

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG  
IN DER INTENSIVPFLEGE**



**Zeitraum der Ausbildung  
24.11.2008 – 27.11.2009**

# **ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

## **Das Intensivtagebuch**

vorgelegt von: Simone Zwitnigg  
LKH Klagenfurt  
Abteilung für Aästhesie und Intensiv

begutachtet von: BA Schlömmer Tanja  
LKH Klagenfurt  
Klinische Strukturentwicklung

17.09.2009

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Tallach, am 17.09.2009

## Inhaltsverzeichnis

0. Vorwort.....	5
1. Einleitung .....	6
2. AUSGANGSLAGE.....	8
2.1. Der Intensivpatient .....	8
2.1.1. Definition Beatmung .....	8
2.1.2. Definition Sedierung .....	9
2.2. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	10
2.2.1. Definition.....	10
2.2.2. Persönlichkeitsveränderung nach lang anhaltender Traumatisierung .....	10
2.2.3. Komorbidität.....	12
2.2.4. Psychische und physische Konsequenzen während und nach invasiver Intensivtherapie .....	14
3. Das Intensivtagebuch.....	18
3.1. Definition des Intensivtagebuchs .....	18
3.2. Indikation für ein Intensivtagebuch.....	20
3.3. Schreibweise und Inhalt .....	21
3.3.1. Fragen zum Tagebuch .....	26
3.4. Studienlage .....	27
3.4.1. Norwegen 2007, von Storli und Lind .....	27
3.4.2. UK 2008, von Robson .....	27
3.5. Patientenberichte .....	28
4. Blick in die Zukunft.....	30
4.1. Implementierung.....	30
4.2. Nachbetreuung des Intensivpatienten.....	31
5. Zusammenfassende Darstellung.....	33
6. Literaturverzeichnis .....	34

## **Kurzzusammenfassung**

In der folgenden Abschlussarbeit wird beschrieben welchen Problemen ein Intensivpatient, der sediert und beatmet war, ausgesetzt ist. Sie haben sich damit zu beschäftigen das ihnen ein Teil ihres Lebens fehlt. Nämlich diese Zeit in der sie sediert waren. Viele Patienten erzählen von Erinnerungen die aber oft nicht der Wirklichkeit entsprechen, sie können das Puzzle in ihrem Kopf nicht richtig zusammenstellen. Sie sind damit konfrontiert herauszufinden, was real ist und was Trugwahrnehmungen sind. Um diesen Patienten eine Hilfestellung geben zu können haben Pflegende in mehreren Ländern für diese Patienten ein Intensivtagebuch geführt. Das Intensivtagebuch wird von Pflegenden und/oder Angehörigen jeden Tag geführt und es werden Veränderungen, Rückschläge und natürlich Verbesserungen der Situation so empirisch wie möglich beschrieben. In diesem Tagebuch werden keine medizinischen Fachausdrücke benutzt, es ist einfach eine Erzählung dessen was mit dem Patienten jeden Tag geschieht. Wenn der Patient auf eine Normalstation verlegt wird, wird ihm dieses Tagebuch ausgehändigt und er kann wenn er dazu bereit ist, darin lesen. Die Idee des Ganzen steckt darin, dass man dem Patient hilft seine verlorene Zeit auf der Intensivstation realer und verständlicher zu machen. Das Intensivtagebuch gibt es mittlerweile seit 20 Jahren und die Patienten sehen es als hilfreiche Unterstützung um wieder in ein normales Leben zurückfinden zu können.

## 0. Vorwort

Ich habe mir schon oft die Frage gestellt, wie es unseren Patienten nach dem Intensivaufenthalt ergeht. Wir haben nur selten die Möglichkeit zu erfahren wie es ihnen geht und wie sie mit der Situation jetzt zurechtkommen. Mir fällt es etwas leichter zu begreifen weil ich zu zwei ehemaligen Intensivpatienten Kontakt habe und mit ihnen schon sehr oft über das Erlebte gesprochen habe. Gerade aus diesem Grund hat mich ein Artikel in einer Fachzeitschrift nachdenklich gemacht und mir die nötige Inspiration zu dieser Arbeit gegeben. Diese Abschlussarbeit beschäftigt sich mit den Problemen des Patienten nach Intensivaufenthalt und zeigt eine wirksame Methode als Hilfe an: Das Intensivtagebuch. Es ist mir ein besonderes Anliegen, diese Thematik publik zu machen, da wir im normalen Alltag nicht die Möglichkeit bekommen uns mit dem Patienten auch auf längere Zeit zu beschäftigen. Es wäre für jeden hilfreich zu wissen, was mit einem Patienten auf der Intensivstation im Bezug auf seine psychische Situation geschieht. Es würde mit Sicherheit unsere Pflege und unseren Umgang mit den Patienten qualitativ noch mehr verbessern. In Österreich gibt es derzeit keine Intensivstation, die sich mit Intensivtagebüchern beschäftigt, wir könnten doch die ersten sein.

Diese Abschlussarbeit wurde im Rahmen einer Sonderausbildung für die Intensivpflege am LKH Klagenfurt erstellt.

Mein besonderer Dank gilt in erster Linie meiner Familie, die in diesem Jahr meine Kinder gehütet und behütet haben und mir den nötigen Freiraum gegeben haben. Weiters danke ich BA Schlömmer Tanja, die mich auf den Artikel in der Fachzeitschrift gestoßen hat und mich bei meiner Abschlussarbeit begleitet hat. Als letztes möchte ich mich noch bei Dr. Trampitsch Ernst bedanken, der mir bei der Literatursuche eine große Hilfe war.

Tallach, im September 2009

Zwittnigg Simone

## 1. Einleitung

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft und den intensivtherapeutischen Möglichkeiten kann selbst ein schwer kranker Patient mit einer erstaunlichen körperlichen Lebensqualität überleben. Jedoch haben die meisten Patienten aus Sicht der psychischen Situation nach Intensivaufenthalt kein besonders gutes Outcome.

Viele Patienten haben noch nach mehreren Jahren Schlafstörungen, Angstzustände, Träume und Probleme im täglichen Leben zurechtzukommen. Sie haben auch mit psychischen Folgeerkrankungen wie Depressionen oder posttraumatischen Belastungsstörungen zu kämpfen. Durch invasive therapeutische Maßnahmen, wie eine Beatmung oder Sedierung, fehlt ihnen eine kostbare Zeit ihres Lebens, die sie selbst nicht in der Lage sind, zu rekonstruieren. Pflegende aus Skandinavien und England haben eine Methode entwickelt, die dem Patienten die Möglichkeit gibt, sich mit der verlorenen Zeit zu beschäftigen. Sie schreiben Tagebücher für diese Patienten. Jeder Tag wird darin beschrieben, es werden auch Veränderungen und Erfolge oder Rückschläge dokumentiert. Studien belegen, dass das Intensivtagebuch eine wirksame Hilfe für den Patienten und seinen Angehörigen darstellt.

Im ersten Kapitel der vorliegenden Arbeit wird beschrieben, was ein Intensivpatient ist und mit welchen Problemen er während und nach einer Intensivtherapie zu kämpfen hat. Im weiteren Verlauf wird das Intensivtagebuch beschrieben, die den Patienten die nötige Hilfestellung geben kann, die er nach einer invasiven Intensivtherapie benötigt. Es wird aufgezeigt, welche Bereiche das Tagebuch beinhalten soll und wie es geschrieben wird. Abschließend wird der Versuch unternommen, einen Ausblick in die Zukunft zu machen und wie es im LKH Klagenfurt mit dem Intensivtagebuch aussehen könnte.

Die Forschungsfragen zu dieser Arbeit sind wie folgt:

Verändert das Intensivtagebuch positiv die Lebensqualität eines Intensivpatienten?

Kann das Intensivtagebuch eine Posttraumatische Belastungsstörung positiv beeinflussen?

Die vorliegende Arbeit wurde mit Hilfe einer ausführlichen Literaturrecherche auch im Internet durchgeführt. Um eine bessere Lesbarkeit der vorliegenden Arbeit gewährleisten zu können, wird hier die männliche Form für beide Geschlechter grundsätzlich verwendet.

