

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



**Bachelorarbeit**

# **Das Erinnerungs-Puzzle zusammensetzen**

**Angebote von Pflegefachpersonen zur Erinnerungsklärung bei  
Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Aufenthalt  
auf der Intensivstation**

---

**Autorin: Andrea Moser**

**Matrikelnummer: 09491804**

**Departement: Gesundheit**

**Institut: Institut für Pflege**

**Studienjahr: PF13Dipl.Pflege**

**Eingereicht am: 10. April 2015**

**Betreuende Lehrperson: Petra Stolz Baskett**

## Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	1
1 Einleitung .....	2
1.1 Relevanz für die Praxis .....	3
1.2 Fragestellung .....	3
1.3 Zielsetzung.....	3
1.4 Eingrenzung.....	3
2 Thematischer Hintergrund.....	5
2.1 Erinnerungen im Zusammenhang mit der Intensivstation .....	5
2.2 Beeinflussende Faktoren in Bezug auf Erinnerungen .....	5
2.3 Posttraumatische Belastungsstörung nach Intensivstation .....	6
3 Methode.....	9
3.1 Datenbankrecherche.....	9
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	11
3.3 Beurteilung der Qualität der gewählten Studien .....	11
4 Ergebnisse .....	14
4.1 Ergebnis der Literaturrecherche.....	14
4.2 Übersichtstabelle .....	15
4.3 Das Tagebuch zur Erinnerungsklärung.....	19
4.3.1 Das Tagebuch aus Sicht des Pflegefachpersonals .....	19
4.3.2 Das Tagebuch aus Sicht der Patientinnen und Patienten .....	21
4.4 Gespräch nach Verlegung auf Normalstation zur Erinnerungsklärung .....	24
4.5 Nachbetreuung nach Spitalaustritt zur Erinnerungsklärung .....	26
4.5.1 Nachbetreuung nach Spitalaustritt aus Sicht des Pflegefachpersonals .....	27
4.5.2 Nachbetreuung nach Spitalaustritt aus Sicht der Patientinnen & Patienten ...	27
5 Diskussion.....	30
5.1 Diskussion der Ergebnisse.....	30
5.2 Limitationen.....	34
5.3 Schlussfolgerungen und Praxistransfer.....	35

Literaturverzeichnis .....	37
Tabellenverzeichnis .....	43
Abbildungsverzeichnis .....	43
Wortzahl .....	44
Danksagung .....	45
Eigenständigkeitserklärung.....	46
Anhang .....	47
Protokolle der Datenbankrecherchen .....	48
CASP – Checkliste zur Beurteilung qualitativer Studien .....	52
Glossar .....	59

## **Abstract**

Patientinnen und Patienten, welche auf der Intensivstation betreut worden sind, weisen häufig verwirrende Erinnerungen und / oder Erinnerungslücken im Zusammenhang mit dem Aufenthalt auf der Intensivstation auf. Sie haben das dringende Bedürfnis, diese Erinnerungen zu klären.

In dieser Bachelorarbeit werden Angebote von Pflegefachpersonen der Intensivstation zur Klärung verschiedener Erinnerungen und / oder Erinnerungslücken der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Aufenthalt auf der Intensivstation aufgezeigt.

Es wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den Datenbanken Cinahl, Medline, Psycinfo und Cochrane durchgeführt.

Angebote von Pflegefachpersonen für die Patientinnen und Patienten wie das Tagebuch, das Gespräch nach der Verlegung von der Intensivstation auf der Normalstation und die Nachbetreuung nach Spitalaustritt mit einem Besuch der Intensivstation, bieten eine Unterstützung zur Erinnerungsklärung. Mit den einzelnen Angeboten können allerdings nicht alle Erinnerungen geklärt und Erinnerungslücken geschlossen werden.

Die verschiedenen Angebote durch die Pflegefachpersonen zur Erinnerungsklärung werden optimalerweise miteinander kombiniert. Die Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten nach Aufenthalt auf der Intensivstation wird als ein mögliches Tätigkeitsfeld von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten gesehen. Es braucht kreative Lösungen, um diese in der Praxis mit moderatem Aufwand umzusetzen.

