück in den »Alltag«

Von Petra Pasterk



Beschäftigen wir uns mit der Frage: Orientierungsraum – Familie, so sollten wir uns vorerst mit dem Begriff „Familie“ beschäftigen. Gehen wir davon aus, wie Schnepf 2006 sagt: „Familie ist das, was es für die einzelnen Mitglieder bedeutet“, würde dies eine offene zeitgenössische und kulturelle Haltung implizieren, in welcher nicht nur blutsverwandte Personen zur Familie gezählt werden. Heutzutage gibt es die unterschiedlichsten Familienformen, die auch dem Wandel der Zeit unterliegen, wie z. B.

- Die klassische Kern- bzw. Gattenfamilie:
Eltern (Ehepaar) + Kind
- Lebensgemeinschaften mit oder ohne Kinder
- AlleinerzieherInnen
- Patchworkfamilien (Kinder aus vorangegangenen Ehen/Lebensgemeinschaften und gemeinsame Kinder in der aktuellen Partnerschaft)
- Gleichgeschlechtliche Partner mit Kind

Das heißt, die familiäre Struktur befindet sich im Wandel, die emotionale Bindung zwischen den Familienmitgliedern bleibt weiterhin aufrecht. Nur blutsverwandte Mit-

glieder als Familie zu bezeichnen, ist meines Erachtens nicht mehr zeitgerecht. Der Familienbegriff kann auch auf Vertrauenspersonen und Freunde erweitert werden, wenn es für die Betroffenen stimmig ist. Wrigth/Leahey (2002) beziehen den Begriff Familie auf: „... alle Lebensformen ein, wenn diese für die Mitglieder die Familie darstellen.“ Wenn man dies annimmt, so würde man glauben, dass sich unser Denken bzw. das Denken im interdisziplinären Team verändert hat. Es gibt Veränderungen wie z. B. das Zertifikat der Stiftung Pflege für angehörigengerechte Intensivstationen (In Österreich: seit Feb. 2010 Elisabethenspital, Linz) oder beginnende Ansätze für eine familienzentrierte Pflege. Doch hat sich der erweiterte Begriff Familie noch nicht in unseren Köpfen festgesetzt, und auch der Rechtsapparat hinkt dieser Veränderung hinterher.

Orientierungsräume

Phasen der Orientierung – 3 Bereiche:

- ich mit mir: Mein Körper als Wahrnehmungsraum.
Ich kann wahrnehmen und ich bin ein Lebewesen;
Mein Körper als Lebensraum.
- ich mit dir: Meine unmittelbare Umgebung dient

als Lebens- und Lernraum. In meiner unmittelbaren Umgebung finden sich Interaktionspartner.

- ich und wir: Weitere Interaktion, weiterer Raum. Außer meiner unmittelbaren Umgebung gibt es einen Raum – mein erweiterter Lebensraum, z.B. Bett, Zimmer. Die Außenwelt als Raum für Erkundung und Leben (Referat: Rupprecht, B. (2011) im Rahmen einer internen WB, PraxisbegleiterInnen, 29. Jan. 2011)

Welche Bedürfnisse kann nun die Familie abdecken?

Jemandem Vertrauten zu begegnen, auf gemeinsame Erfahrungen zurückgreifen zu können, befähigt den Einzelnen nicht nur sich zu orientieren, sondern beeinflusst auch das emotionale Erleben. Durch gewohnte Handlungsschemata können Denkschemata aufgebaut werden. Fröhlich geht davon aus, dass durch sensomotorische Erfahrungen intelligentes Verhalten produziert werden kann (Fröhlich in Werner 2004). In meiner unmittelbaren Umgebung finden sich Interaktionspartner.

Räume werden über Beziehungen und Personen erfahren und erlebt. Eine Mutter fördert und motiviert ihr Kind, sich aus der Mutter-Kind Dyade ein Stück vorzuwagen und seinen eigenen Raum zu entdecken. Vertrauen und Sicherheit erlangt das Kind einerseits, in dem es motiviert und positiv bestärkt wird, andererseits kann es darauf bauen, dass seine Mutter bzw. der Vater (seine Bezugsperson) da ist und es gegebenenfalls unterstützt, hilft, evtl. tröstet. Durch das Auslösen dieser initiierten Handlungen seitens des vertrauten Menschen (der Familie) können Interaktionen erfahren werden. Lebenszyklen gemeinsam erlebt zu haben, angenommen zu werden, und die Fähigkeit an diesen Erfahrungen anknüpfen zu können gehört zur Biographie der Beteiligten. Auch das individuelle getröstet werden, wie in die Arme genommen und fest gedrückt zu werden oder sanft hin und her geschaukelt und mit der Stimme beruhigt zu werden, beeinflusst die eigene innere Stabilität.