## 2. AUSGANGSLAGE

Im folgenden Kapitel wird erläutert, was ein Intensivpatient ist und mit welchen Komplikationen während und nach eines Intensivaufenthalts in vielen Fällen zu rechnen ist. Die Intensivmedizin beschäftigt sich in den meisten Fällen mit den körperlichen Aspekten der Behandlung und dabei werden die seelischen Bedürfnisse des Patienten häufig übersehen. Deshalb erscheint es wichtig, dass die Betroffenen, aber auch die Pflegenden diese Problematik thematisieren.

### 2.1. *Der Intensivpatient*

Ein Intensivpatient ist objektiv gekennzeichnet durch körperliche und seelische Beeinträchtigung bis hin zur akuten Lebensbedrohung. Er ist eingeschränkt in seiner Bewegungsmöglichkeit und leidet am Verlust seiner Individualität und persönlichen Freiheit. Weiters leidet er an der Unterbrechung der bisherigen zwischenmenschlichen Beziehungen und er ist einer fremden Umgebung ausgesetzt, die häufig mit schmerzhaften Maßnahmen verbunden ist (vgl. Larsen, 2003: 700). Er ist also nicht nur durch eine Erkrankung oder Verletzung beeinträchtigt, sondern kann auch keine selbständige Entscheidung treffen und ist dadurch meist vollständig von der Hilfe anderer abhängig.

#### 2.1.1. Definition Beatmung

Beatmung dient der Unterstützung oder dem Ersatz unzureichender oder nicht vorhandener Spontanatmung. Ihre lebenserhaltende Funktion ist ein zentraler Bestandteil in der Intensivmedizin (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Beatmung>). Um eine maschinelle Beatmung am Intensivpatienten vornehmen zu können, muss dieser intubiert werden. Die Intubation ist ein Einführen des Tubus in die Luftröhre zum Offenhalten der Atemwege und zum Schutz vor Aspiration (vgl. Schäffler, et al., 1998: 1326). Kaum ein anderes Behandlungsverfahren stellt eine größere Belastung dar, als die maschinelle Beatmung. Das seelische Gleichgewicht des Patienten ist gestört weil er sich vollkommen hilflos und abhängig fühlt.



Er ist beeinträchtigt in der Kommunikation und des Sich-mitteilen-Könnens, das in weiterer Folge zu massiven seelischen Beeinträchtigungen und reaktiven Störungen führen kann (vgl. Larsen, 2003: 705).

### 2.1.2. Definition Sedierung

Der Begriff Sedierung wird vor allem in der Intensivmedizin genutzt und bezeichnet die Dämpfung oder Ausschaltung von Funktionen des zentralen Nervensystems durch ein Beruhigungsmittel (Sedativum). Wird gleichzeitig ein Schmerzmittel verabreicht, spricht man von einer Analgosedierung. Bei intubierten Patienten ist eine Sedierung sehr häufig notwendig, weil die maschinelle Beatmung nur in seltenen Fällen toleriert wird. Vor größeren diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen ist eine Sedierung angezeigt, um die Stressbelastung für den Patienten zu reduzieren. Die gewünschte Sedierungstiefe wird je nach Situation vom Arzt anhand einer Skala festgelegt (Ramsay-Skala im LKH Klagenfurt), regelmäßig kontrolliert und bei Bedarf angepasst. Viele Beruhigungsmittel führen zur Gewöhnung, so dass es im Verlauf der Anwendung zu einer Dosissteigerung kommen muss, um die gewünschte Sedationstiefe aufrecht zu erhalten (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Sedierung>).

Ein beatmeter und sedierter Patient auf einer Intensivstation zu sein, bedeutet, dass er völlig dem Pflegepersonal und den Ärzten ausgeliefert ist. Er kann keine Aktivitäten des normalen Lebens selbst übernehmen. Er kann sich nicht selbst waschen, er kann keine Mahlzeiten zu sich nehmen, er kann nicht die Toilette benutzen und er kann auch nicht selbst entscheiden was mit ihm passiert. Wenn man von diesem Gesichtspunkt ausgeht, dass ein Mensch nicht mehr selbst Entscheidungen treffen kann und völlig auf die Hilfe von anderen, für ihn fremden Menschen angewiesen ist, dann kann man sich ungefähr vorstellen wie sich so ein Patient fühlt und mit welchen Problemen er nach dem Aufenthalt zu kämpfen hat.

In den nächsten Kapiteln wird erläutert, was ein Patient während und nach dem Aufenthalt fühlt, und welche Folgeerscheinungen auftreten können.

## **2.2. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**

Um Missverständnisse schon im Vorfeld ausschließen zu können, wird mit Hilfe der Definition von der posttraumatischen Belastungsstörung klar definiert, wovon in Folge gesprochen wird.

### **2.2.1. Definition**

Die posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Erlebnisse. In den meisten Fällen tritt ein Gefühl der Hilflosigkeit auf und es kommt zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. Die posttraumatische Belastungsstörung definiert ebenso eine verzögerte bzw. verlängerte Reaktion auf eine extreme Belastung (vgl. Flatten, 2004: 3f). Die Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung nach Intensivaufenthalt ist aufgrund der heterogenen Studienlage immer noch unklar und variiert von 0 – 64%. Sie scheint vor allem von der Dauer des Aufenthalts und der Beatmung abhängig zu sein (vgl. ebd.: 4).

### **2.2.2. Persönlichkeitsveränderung nach lang anhaltender Traumatisierung**

Die Störung manifestiert sich als Symptom einer erhöhten Erregung, die vor der Belastung noch nicht vorhanden war:

- Ein- und Durchschlafstörungen mit immer wiederkehrenden Erinnerungen und Alpträumen
- ein wiederholtes Erleben des Traumas
- Reizbarkeit und Wutausbrüche
- ein emotionaler und sozialer Rückzug
- Verlust der Lebensfreude
- Konzentrationsstörungen und Überwachheit
- erhöhte Schreckhaftigkeit (vgl. Larsen, 2003: 709).

Diese Symptome treten in der Regel 6 Monate nach dem belastenden Ereignis auf und halten mindestens einen Monat an.

Ebenso kann dies zu Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch führen, oder im schlimmsten Fall sogar zum Selbstmord (vgl. Larsen, 2003: 709). Natürlich reagiert nicht jeder Patient gleich, dies hängt vielmehr von verschiedenen Faktoren ab. Ein wichtiger Punkt scheint zu sein, ob das Ereignis überraschend (Verkehrsunfall) oder halbwegs erwartet (Herzoperation mit anschließendem Intensivaufenthalt) eingetreten ist. Weiters hängt es ab vom Alter, vom Geschlecht und vor allem von der Regenerationsmöglichkeit. Die Häufigkeit an einer posttraumatischen Belastungsreaktion zu erkranken liegt bei Verkehrsunfallopfern und bei schweren Organerkrankungen bei ca. 15% (vgl. Flatten, 2004: 4), hier führt die definierte Genese zu eingeschränkteren Zahlen im Gegensatz zu den allgemeinen Zahlen (wie vorher erwähnt).

Exkurs:

Ein 32 jähriger Patient<sup>1</sup>, der drei Monate auf der Intensivstation des LKH Klagenfurts verweilte und in der Akutphase seines Aufenthalts dem Tode näher war als dem Leben, erzählte von der Zeit nach dem Intensivaufenthalt. Ihm fiel es bereits auf der Normalstation sehr schwer, sich wieder an den Gedanken zu gewöhnen, dass nicht ständig jemand in seinem Zimmer war. Diese Angst des Alleinseins beschäftigt ihn bis heute, obwohl er bereits seit über acht Monaten zu Hause ist. Weiters meint er, dass sehr viele Dinge, die vor dem Unfall zur Normalität gehörten, jetzt ein Problem darstellen. Er leidet unter massiven Schlafstörungen. Er wird nachts wach und weiß nicht, ob er noch im Krankenhaus ist oder schon zu Hause. Er musste wieder zu seinen Eltern ins Haus ziehen, weil er mit der Situation nicht alleine zurechtkam. Er träumt auch immer und immer wieder von dem Autounfall, wegen dem er auf der Intensivstation lag. Er war damals alleine mit dem Auto unterwegs und ist nach einem Sekundenschlaf gegen einen Baum gefahren. Er war mit seinem Vater bereits an der Unfallstelle, aber die Träume wird er trotzdem nicht los. Er wird den quälenden Gedanken nicht los, warum gerade ihm dies passiert ist. Die Intensivtherapie war sehr schrecklich für ihn, weil er sich nicht so krank fühlte und nicht verstand, warum er so viel über sich ergehen lassen muss. Er hat drei Monate seines Lebens verloren, die ihm keiner zurückgeben kann und er spielte sich mit dem Gedanken dieses, wie er sagt, trostlose Leben, aufzugeben.