Keywords: Intensivstation, Erinnerungen, Erinnerungslücken, Nachbetreuung

## 1 Einleitung

Eine schwere Erkrankung, verbunden mit dem Aufenthalt auf einer Intensivstation, hinterlässt Spuren im Leben der Patientinnen und Patienten. Die Erinnerung an Erfahrungen und Erlebnisse im Zusammenhang mit der Intensivstation begleitet die Patientinnen und Patienten lange Zeit und kann ihre Lebensqualität und Gesundheit beeinflussen (Storli, Lindseth und Asplund, 2008). Patientinnen und Patienten berichten von Erinnerungslücken und verschiedenen, unwirklichen oder wahnhaften Erinnerungen im Zusammenhang mit dem Aufenthalt auf der Intensivstation (Adamson et al., 2004; Löff, Berggren und Ahlström, 2006; Ringdal, Johansson, Lundberg und Bergbom, 2006). Die Frage, warum sie sich nicht, oder nur teilweise an die Intensivstation erinnern, beschäftigt sie über lange Zeit (Zetterlund, Plos, Bergbom und Ringdal, 2012). Die Patientinnen und Patienten versuchen ihre fragmentierten und verwirrenden Erinnerungen zu klären (Adamson et al., 2004; Guttormson, 2014; Minton und Carryer, 2005; Ringdal, Plos und Bergbom, 2008). Sie möchten ihre Erinnerungen sinngemäss verstehen (Storli et al., 2008). Um Informationen zusammenzusuchen und zusammenzusetzen, wenden die Patientinnen und Patienten viel Energie auf. Sie haben ein dringendes Bedürfnis, genau zu wissen was mit ihnen passiert ist (Hupcey und Zimmerman, 2000).

Aus philosophischer Sicht sind Erfahrungen und Erinnerungen Teil der Lebensgeschichte einer Person. Sie geben Geschehnissen eine Bedeutung und beeinflussen das hier und jetzt und die Zukunft der Person (Gadamer, 1989, zit. nach Ringdal und Rose, 2012). Williams (2009) verdeutlicht dies in Bezug auf Patientinnen und Patienten, welche auf der Intensivstation betreut wurden: Damit ein schwerwiegendes Ereignis, wie die lebensbedrohliche Situation mit dem Aufenthalt auf der Intensivstation, verarbeitet werden kann, müssen die Patientinnen und Patienten ihre Geschichte erzählen können. Da sie sich nicht an alles erinnern, brauchen sie Informationen, unter anderem von den Pflegefachpersonen, um ihre Geschichte zu vervollständigen. Durch wiederholtes Erzählen können sie ihre eigenen Erinnerungen mit den erhaltenen Informationen verweben. Die Erinnerungen können somit schliesslich mit Sinn erfüllt werden (Williams, 2009).

## **1.1 Relevanz für die Praxis**

Verwirrende und beängstigende Erinnerungen an die Intensivstation können Patientinnen und Patienten in ihrer psychischen Erholung beeinträchtigen und ihre alltägliche Funktionsfähigkeit mindern (Jones, Griffiths und Humphris, 2000; Ringdal et al., 2008). Um Erinnerungen zu klären, stellt der Dialog mit dem Personal der Intensivstation eine Hilfe dar (Jones et al., 2000; Storli et al., 2008). Ringdal und Rose (2012) sehen es als Pflicht der Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzte der Intensivstation, Interventionen zu evaluieren mit welchen fortbestehende und wahnhaftige Erinnerungen, welche psychischen Stress auslösen, reduziert werden können. Die Verantwortung des Betreuungsteams der Intensivstation für das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten endet nicht mit deren Verlassen der Intensivstation (Aitken, 2010; Angus und Carlet, 2003).

## **1.2 Fragestellung**

Welche Unterstützung können Pflegefachpersonen der Intensivstation den Patientinnen und Patienten während und nach dem Intensivaufenthalt anbieten, damit diese später verschiedene Erinnerungen und / oder Erinnerungslücken klären können, die im Zusammenhang mit dem Aufenthalt auf der Intensivstation bestehen?

## **1.3 Zielsetzung**

Angebote von Pflegefachpersonen der Intensivstation zur Klärung verschiedener Erinnerungen und / oder Erinnerungslücken der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Aufenthalt auf der Intensivstation werden literaturbasiert aufgezeigt.