Familien leben ihre eigenen Rituale. Welches Ritual fällt ihnen ein, um getröstet zu werden? Vielleicht gehört das über die Stirn und Wangen streichen zum Willkommens-

gruß ihrer/s Großmutter/-vaters, ihresR PartnersIN. Je nachdem, wann und wie dieses Ritual ausgeführt wird, erzeugt die Berührung Trost, Nähe und Wärme. Das gibt Sicherheit – jemand versteht mich, ist da. Über die Präsenz des vertrauten Anderen gelingt es sich selbst zu finden, es führt zu Orientierung. Die Beziehung zwischen Betroffenen und Angehörigen ist durch Vertrauen und Nähe gekennzeichnet. Dieses und vieles mehr leistet neben der wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Sicherheit die Familie.

Außer meiner unmittelbaren Umgebung gibt es einen Lebensraum – ein erweiterter Lebensraum

- Sich verstanden fühlen, Gemeinsamkeiten erkennen, aufeinander-Bezug-nehmen sind fundamentale Ankerpunkte für basale Aktivitäten (vg. Mohr, 2010, S. 12).
- In diesem erweiterten Lebensraum finden sich neue Interaktionspartner. Jeder erlebt anders und jeder nimmt anders wahr.
- Hören und Sehen haben eine besondere Bedeutung. Die Umwelt ändert sich durch das Kommen und Gehen von Personen, durch Geräusche, welche interpretiert werden und durch Gerüche.

Basale Angebote:

- Bewegung der Person oder Umgebung (Bett)
- Gestaltung des Raumes (Bilder, Farbe etc.)
- Veränderung der Umwelt durch Geräusche und Gespräche (Vorlesen, Musik vorspielen etc.)

Lösen der Beziehung

Durch plötzliche, lebensbedrohliche Ereignisse wird die Familie in ihren Grundfesten erschüttert. Nichts ist und bleibt mehr wie es einmal war. Die Familie befindet sich in der Krise, im Schock. Alleine die Hoffnung, der Erkrankte wird überleben stehen im Mittelpunkt (Verhaeghe, 2006). Auf die eigenen Bedürfnisse, das „eigene Leben“ wird vergessen. Familien beschreiben, sie fühlten sich, als ob dies nicht wahr sei, als ob das restliche Leben in Watte gepackt wäre. Ihre Zukunftspläne werden nebensächlich, das eigene Leben bleibt stehen, alles konzentriert sich auf

das erkrankte Familienmitglied. Die Normalität, welche Sicherheit und Orientierung gibt, ist vollständig aus den Fugen gehoben. Der Erkrankte hingegen ist zu meist entscheidungsunfähig und völlig der Institution Krankenhaus ausgeliefert. Die Familie möchte ihren Liebsten schützen „protecting“ (Verhaeghe, 2007) und „Da-sein“. Das zu ermöglichen ist die Aufgabe des professionellen Teams. Offene, familienfreundliche ICU's sollten die Zukunft der Pflege sein. Bei einem akuten Ereignis steht neben der Angst um das Überleben des Erkrankten das zentrale Bedürfnis der Familie im Vordergrund, in der Nähe zu sein und sich mit eigenen Augen überzeugen zu können und bei ihm/ihr zu sein. Die Familie benötigt in dieser Phase Informationen. Wir Pflegende, ebenso Therapeuten und Ärzte, sollten uns immer wieder vor Augen führen, was dies für den primär Betroffenen und seine Familie bedeutet. Durch das „Hineinschlüpfen in die Schuhe der Anderen“ wird unser Verständnis nach Bedürfnissen klar, die ein therapeutisch-pflegerisches Team nur in geringen Maßen abdecken kann. Diese Rolle leistet die Familie und es steht ihr auch zu.