---

<sup>1</sup> Experteninterview vom 07.2009.

Er sagt:“ Ich bin nicht mehr der selbe Mensch wie früher und ich werde es nie mehr sein.“ Was ihm aber sehr geholfen hat, sind die Gespräche mit einer beteiligten Pflegeperson, die ihm seine Fragen über Behandlungsmethoden und Geräuschzuordnungen auf der Intensivstation beantworten konnte.

Es ist erschreckend, wie wenig vor allem die betreuenden Pflegefachkräfte über das weitere Leben eines Intensivpatienten wissen. Mit der Verlegung auf eine andere Station gehört der Patient nicht mehr zum Tätigkeitsbereich der Intensivstation und ist somit aus dem Gedächtnis gestrichen. Die Patienten besuchen gelegentlich die Intensivstation, wenn es ihnen wieder besser geht. Man fragt kurz, wie es geht und muss gleich wieder der täglichen Arbeit nachgehen. Man bedankt sich für die meist mitgebrachten Leckerein, aber wie es dem Patienten wirklich nach der Intensivtherapie ergangen ist, weiß man nicht. Man hat auch gar nicht die Möglichkeiten sich intensiv mit einem ehemaligen Patienten zu beschäftigen. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird sich zeigen wie wichtig eine Nachbetreuung von Pflegenden für Intensivpatienten ist und nicht nur das, auch für die Pflegefachkraft kann diese Information eine Möglichkeit sein, gegen das immer drohende Burn out im Pflegeberuf angehen zu können.

### 2.2.3. Komorbidität

Als Komorbidität wird in der Medizin ein zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegendes, diagnostisch abgrenzbares Krankheits- oder Störungsbild bezeichnet.

Fast alle vorliegenden Untersuchungen berichten übereinstimmend von hohen Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Störungen. Bei etwa 80% der Befragten mit Posttraumatischer Belastungsstörung war mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose zu stellen. Dabei handelt es sich um Angststörungen, depressive Episoden und Depressionen im Allgemeinen.

Überraschend ist es nicht, wenn man bedenkt, dass die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (z.B. Interessensverlust, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit) auch auf den Symptomlisten anderer Störungen zu finden sind (vgl. Flatten, 2004: 66).

Die Phase der Depression scheint die häufigste Nebenerscheinung einer posttraumatischen Belastungsstörung zu sein. Die Depression ist eine affektive Störung mit krankhaft niedergedrückter Stimmung des Kranken, die mit einer Vielzahl psychischer, psychosozialer und körperlicher Symptome einhergehen kann. Jeder Mensch kommt mindestens einmal im Leben an einen Punkt, wo Traurigkeit das Leben bestimmt. Depressionen sind gekennzeichnet von einer gewissen Schwere und Dauer der Traurigkeit. Sie verändern den Menschen und können meist nicht alleine bewältigt werden (vgl. Schäffler et al., 1998: 1285).

Depressive Patienten sind freudlos, bedrückt und niedergeschlagen. Einige Patienten beschreiben sich als traurig, andere hingegen können Traurigkeit noch nicht einmal spüren. Sie bezeichnen sich als leer, wie abgestorben. Viele Patienten leiden darunter, keine liebevollen Gefühle für einen anderen aufbringen zu können. Sie sind auch meist nicht in der Lage, sich selbst positiv wahrnehmen zu können. Sie fühlen sich wertlos, überflüssig und schuldig. Sie haben keine Hoffnung auf eine schöne Zukunft und oft scheint ihnen das Weiterleben unerträglich und sinnlos. Die Kranken können kein Interesse mehr für ihren Beruf oder für Hobbys aufbringen, ihr Antrieb ist typischerweise verringert. Sie haben keinen Schwung, werden schnell müde, bewegen sich nur langsam und der Gesichtsausdruck ist leidend oder erstarrt. Wegen dieser Antriebshemmung kann man die innere Unruhe nur schwer wahrnehmen, die diese Patienten oft quält. Sehr häufig leiden diese Patienten auch an Angststörungen, wie der nächste Absatz zeigen wird (vgl. ebd.: 1287).

Angst ist ein seelisches und körperliches Phänomen und führt zu einem intensiven Gefühl der Bedrohung und des Ausgeliefertseins. Weiters kommt es zu vegetativen Symptomen wie Herzklopfen, Zittern, Schweißausbrüchen, Schwindel, trockener Kehle, Übelkeit und Durchfall (vgl. ebd.: 1300). Angsterkrankungen sind psychische Erkrankungen mit Angst als dominierendes Symptom. Speziell bei Intensivpatienten muss mit Angststörungen immer gerechnet werden, da hier eine erheblich belastende, angsterzeugende Situation besteht (vgl. Larsen, 2003: 705).

Man unterscheidet generalisierte Angststörungen, Panikattacken und Phobien. Die generalisierte Angststörung ist eine unerträgliche, frei flottierende Angst, die sich auf kein bestimmtes Objekt oder Situation beziehen lässt.

Sie geht mit motorischer Anspannung und vegetativen Symptomen einher, die oft über einen längeren Zeitraum anhalten können. Panikattacken sind anfallsartige Angstzustände, die meist nur Minuten anhalten und die Patienten haben das Gefühl, sie müssten gleich sterben oder verrückt werden. Die Patienten mit generalisierten Angststörungen oder Panikattacken können den Grund für die Angst nicht angeben. Anders als bei den oben angeführten Angststörungen weiß der Patient mit Phobien genau den Gegenstand oder die Situation, die eine Angst auslöst. Sie wissen genau, dass die Angst unsinnig ist und können sie trotzdem nicht abstellen oder beherrschen (vgl. Schäffler et al., 1998: 1300,1301).

Beim Intensivpatienten ist die depressive Störung zurückzuführen auf die schwere, akut körperliche Erkrankung. Grundlage dessen ist eine angeborene Verletzlichkeit und psychologisch spielen negative Lebensereignisse als Auslöser eine große Rolle. Beim Intensivpatienten können sich depressive Reaktionen in folgender Weise manifestieren. Die Patienten verweigern beispielsweise die Mobilisation oder Einnahme von Medikamenten, weil sie der Meinung sind, dass die Behandlungsmaßnahmen sowieso hoffnungslos sind. Nicht selten verweigern sie auch jegliche Kontaktaufnahme mit Pflegenden, Ärzten und sogar Angehörigen (vgl. Larsen, 2003: 705).

Wie sich diese Ängste und psychischen Erlebnisse auf den Patienten auswirken, wird im nächsten Absatz deutlicher

#### 2.2.4. Psychische und physische Konsequenzen während und nach invasiver Intensivtherapie

Der Grund für den Aufenthalt auf einer Intensivstation steht für den Patienten im engen Zusammenhang mit einer kritischen oder lebensbedrohlichen Situation. Diese lebensbedrohliche Situation ist in den meisten Fällen unvorhergesehen und bietet dem Patienten nicht die Möglichkeit, sich auf das Erlebnis vorzubereiten.

Patienten, die nach größeren operativen Eingriffen (z. B. Herzoperationen) geplant auf die Intensivstation verlegt werden, haben den Vorteil, dass sie sich mit Hilfe von Pflegenden und Ärzten auf die Situation vorbereiten können. Patienten, die ungeplant auf die Intensivstation kommen, werden am Ort des Geschehens meist intubiert und sediert, um den Transport ins Krankenhaus zu erleichtern.

Somit werden diese Patienten auf der Intensivstation wach und es fehlt ihnen eine Zeitspanne, die von wenigen Stunden bis zu mehreren Wochen variieren kann (vgl. Abt-Zegelin, 2004: 95).

Patienten haben Erlebnisse auf der Intensivstation, die von außen nicht unmittelbar erkennbar sind. Patienten berichten, dass sie die ganze Nacht nicht schlafen konnten, obwohl es subjektiv für den Nachtdienst so aussah, als ob die Patienten schlafen würden. Patienten beschreiben auch, wie wichtig es gewesen wäre, wenn alles, was man mit einem Intensivpatienten tut, erklärt wird. So könnten Trugwahrnehmungen verhindert werden. Ein Patient beschreibt einen Infusionsständer im halbdunklen Raum als Gorilla, oder eine andere Patientin beschreibt, dass sie sich eine Phantasiewelt ausgedacht hat und die pflegerischen Maßnahmen seien eine Bestrafung (vgl. ebd.: 95f).

Es ist fatal zu glauben, dass Patienten, die sich im künstlichen Tiefschlaf befinden, sozusagen ausreichend sediert sind, vom ganzen Geschehen um sie herum nichts mitbekommen. Das Erleben des Patienten darf nicht nur von außen betrachtet werden. Wenn man wirklich verstehen will, wie die Patienten den Aufenthalt erlebt haben, muss man sie befragen. Dieses mit dem Klinikalltag zu vereinbaren, zeigt der weitere Verlauf dieser Arbeit.

Die modernen Methoden der Intensivmedizin ermöglichen heutzutage einem schwerstkranken Intensivpatienten ein Überleben mit einer erstaunlich guten gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Behandlung bedeutet aber nicht nur eine notwendige und oft lebensrettende medizinische Maßnahme, sondern auch eine physische und psychische Extrembelastung (vgl. Kammerer et al., 2006: 33).

Patienten mit schweren, lebensbedrohlichen Grunderkrankungen und langem Intensivaufenthalt berichten noch nach Jahren über traumatische Erfahrungen wie Angst, Atemnot, Schmerzen oder Alpträume. Obwohl diese Patienten während ihrem Aufenthalt auf einer ICU<sup>2</sup> hochdosierte Gaben von Schlaf- und Schmerzmittel erhalten haben.

Patienten berichten über das wiederholte Erleben des Traumas, ein andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit anderen Menschen gegenüber und bringen es immer wieder in Verbindung mit der verlorenen Zeit während der Beatmung und Sedierung (vgl. Kammerer et al, 2006: 34f).

Auf der Intensivstation zeigen sich täglich derartige Ereignisse. Die Patienten werden aus der Sedierung entlassen und sind zunehmend unruhig, haben einen angstgeprägten Gesichtsausdruck und stehen völlig neben sich. Man versucht ständig zu wiederholen wo sie sich befinden oder welcher Tag heute ist, aber die betreuende Pflegefachkraft hat trotzdem das Gefühl, dass die Patienten sich nicht wirklich auskennen.

Das gesamte Kapitel gibt einen Überblick über die möglichen psychischen Konsequenzen unserer modernen Intensivtherapie. Wie bereits erläutert wurde, wird in der modernen Intensivtherapie natürlich in erster Linie das körperliche Gebrechen des Patienten im Vordergrund stehen, aber genau deshalb muss man als Intensivpflegepersonal auch ein gesteigertes Augenmerk auf die emotionale und psychische Situation des Patienten haben.

In der Regel ist das Pflegepersonal 24 Stunden bei dem Patienten am Bett, kümmert sich um die exakte Medikamentengabe, die Körperpflege, die Mobilisation und um vieles mehr, aber dem Patienten, der sediert und intubiert ist, wird in den meisten Fällen nicht erklärt, was mit ihm passiert. Nur ein kurzes Statement, dass man den Patienten jetzt angreifen wird und dieses oder jenes mit ihm machen muss, kostet den Pflegenden nicht mehr an Zeit, aber dem Patienten kann es helfen zu verstehen, warum er jetzt berührt wird. Wichtig für die Arbeit ist, dass man mit diesem Thema ein Wachrütteln der Pflegenden erreicht und dass sie verstehen, was man beim Patienten mit der automatisierten täglichen Arbeit anrichten kann.

---

<sup>2</sup> intensiv care unit



Im nächsten Kapitel wird beschrieben, wie man mit einfachsten Mitteln als Pflegeperson einem Patienten die Hilfestellung geben kann, die er nach einem langen Intensivaufenthalt benötigt. Und zwar handelt es sich dabei um ein Tagebuch, das von Pflegenden, aber auch von Angehörigen geschrieben wird. Einfach eine Zusammenfassung jedes Tages mit den einfachsten Worten, ohne jegliche medizinische Fachausdrücke oder Laborwerte.

Eine Erklärung für die meist verlorene Zeit auf der Intensivstation, wie in einem Artikel der Zeitschrift „Die Schwester der Pfleger“ treffend formuliert wurde:

**Brücke zur Erinnerung.**

### **3. Das Intensivtagebuch**

In diesem Kapitel wird erläutert, was ein Intensivtagebuch ist und welche einfache, aber wirksame Methode es sein kann, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, eine gesteigerte Lebensqualität zu erhalten. Er hat mit dem Lesen des Tagebuchs die Chance, das Erlebte zu reflektieren und zu verarbeiten.

#### **3.1. Definition des Intensivtagebuchs**

Das Intensivtagebuch ist ein Tagebuch, das während der Zeit der Sedierung und Beatmung eines Patienten auf einer ICU von Pflegenden und Angehörigen geführt wird und in dem meist Ereignisse und Entwicklung beschrieben werden. Der Patient kann später das Tagebuch lesen und damit die Zeit während seiner Bewusstlosigkeit rekonstruieren und verstehen (vgl. <http://www.intensivtagebuch.de/jahrestagung09>).

Wie im vorigen Kapitel ausführlich beschrieben, bedeutet es psychischen und physischen Stress für den Patienten, wenn er akut erkrankt. Es ist auf einmal alles anders als in seinem normalen Alltag und gerade auf der Intensivstation können die Patienten Bedeutungen und Zusammenhänge nicht eindeutig identifizieren. Sie fühlen sich von den unbedeutenden Berührungen, den Geräuschen und den Lichtquellen häufig überstimuliert. Die Beatmung ist für den Patienten ein erheblicher Stressfaktor, weil er nicht sprechen kann und es nur sehr schwer ist, mit anderen Mitteln zu kommunizieren. Selbst die Bewusstseinsdämpfung von Sedierungsmitteln lässt eine unbewusste Erlebnisfähigkeit zu (vgl. Bagger et al., 2009: 40).

Jones zeigt in einer Untersuchung von 2001, dass die meisten schwerkranken Patienten eine Erinnerung an die Intensivstation haben. 45 Patienten wurden zwei Wochen und acht Wochen nach dem Verlassen der Intensivstation befragt und die meisten berichteten von Halluzinationen oder einer Mischung aus realen Erlebnissen und Halluzinationen. Nur ein geringer Anteil der Befragten erinnerte sich nicht an die Zeit auf der Intensivstation. Jene Patienten, die nach zwei Wochen Trugwahrnehmungen hatten, hatten diese auch noch nach acht Wochen (vgl. ebd.: 41).

Die Untersuchung ergab, dass Patienten, die 1 bis 3 Monate nach Verlassen der Intensivstation noch immer unter Flashbacks, Halluzinationen, Angst und Schlaflosigkeit leiden, eine psychologische Unterstützung brauchen, da sie ein erhöhtes Risiko haben, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken. Bäckmann und Combe zeigen, dass das Intensivtagebuch, neben einer psychologischen Behandlung, eine wertvolle Hilfe für den Patienten und seine Angehörigen sein kann, das Erlebte zu verarbeiten (vgl. Bagger et al., 2009: 41).