Bedürfnisse beziehen sich nicht auf die Angehörigen, sondern auf den betroffenen Menschen auf der ICU. Pflegepersonen sind eine wichtige Bedürfnisinstanz. Der Erkrankte ist aus seiner gewohnten Umgebung, seinem Schutz der Familie herausgerissen. Nun muss er in einer fremden Umgebung, zu meist unter Schlafentzug und oftmals unter den Einfluss verschiedener Medikamentensubstanzgruppen mühsam einen Weg aus der Bedrohung finden. Gerade in dieser vulnerablen Zeit kann ihm einerseits das professionelle Team und andererseits die Familie wichtige Hilfestellung leisten, sich wieder zu finden und zu entdecken. Die Aufgaben der beiden Gruppen unterscheiden sich. Vertraute Menschen, die Familie, gibt dem Erkrankten andere Anhaltspunkte durch ihre Präsenz, ihre individuellen Zugang, als das professionelle Team. Die Familie trägt Sorge um ihren Erkrankten, sie versucht ihn zu schützen. Pflegepersonal und Therapeuten versuchen, durch auf den Betroffenen abgestimmte Angebote, ihn langsam dahin zu führen, sich wieder selbst (z. B. durch Berührungsangebote über seinen Körper) zu entdecken und erfahren zu lernen. Erwacht ein Mensch aus dem Tiefschlaf, ist er orientierungslos. Durch Berührungsangebote, die mit dem Betroffenen gestalten werden, vielleicht

schon in Begleitung der Stimme erfährt der Erkrankte erste Anhaltspunkte über sich und seinen Körper. Durch gezielte Orientierungshilfen durch den eigenen u./o. auch den Körper einer vertrauten Person, kann der Orientierungsraum wieder neu, vielleicht nur Stück für Stück erobert werden. Vielleicht stellt sich der Betroffene Fragen wie: Bin ich das? Ist das meine Hand? Das fühlt sich „komisch“ an. Ängste durch ein sich fremd anführender Körper, der nicht nur aufgrund der Habituation sondern auch durch Verbände und andere Materialien (Beatmungsschlauch) verändert ist, die fremde, wenig ansprechende Umgebung (Geräusche, die nicht eingeordnet werden können, Gerüche die nicht hergehören – Wundsekrete u. ä.) fremde Personen, die intime Grenzen überschreiten. Es fehlt ihm ein Stück Zeit, der Betroffene kann es nicht einordnen. Über seinen Körper erkundet und entdeckt der Betroffene langsam seinen Raum. Durch vertraute Berührungen, Stimmen, den Geruch von Mutter/Vater oder PartnerIn erhält der wahrnehmungsbeeinträchtigte Mensch Orientierung über sich und dem Gegenüber. Es ist eine Fähigkeit von Erkranktem und Betreuer (der Pflegeperson, des Therapeuten, der Familie) sich auf sein Gegenüber einzulassen, ihm zu vertrauen. Es ist ein Weg, ein Stück gemeinsam zu gehen, eine Richtung vorzuschlagen – vielleicht sich auch mal zu verirren. Durch das aufgebaute Vertrauen kann auch ein Irrweg z. B. aufgrund eines ungeeigneten Angebotes wieder überwunden werden.

Orientierung im Raum ist zu allererst Bewegung im Raum. Der umgebende Raum wird in die Erfahrung einbezogen – er erweitert sich. Langsam erschließt sich wieder die weitere Umgebung für den Erkrankten.

Bessert sich der Zustand des Patienten, so übernimmt er in seiner eigenen Zeit wiederum langsam die Selbstbestimmung und Kontrolle über sich. Zuerst sind dies für einen Außenstehenden kaum sichtbare Zeichen. Oftmals ist der Erkrankte noch nicht in der Lage, seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. Diese nehmen die Familienmitglieder, zu meist die Partner wahr und leben die Rolle als Advokat des Patienten aus. Im Krankheitsprozess beginnt der Erkrankte auch gegenüber seiner Familie sich langsam wieder zu behaupten. Die dargebotenen Liebesdienste werden nun hinterfragt und teils auch abgelehnt. Vielleicht sind dies auch die „unange-

passten, schwierigen“ Patienten, Klienten die sich so ihre Selbstbestimmung nicht nehmen lassen wollen. Zuhause versucht nun der Erkrankte seine Autonomie und Verantwortung wieder stückchenweise zurück zu gewinnen. Er orientiert sich an den „kleinen Siegen“. Oftmals resultiert aus einer Akutkrankheit (Aneurysma, Schlaganfälle, Nierenversagen, Gefäßerkrankungen im Allgemeinen) eine chronische Erkrankung.