Mitarbeiter der Intensivpflegestation VITA der Universitätsklinik Odense, Dänemark, haben seit acht Jahren Erfahrung im Schreiben von Tagebüchern. Es werden durchschnittlich etwa 80 Tagebücher pro Jahr geschrieben und den Patienten ausgehändigt (vgl. ebd.).

Ein kleiner Überblick zeigt, wie viele Intensivstationen sich mit dem Tagebuch beschäftigen. Beispielsweise in Dänemark schreiben 19 Intensivstationen Patiententagebücher, in Schweden 65 und in Norwegen 32 ICUs. Hingegen in Deutschland, der Schweiz und in Österreich gibt es keine einzige Intensivstation, die Intensivtagebücher anfertigt (vgl. <http://www.intensivtagebuch.de/jahrestagung09>).

Mittlerweile gibt es aber zwei sehr bemühte Krankenpfleger in Deutschland und der Schweiz, die diese Art von Dokumentation in ihren Kliniken implementieren wollen. Sie sind gerade bei der Anfertigung eines Leitfadens zur Implementierung, über den es leider noch keine öffentlichen Unterlagen gibt. Dieser Leitfaden kann in späterer Folge von interessierten Kliniken für die Einführung des Intensivtagebuchs verwendet werden.

### **3.2. Indikation für ein Intensivtagebuch**

In diesem Teil der Arbeit wird beschrieben, wann und warum mit dem Schreiben eines Intensivtagebuchs begonnen werden soll.

Die bisherigen Studien zeigen, dass ein Intensivtagebuch geführt werden sollte, wenn es zu erwarten ist, dass der Patient mehr als drei Tage intubiert und sediert ist und ein Überleben des Patienten zu erwarten ist (vgl. Knück, Nydahl, 2008: 251). Es scheint schwierig zu sein, ein Überleben des Patienten einzuschätzen, aber das sollte auf jeden Fall eine Teamentscheidung sein.

Man kann mit dem Schreiben eines Intensivtagebuchs bereits am ersten Tag beginnen, wenn bei bestimmten Krankheitsbildern die Beatmungsdauer von vornherein klar ist. Auf jenen Stationen, die bereits Intensivtagebücher führen, ist der Zeitpunkt des Beginns sehr unterschiedlich. Es gibt durchaus Stationen, die erst nach ein bis zwei Wochen beginnen, aber dann müssen die vorherigen Tage im Überblick beschrieben werden, um den Faden des Tagebuchs gewährleisten zu können. Angehörige spielen im Bezug auf das Tagebuch eine entscheidende Rolle. Sie haben die Möglichkeit, selbst in das Tagebuch zu schreiben und profitieren auch vom Lesen des Tagebuchs, um die gesamte Situation besser verarbeiten zu können. Angehörige sind nämlich auch Mitbetroffene und leiden häufig an den gleichen Symptomen, die im vorigen Kapitel ausführlich beschrieben wurden (vgl. ebd.).

Das Angehörige davon profitieren, stützt sich alleine auf Befragungen der Betroffenen, weil es dazu noch keine Studie gibt. Weiters ist das Tagebuch auch für hinterbliebene Angehörige eine gute und wirksame Hilfestellung, um sie bei ihrer Trauerarbeit unterstützen zu können. Eventuelle Ausschlusskriterien sind bislang noch nicht beschrieben worden. Es wird abteilungsintern geregelt, wobei beachten werden muss, ob der Patient nach dem Intensivaufenthalt überhaupt die Möglichkeit haben wird, das Tagebuch zu lesen. In diesem Fall sollte die Indikationsstellung für die Angehörigen bleiben (vgl. ebd.).

Für die anästhesiologische Intensivstation des LKH Klagenfurt wäre die Indikation zum Schreiben eines Tagebuchs gegeben, weil auf dieser Intensivstation sehr viele Patienten über einen längeren Zeitraum intubiert und sediert sind. Im Bezug auf das Intensivtagebuch ist die Indikation ein wichtiger Bestandteil und im nächsten Absatz wird der zweite Baustein des Ganzen beschrieben, nämlich wie man ein Tagebuch schreibt und welchen Inhalt es haben sollte.

### **3.3. Schreibweise und Inhalt**

In diesem umfassenden Kapitel wird beschrieben, wie ein Intensivtagebuch aussieht, welchen Inhalt es haben sollte und wer die Möglichkeit hat, in das Tagebuch zu schreiben. Angelehnt ist die Form an die Intensivstationen der skandinavischen Länder und England, die es seit 20 Jahren praktizieren und immer wieder Verbesserungen vorgenommen haben.

Das Tagebuch soll von der Form her entweder ein Din A5 oder ein Din A4 Ordner sein, hierzu gibt es keine Empfehlungen, es ist abhängig von den Vorlieben des jeweiligen Teams. Ein Ordner soll es aus diesem Grund sein, weil sich vorgefertigte Fotos und Texte leichter einfügen lassen. Auf dem vorderen Umschlag des Tagebuchs soll ein Foto und Logo des Krankenhauses sein, in dem sich der Patient befindet. Weiters soll auf der Vorderseite der Namen des Patienten handschriftlich eingetragen werden. Auf die erste Innenseite kommt eine kurze Gebrauchsanweisung für den Patienten (vgl. <http://www.intensivtagebuch.de/jahrestagung09>).

#### Gebrauchsanweisung:

Dieses Tagebuch ist IHR Tagebuch, auch wenn sie als Patient selbst noch nichts eintragen oder lesen können. Wir hoffen, es ist Ihnen und Ihren Angehörigen später eine Hilfe, um diese schwierige Zeit besser verstehen und bewältigen zu können. Der Zweck des Intensivtagebuchs besteht darin, dass wir Ihnen die Möglichkeit geben wollen, die Zeit während der Beatmung und des künstlichen Komas zu verstehen. Wir wissen noch nicht, ob es für Sie eine gute oder eher schlechte Zeit war, darum bitten wir Sie das Tagebuch erst dann zu lesen, wenn Sie sich dafür bereit fühlen. Vielleicht hilft es Ihnen, das Tagebuch zusammen mit Ihren Angehörigen zu lesen (vgl. ebd.).

### Zunächst wird die Frage geklärt, wer ein Tagebuch schreibt?

Einträge von nahen Angehörigen empfinden die meisten ehemaligen Intensivpatienten als sehr wertvoll. Mit den jeweiligen Ausformulierungen, dem Beschreiben von Sorgen und Ängsten können Sie die Beziehung zum Patienten als Person aufrechterhalten.

In erster Linie sind es Pflegepersonen, die die meisten Einträge tätigen, weil sie 24 Stunden am Bett des Patienten sind. Darüberhinaus können auch Therapeuten und Ärzte in das Tagebuch schreiben, dabei muss nur beachtet werden, dass kein Krankenhauslatein benützt wird. Prinzipiell kann alles hineingeschrieben werden, was der Patient später lesen soll. Seine Angehörigen wissen am besten bescheid, was den Patienten interessiert und was nicht. Ehemalige Intensivpatienten wurden befragt, welche Themen sie am meisten interessieren und dabei hat sich gezeigt, dass die meisten Patienten wissen wollten, was in der Zwischenzeit zu Hause passiert ist, ob es der Familie gut geht, wie sie in dieser Zeit zurechtgekommen sind, wer wann zu Besuch bei ihnen war. Weiters interessierten sie sich für Entwicklungsschritte in der Therapie. Sie wollten wissen, wann sie das erste Mal selbständig geatmet hatten, wann sie das erste Mal im Lehnstuhl gesessen haben und viele wollten wissen, wer zu welcher Zeit wichtige Entscheidungen für die Therapie getätigt hat (vgl. <http://www.intensivtagebuch.de/jahrestagung09>).

Mit diesem Wissen kann man beim Schreiben eines Intensivtagebuchs natürlich genau darauf eingehen. Nach dem Wachwerden des Patienten ist es auch hilfreich, die Erfahrungen und Träume des Patienten mit einzubauen. Wichtig ist dass alle Personen die im Tagebuch eines Patienten Einträge machen, diese auch mit Datum, Uhrzeit und leserlicher Unterschrift kennzeichnen (vgl. Knück, Nydahl, 2008: 251).