Behinderung und Krankheit sind nicht gleich zu setzen und doch scheinen Prozesse einer chronischen Erkrankung denen einer Behinderung nahe zu kommen. Behinderung und chronische Krankheit begleiten die Betroffenen ein Leben lang. Wie sie mit der jeweiligen Einschränkung umgehen, hängt oftmals von ihrer Sozialisation, der Motivation, Akzeptanz und der Bewältigungsstrategie der jeweiligen Familie ab.

Zurück in den Alltag

Die Familie, zu meist der jeweilige Partner, war während des Akutereignisses, der Rehabilitation für ihren Liebsten da, der Fokus richtete sich auf seine Bedürfnisse. Nun, nachdem sich der Rekonvaleszierende langsam seine Welt wieder zurückerobert, müssen die Familienmitglieder und im speziellen die Partner wieder ein Stück der Kontrolle aufgeben und diese dem heimgekehrten Mitglied zubilligen.

Ausgehend von dem Ansatz Familie im Kontext zu sehen, würde dies auch bedeuten, dass sich die Behinderung bzw. Krankheit sich auf alle Familienmitglieder auswirkt und diese wiederum den Betroffenen beeinflussen. Einerseits ist nun der Erkrankte der Klient und aber auch die gesamte Familie. Angehörige erarbeiteten sich durch ihre Fürsorge „caring“ und Pflege einen Raum in der Betreuung ihres Familienmitglieds. Es ist für sie wichtig, als kompetent und gleichgestellte Partner der Pflege und Therapeuten angesehen zu werden. Dieses ermöglicht ihnen eine positive Lebensorientierung zu finden, ein Stück der Kontrolle aufgeben und diese dem heimgekehrten Mitglied zu zubilligen. Familie, Mutter oder Partner haben ihre Reserven aufgebraucht und sind so erschöpft, dass sie teilweise sogar selbst erkranken. Alltägliche Sorgen, veränderte Lebensziele, finanzielle Schwierigkeiten und die veränderten Rollen innerhalb der Familie werden erfah-

ren. Warum trifft dies nicht auf alle Familien zu? Was das einzelne Familienmitglied als belastend ansieht, ist von der Beziehung, Akzeptanz und Motivation zum Erkrankten und seiner Erkrankung abhängig. Duijnsteet untersuchte bereits 1993 mittels des ZORG Kompass bei Angehörigen von dementierenden Menschen, was die unterschiedlichen Belastung und Belastbarkeit beeinflusst.

Die stattfindende Neuorientierung der Rollen innerhalb der Partnerschaft, der Familie wird als schwierig und anstrengend empfunden. Oftmals bleiben die Familien auf sich alleine gestellt, gelegentlich ist ihr Ansprechpartner der Hausarzt oder ein Bekannter. Selten kommt die Ansprechperson aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich. Für Pflegende und Therapeuten heißt dies, sich neue Räume und Möglichkeiten ihres Berufsfeldes zu schaffen, aktiv in der Versorgung und Strukturgebung mitzuwirken und diese für die Betroffenen zu gestalten.

Literatur:

Bartholomeyczik S., Halek M. (Hrsg.) (2009): *Assessmentinstrumente in der Pflege Möglichkeiten und Grenzen*, 2. Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

Schnepp, W. (2006): *Im Angesicht des Anderen: „Schützen müssen“ Antrittsvorlesung am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege*, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke, in: *Pflege & Gesellschaft*, 11. Jg., Juventa

Verhaeghe, Sofie T. L. (2006): *How does information influence hope, in family members of traumatic patients in intensive care unit?* In: *Journal of Clinical Nursing*, 2007, 16, 1488-1497

Verhaeghe, Sofie T. L. (2007): *Protecting: the focus of family members functioning in the acute phase of traumatic coma*, in: *Journal of Clinical Nursing*

Wright, L.; Leahey, M. 2009: *Familienzentrierte Pflege Assessment und familienbezogene Intervention*, Verlag Huber Bern