Es hat sich in den letzten acht Jahren, in denen in skandinavischen Ländern Patiententagebücher geführt werden, herausgestellt, dass es für den Patienten sehr hilfreich sein kann, das Tagebuch weiterzuführen. Also wenn er körperlich wieder in der Lage ist, kann er beispielsweise in der Rehabilitationsklinik sein Tagebuch selbst weiterführen. Der allererste Eintrag in das Tagebuch soll eine Zusammenfassung der Ereignisse sein. Also beispielsweise wie ist es zur Aufnahme und zum Therapiebeginn des Patienten gekommen ist. Patienten, die notfallmäßig auf der Intensivstation aufgenommen werden, haben meist keine Erinnerung an die ersten Tage (vgl. ebd.).

Die weiteren Einträge umfassen den Zustand des Patienten, Veränderungen, Besuche, Entwicklung und Umfeldbeschreibungen. Das Tagebuch soll auch reflexive Fragen beinhalten, denn mit diesen Fragen werden Patienten dazu angeregt, ihren Erinnerungen und Erfahrungen später selbst Sinn und Bedeutung zu geben (vgl. ebd.).

„Am Fuß Ihres Bettes ist eine Maschine, die ein tickendes Geräusch von sich gibt. Andere Patienten haben gesagt, es würde sich wie ein Bootsmotor anhören. Ich frage mich wie sich das für Sie anhört“ (Knück, Nydahl, 2008: 251). Solch offene Fragestellungen können den Patienten dazu anregen, seine Erinnerungsbruchstücke und Gefühle mit der eigenen, subjektiven Wirklichkeit in Einklang zu bringen. Es geht in keinem Fall darum, die Erinnerungen des Patienten von außen zu konstruieren (vgl. Knück, Nydahl, 2008: 251).

Neben den reflexiven Fragen, die das Tagebuch beinhalten soll, sind noch weitere Merkmale zum Schreibstil bekannt. Dieser muss im Allgemeinen wertschätzend, ehrlich und beschreibend sein, als würde man den Patienten direkt ansprechen. Auf keinen Fall kritisierend oder negativ schreiben und Diagnosen oder Nebendiagnosen, Medikamente und Laborwerte haben im Intensivtagebuch nichts verloren. Wird ein medizinisches Wort benutzt, muss dieses auch erklärt werden. Tagebuchauszug:“ Ich habe Sie heute rasiert. Das laute Surren des Rasierapparates hat Sie anscheinend irritiert, vielleicht klingt es für Sie ganz anders? Danach haben Sie jedoch ruhig weiter geschlafen. Ruhen Sie sich aus, damit Sie bald ohne Maschine atmen können“ (<http://www.intensivtagebuch.de/jahrestagung09>).

Auf jeden Fall soll das Intensivtagebuch mit Fotos bestückt sein. Fotos von der Station, auf der er gelegen hat, von einem Intensivzimmer, von einer Beatmungsmaschine und es ist stationsintern zu regeln, ob auch das Pflegeteam und die Ärzte im Tagebuch angeführt werden wollen. Fast alle Studien arbeiten mit Fotos und die Patienten befürworten dieses. Außer bei einer Studie wird nicht mit Fotos gearbeitet und da haben die Patienten bemängelt, dass die Fotos fehlen (vgl. <http://www.intensivtagebuch.de/jahrestagung09>). Ein äußerst umstrittener Punkt ist, den Patienten auf der Intensivstation zu fotografieren und diese Fotos dann ins Tagebuch zu kleben. Dieses wird von Pflegenden sehr kontrovers diskutiert, weil es ethisch nicht mit der Würde des Patienten zu vereinbaren ist, ihn in einer derartig

würdelosen Situation zu fotografieren. Die Patienten beurteilen das anders. In einer Studie von Combe wird beschrieben, dass die Patienten sich durch die Fotos ein besseres Bild von ihrer Situation machen konnten. Sie fühlten sich nämlich während des Aufenthalts auf der Intensivstation subjektiv nicht so krank, wie sie auf den Bildern tatsächlich aussahen.

Es ist für den Patienten wichtig, dass große Entwicklungsschritte festgehalten werden. Außerdem geben ihm Fotos von Angehörigen und Mitarbeitern am Bett des Patienten das Gefühl, dass er nie alleine war. Man muss nur im Vorfeld die Einverständniserklärung von Angehörigen einholen und sehr sorgfältig und verantwortungsvoll mit den Fotos umgehen (vgl. Knück, Nydahl, 2008: 253).

Wie lange ein Tagebuch für den Patienten geführt werden soll, ist abhängig von der Mitarbeit nachfolgender Stationen. Es ergibt sich für den Patienten sicherlich ein Vorteil, wenn die nachfolgenden Stationen es weiterbearbeiten, dass muss nicht zwangsläufig jeden Tag geschehen, es würde auch ein wöchentlicher Rhythmus genügen. Vielleicht sind auch die Angehörigen bereit, bei ihren Besuchen das Tagebuch weiterzuführen. Beachtet werden muss, dass das Tagebuch das Eigentum vom Patienten ist und dieses auch so betrachtet werden soll. Beim Verlegen auf eine andere Station wird es dem Patienten mitgegeben oder es wird ihm mittels eines Pflegenden der Intensivstation später ausgehändigt. Der Patient bestimmt allein, wann, mit wem und wie oft er das Tagebuch lesen will, man soll ihn auf keinem Fall dazu zwingen (vgl. ebd.:255).

Bei verstorbenen Patienten soll das Tagebuch den Angehörigen angeboten werden, wenn diese es nicht haben wollen, sollte es 12 Monate aufbewahrt und dann vernichtet werden (vgl. ebd.). Pflegende sind sich grundsätzlich nicht einig, ob ein Tagesablauf der Intensivstation einen wirklichen Nutzen für den Patienten hat. Laut Patientenbefragungen mit Tagebüchern bewerten diese es als sehr sinnvoll zu wissen zu welchem Tageszeitpunkt sie z.B. gewaschen wurden. (vgl. <http://www.intensivtagebuch.de/jahrestagung09>). Nachfolgend ist ein Tagesablauf der anästhesiologischen Intensivstation vom LKH Klagenfurt.



## Der übliche Tagesablauf

07:00 – 7:30	Wechsel vom Nachtdienst auf den Tagdienst mit Dienstübergabe
07:30 – 8:00	Gabe der Morgenmedikationen und Vorbereitungen für die Morgenpflege
08:00 – 8:30	Klinische Konferenz, bei der Morgenbesprechung zwischen Ärzten und Pflegenden wird jeder einzelne Patient unter allen Gesichtspunkten besprochen und der weitere Verlauf diskutiert.
08:00 – 10:00	Die Morgenpflege eines schweren Intensivpatienten dauert in der Regel 1 bis 2 Stunden, die Verbände werden dabei auch erneuert. Umfasst auch die Lagerung und die Mobilisation des Patienten
10:00 – 12:00	CT oder MRT's werden durchgeführt
12:00 – 14:00	Besuchszeit
ca. 14:00	Nächste Lagerungsrunde
14:00 – 17:00	Konsiliarärztliche Besuche von fachspezifischen Ärzten und Versorgen des Patienten nach Bedarf
17:00 – 19:00	Teilwaschungen des Patienten, erneute Lagerung und Betten frisch machen bei Bedarf
19:00 – 19:30	Dienstübergabe
19:30 – 20:30	Besuchszeit
ca. 21:00	Lagerungsrunde
ca. 01:00	Lagerungsrunde
ca. 05:00	Teilwaschungen und Lagern des Patienten

Über die Nacht wird, so gut es geht, die Nachtruhe eingehalten mit gedämmten Licht und weniger Lärm. Für ein CT<sup>3</sup> oder MRT<sup>4</sup> müssen die Patienten das Zimmer mit dem Bett verlassen und werden vom Anästhesiepersonal und einem Arzt begleitet. Alle anderen Untersuchungen erfolgen im Normalfall auf der Abteilung. Mundpflege, Absaugen und Frischmachen des Patienten wird nach Bedarf und Notwendigkeit erledigt. Auf dieser Intensivstation wird mit Pflegeplanungen gearbeitet, die einen strukturierten Tagesablauf ermöglicht, wobei Veränderungen in der Planung auf einer Akutstation immer vorkommen können.

---

<sup>3</sup> Computertomographie

<sup>4</sup> Magnetresonanztherapie

Abschließend sollte der letzte Teil des Intensivtagebuchs einen Fragebogen beinhalten, wobei man den Patienten bittet, diesen an das Krankenhaus zu refundieren. Mit diesem Fragebogen kann man erkennen, ob das Intensivtagebuch für ihn und seine Angehörigen hilfreich war oder nicht (vgl.ebd.). Damit wäre dann die Evaluation, die Grundlage für jede Implementierung sein muss, abgeschlossen und man hat die Möglichkeit, eventuelle Veränderungen in das Konzept nachfolgend einbauen zu können.

Ein Fragebogen für die anästhesiologische Intensivstation des LKH Klagenfurt könnte wie folgt aussehen.

### 3.3.1. Fragen zum Tagebuch

Wurde das Tagebuch nach der Entlassung noch weitergeführt?

nur auf der Intensivstation    auf der Allgemeinstation    zu Hause

Wann haben Sie das erste Mal das Tagebuch angesehen?

in der ersten Woche    im ersten Monat    im ersten Jahr    nie

Wie haben Sie das Tagebuch gelesen?

alleine    mit Angehörigen

Ist die Gebrauchsanweisung im Tagebuch hilfreich?

ja    nein

Sind die Einträge von Besuchern hilfreich?

ja    nein

Konnten Sie mit den Fotos von Ihnen, dem Team und der Station etwas anfangen?

ja    nein

Was könnte man aus Ihrer Sicht noch verbessern?

Wenn die Patienten bereit sind, diesen Fragebogen anzunehmen, auszufüllen und ihn ans Krankenhaus zu schicken, kann man immer weiter an einer Verbesserung im Sinne der Patienten daran arbeiten.

### **3.4. Studienlage**

In den folgenden Studien wird gezeigt, in wie weit das Intensivtagebuch den Patienten geholfen hat, die Zeit auf der Intensivstation zu verarbeiten.

Dadurch, dass sich schon wissenschaftliche Studien mit dem Thema beschäftigt haben, erhält dieses relativ neue Thema auch eine wissenschaftliche Grundlage.

#### **3.4.1. Norwegen 2007, von Storli und Lind**

In dieser Studie wurden qualitative Interviews geführt, 6 und 18 Monate nach dem Aufenthalt.

Ergebnis: Patienten versuchen zu verstehen, was passiert ist. Sie suchen nach dem Sinn und Bedeutung in ihren Erfahrungen und Erinnerungen. Das Tagebuch mit Text und Fotos assoziiert Fürsorge und regt zu Reflexionen an. Gespräche und vor allem Besuche helfen beim Erinnern und Sinn geben (vgl. Knück, Nydahl, 2008: 253).

#### **3.4.2. UK 2008, von Robson**

In dieser Studie wurden Fragebögen ausgewertet (also im Gegensatz zur ersten Studie wurde hier quantitativ gearbeitet) und zusätzlich wurden Experten- Interviews mit ehemaligen Intensivpatienten mit Tagebuch geführt.

Ergebnis: Für alle Patienten war das Tagebuch eine Hilfe zum Verständnis des Intensivaufenthalts. 11 Patienten fanden es peinlich, sich das Tagebuch anzusehen, aber dennoch hilfreich. 17 Patienten kritisierten die fehlende Weiterführung des Tagebuchs nach Verlegung (vgl. ebd.).

Es gibt noch weitere Studien zu diesem Thema die aber alle den gleichen Erfolg des Intensivtagebuchs beschreiben. Das Intensivtagebuch ist somit ein wirksames und hilfreiches Mittel für Patienten und Angehörige. Sie können die Zeit des

Intensivaufenthalts besser begreifen und verstehen. Pflegende auf Intensivstationen sind dazu ausgebildet, dem Patienten die bestmögliche Hilfe zu geben und gute Pflege zu betreiben. Somit würden hier beide Parteien von der Implementation dieser speziellen Dokumentation profitieren.

**Tagebuch schreiben ist ethisch gute Pflege und steht im Einklang mit vielen Pflegekonzepten.**

### **3.5. Patientenberichte**

Folgende Aussagen von Patienten, die einmal auf der Intensivstation gelegen haben und ihr Tagebuch gelesen haben, sind für diese Arbeit auch noch von Bedeutung:

„Das gibt mir ein Bild, wie die Dinge wirklich waren und wo ich wirklich war.“

„Es hat mich realisieren lassen, wie krank ich war und was meine Familie durchmachen musste.“

„Es war hart zu realisieren das das Tagebuch über mich war und das ich hätte sterben können.“

„Beim ersten Mal war ich sehr nervös über das, was im Tagebuch wohl geschrieben war, aber es war tatsächlich nur eine Entlastung. Ich hatte so viele Albträume, von denen ich dachte, sie wären im Tagebuch beschrieben.“

„Es bedeutete mir so viel, dass Du darüber nachgedacht hast, wie es mir ging und dass Du dich um mich gesorgt hast.“

„Ich war auf einer Reise durch verschiedene Länder. In meiner Welt war ich nicht auf einer Intensivstation. Jetzt beginne ich zu Verstehen und die Verbindungen herstellen, jetzt kann ich meine Verrücktheit in den Griff bekommen“ (vgl. Knück, Nydahl, 2008: 254).

Patienten können durch das Tagebuch ihre subjektiv real erlebten Träume verstehen und mit Eintragungen und Fotos abgleichen. Sie können ihrem Erlebten einen Sinn und eine Bedeutung geben und verstehen, warum sie diese Ängste und Veränderungen haben (vgl. Knück, Nydahl, 2008: 254).

Eine Patientin, die über mehrere Tage auf der Intensivstation gepflegt, beatmet und sediert war, erzählt von Ihren Erinnerungen. Sie glaubte, dass sie in einem Hotelzimmer gefangen gehalten wurde und mehrmals sexuell missbraucht worden ist. Mit dem Lesen Ihres Tagebuchs hat sie diese Trugwahrnehmung verarbeiten können, denn im Tagebuch stand, dass sie sehr schlimme Durchfälle hatte und dafür einen Schlauch in Ihr Rektum gelegt bekommen hat. Diese Patientin hatte das Glück, in einem Krankenhaus zu liegen, wo die Pflegenden Tagebücher schreiben (vgl. ebd.). „Kann es einen besseren Nutzen geben, als herauszufinden, dass man nicht sexuell missbraucht worden ist“ (Knück, Nydahl, 2008: 254).

## **4. Blick in die Zukunft**

Es wäre für ein Schwerpunktkrankenhaus wie Klagenfurt sicher eine positive Weiterentwicklung in Sachen professioneller Intensivpflege, wenn für die Patienten Tagebücher geführt werden würden. In diesem Teil der Arbeit wird der Versuch unternommen, einen kleinen Einblick darüber zu geben, wie es funktionieren könnte und welche Voraussetzungen dafür erforderlich wären.

### **4.1. Implementierung**

In erster Linie müsste man einen Antrag an die Ethikkommission des Landes stellen, weil man im Tagebuch Fotos von den Patienten mit einbringen will. Die Ethikkommission muss grundsätzlich über so ein Vorhaben informiert und befragt werden. Außerdem muss man mit der Pflegedirektion und dem zuständigen Vorgesetzten seine Ideen besprechen. Sie müssen damit einverstanden sein, weil man einigen Pflegepersonen, die sich mit einbringen wollen, den dafür nötigen Freiraum geben muss.

Das wichtigste ist aber das Intensivpflegepersonal auf die Idee des Tagebuchs aufmerksam zu machen. Tagebücher für die Patienten zu führen erfordert natürlich Zeit. Zeit, die jeder einzelne in seinem Tagesplan einbringen muss. Man kann mit so einer großen Herausforderung nur dann beginnen, wenn die Kollegen der gleichen Meinung sind und voll hinter diesem Vorhaben stehen. Um auf die erforderliche Zeit nochmals einzugehen, die Pflegenden, die bereits Tagebücher verfassen, sprechen von ca. 15 Minuten pro Tag (vgl. <http://www.intensivtagebuch.de/newsletter2>). Man muss sich einfach überlegen, ob man 15 Minuten am Tag Zeit aufbringen kann, um den Patienten eine große Hilfe in der Sinnfindung nach einem Intensivaufenthalt zu sein. Im LKH Klagenfurt ist die Einführung sicherlich eine große Herausforderung, weil die Pflegenden gerade mit einem neuen Computerprogramm und sehr viel Schreibarbeit konfrontiert sind, aber es lohnt sich für die Patienten auf jeden Fall, es einmal publik zu machen und vorzustellen.

Ein zusätzlicher Vorteil wäre auch noch, dass durch diese Verbesserung der Pflegequalität auch im Endeffekt die Pflegefachkraft davon profitieren kann, denn dadurch, dass die Pflegenden nach dem Aufenthalt noch Kontakt mit den Patienten halten können, wird die Burn-out-Rate positiv beeinflusst.

#### **4.2. Nachbetreuung des Intensivpatienten**

Um eine Nachbetreuung von Intensivpatienten durchführen zu können, müssen auf jeder Intensivstation Mentoren vorhanden sein (vgl.ebd.). Diese Mentoren müssen sehr gut über die Thematik und Schwierigkeit eines Intensivtagebuchs informiert sein. Sie müssen für die Patienten in erster Linie Ansprechpartner sein und sie müssen auch jedes Tagebuch, bevor es dem Patienten mitgegeben wird, lesen. Diese vorrangigen Ansprechpartner müssen von der Wichtigkeit des Intensivtagebuchs vollkommen überzeugt sein und einen Idealismus dafür entwickeln, weil sicher nicht jede Nachbetreuung während der Dienstzeit durchgeführt werden kann.

Die Nachbetreuung teilt sich in drei Teilbereiche und könnte wie folgt aussehen:

1. Patienten auf einer ICU werden in der Regel auf die IMC<sup>5</sup> oder auf andere Intensivstation im Haus verlegt. Es würde mit einem Besuch in der ersten Woche beginnen, wo dem Patienten das Tagebuch ausgehändigt wird, sofern er in der Lage dazu ist. Ein erstes Gespräch könnte geführt werden, um Vertrauen aufzubauen. Wenn der Patient aber noch nicht dazu in der Lage ist, sei es psychischer oder physischer Natur, dann sollte die Aushändigung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.
2. Dem Patienten wird eine Telefonnummer mitgeteilt, die er tagsüber anrufen kann, wenn es irgendwelche Fragen zum Intensivtagebuch gibt. Bei dem ersten Gespräch sollte man die Patienten auch nach deren Telefonnummer fragen und ob sie mit einem Anruf einverstanden wären. Eine telefonische Nachbefragung sollte dann nach ca. 3 Monaten erfolgen. Bei diesem Gespräch sollte es dann um das Tagebuch gehen, wenn der Patient es schon gelesen hat.

---

<sup>5</sup> intermediate care

3. Es wäre sicherlich ein Vorteil, wenn man im Krankenhaus einmal im Monat einen Treffpunkt organisieren könnte, wo sich ehemalige Intensivpatienten und Pflegende treffen können und über aufgetretene Probleme im Alltag zu reden. Um einfach auch eine persönliche Gesprächsbasis für die Patienten mit Intensivtagebuch aufrecht zu erhalten.

Der letzte Teil dieser Arbeit sollte einen kleinen Ausblick in die Zukunft zeigen. Es wird mit dem Umzug in das LKH Neu eine große Veränderung in der Struktur der Intensivstationen geben, vielleicht ist es auch der richtige Zeitpunkt für die Implementierung des Intensivtagebuchs für unsere Patienten. Natürlich müssten im Vorfeld noch grundlegende Fragen, wie die Abgeltung von zusätzlichen Leistungen der Pflegefachkraft klären, aber diese Thematiken würden den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen.



## 5. Zusammenfassende Darstellung

In dieser Arbeit wurde sichtbar, mit welchen folgeschweren Probleme ehemalige Intensivpatienten konfrontiert sind. Sie sind in Ihrem täglichen Leben geplagt von Albträumen, Schlafstörungen und Angstzuständen. Sie haben Schwierigkeiten, die Tage, Wochen oder in Einzelfällen sogar Monate des Intensivaufenthalts zu verarbeiten. Sie haben keinen Einblick in diese verlorene Zeit, sie können nur durch Erzählungen von Angehörigen versuchen, die irrealen-, aber teilweise auch realen Erlebnisse aus dieser Zeit aufzuarbeiten. Um den Patienten die nötige Hilfestellung dafür zu geben, wurde in dieser Arbeit das Intensivtagebuch vorgestellt, das in vielen Ländern bereits seit 20 Jahren geführt wird. Mit Hilfe dieses Tagebuchs können Patienten nachlesen und verstehen, was mit ihnen in dieser Zeit passiert ist.

Um auf die erste Forschungsfrage einzugehen, ob das Tagebuch den Patienten in seiner Lebensqualität positiv beeinflusst, gibt es nur eine mögliche Antwort. Ja, denn wenn nur einer Patientin die Trugwahrnehmung, sie sei sexuell missbraucht worden, genommen werden kann, liegt der Erfolg des Intensivtagebuchs auf der Hand. Aber nicht nur diese eine Patientin beschreibt dieses, alle Patienten die für Studien zu diesem Thema ausgesucht wurden, bewerteten das Tagebuch als sehr hilfreich.

Um die zweite Frage zu beantworten, kann man sich auf eine Studie stützen, die Patienten mit und ohne Tagebuch über längere Zeit nach betreut haben und zu dem Ergebnis gekommen sind, dass kein Patient mit Tagebuch an einer posttraumatischen Belastungsstörung leidet.

## 6. Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, Angelika (2004): Fokus: Intensivpflege. Pflegewissenschaftliche Erkenntnis zu Critical Care Nursing., Witten/Herdecke, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&Co.KG.

Flatten, Guido et al. (2004): Posttraumatische Belastungsstörung., 2. Auflage, Stuttgart, Schattauer GmbH.

Kammerer, Thomas et al. (2006): Traumland Intensivstation. Veränderte Bewusstseinszustände und Koma., Norderstedt, Books on Demand GmbH.

Larsen, Reinhard (2003): Anästhesie und Intensivmedizin., 6. Auflage, Homburg/Saar, Springer Verlag.

Schäffler, Arne et al (1998): Pflege Heute., Stuttgart, Gustav Fischer Verlag.

Bagger, Christine. Knück, Dirk. Nydahl, Peter (2009): Intensivtagebuch. Brücke zur Erinnerung. – In: Die Schwester Der Pfleger 48, Heft 1, S. 40-44.

Janssens, Uwe. Graf, Jürgen (2009): Patiententagebuch. Angst und Depression nach Intensivbehandlung: Hilfe durch ein Patiententagebuch?. – In: Intensiv – News 13, Heft 2, S. 8-10.

Knück, Dirk. Nydahl, Peter (2008): Das Intensivtagebuch in Deutschland. – In: Intensivpflege 16, S 249-255.

## **Internetverzeichnis:**

<http://de.wikipedia.org/wiki/Sedierung> (29.07.2009)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Beatmung> (29.07.2009)

[http://de.wikipedia.org/wiki/Posttraumatische\\_Belastungsst%C3%B6rung](http://de.wikipedia.org/wiki/Posttraumatische_Belastungsst%C3%B6rung) (29.07.2009)

<mhtml:file://H:\Schule%20Simone\DIE%20POSTTRAUMATISCHE%20BELASTU>  
(29.07.2009)

<http://www.intensivtagebuch.de/jahrestagung09> (12.06.2009)

<http://www.intensivtagebuch.de/newsletter2> (29.08.2009)