## **1.4 Eingrenzung**

Der Aufenthalt auf der Intensivstation kann für Patientinnen und Patienten verschiedene physische und psychische Folgen mit sich bringen. Diese beeinflussen ihre Lebensqualität (Lienhardt und Rudiger, 2009). In dieser Bachelorarbeit werden physische Folgen nach einem Aufenthalt auf der Intensivstation nicht thematisiert.

Ein Zusammenhang zwischen Posttraumatischer Belastungsstörung [PTBS] und verschiedenen Erinnerungen im Zusammenhang mit der Intensivstation wurde mehrfach beschrieben (Davydow, Gifford, Desai, Needham und Bienvenu, 2008; Granja et al., 2008; Jones, Griffiths, Humphris und Skirrow, 2001). Die PTBS wird daher im Kapitel zwei „Thematischer Hintergrund“ kurz erklärt. Im Diskussionsteil werden Studien mit dem Fokus auf Interventionen zur Reduktion der Symptome der PTBS miteinbezogen. Die Fragestellung und die daraufhin eingeschlossenen und bearbeiteten Studien beziehen sich aber explizit auf Interventionen zur Erinnerungsklärung und nicht auf die Behandlung einer PTBS. Parallelen sind jedoch nicht auszuschliessen.

Die Perspektive auf und der Einbezug von den Angehörigen in die Erinnerungsklärung von Patientinnen und Patienten werden in der vorliegenden Bachelorarbeit nicht aufgenommen.

Nebst dem Streben nach Erinnerungsklärung gibt auch es Patientinnen und Patienten, die froh darüber sind, sich nicht an die Zeit auf der Intensivstation zu erinnern (Minton und Carryer, 2005; Ringdal et al., 2008). Dieses Phänomen und allfällige Verarbeitungsstrategien dieser Patientinnen und Patienten werden in dieser Bachelorarbeit nicht behandelt.

## **2 Thematischer Hintergrund**

Zum thematischen Hintergrund gehört ein Exkurs zum Charakter von Erinnerungen im Zusammenhang mit der Intensivstation und den beeinflussenden Faktoren. Die Posttraumatische Belastungsstörung als mögliche Folge eines Aufenthaltes auf der Intensivstation und deren Bedeutung für die Betroffenen werden erläutert.

### **2.1 Erinnerungen im Zusammenhang mit der Intensivstation**

Patientinnen und Patienten berichten nach ihrer Verlegung von der Intensivstation auf die Normalstation häufig, dass sie entweder keine oder verwirrende oder wahnhaftige Erinnerungen im Zusammenhang mit der Betreuung auf der Intensivstation haben (Adamson et al., 2004; Capuzzo et al., 2004; Ringdal et al., 2006; Samuelson, 2011; Zetterlund et al., 2012). Wahnhaftige Erinnerungen äussern sich oft als Halluzinationen, Träume und Albträume (Guttormson, 2014; Ringdal et al., 2006). So erzählten Patientinnen und Patienten, dass sie sich in einem Gefängnis wähnten. Ein weiteres Beispiel ist der Eindruck erwürgt oder ertränkt zu werden. Andere meinten sie seien in einem anderen Land oder einer anderen Welt (Guttormson, 2014). Im Moment des Erlebens werden solche Vorkommnisse als absolut real, beängstigend und erschreckend empfunden (Guttormson, 2014; Löf et al., 2006). Die Erinnerungen an unwirkliche Erlebnisse bleiben nach drei und zwölf Monaten praktisch unverändert (Löf et al., 2006). Wahnhaftige Erinnerungen sind die Beständigsten (Capuzzo et al., 2004). Träume, Albträume und Halluzinationen, welche die Patientinnen und Patienten nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation belasten, können einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität haben (Granja et al., 2005; Ringdal et al., 2008).

### **2.2 Beeinflussende Faktoren in Bezug auf Erinnerungen**

Unwirkliche Erlebnisse, an die sich die Patientinnen und Patienten erinnern, haben oft einen Zusammenhang mit den tatsächlichen Geschehnissen im Rahmen der Betreuung auf der Intensivstation (Löf et al., 2006; Skirrow, 2002). Denn die hochtechnische Intensivstation ist ein fremder, unbegreiflicher Ort, der beängstigend wirken kann (Almerud, Alapack, Fridlund und Ekebergh, 2007). Unwirkliche Erlebnisse können sich manchmal auch mit realen Vorkommnissen vermischen, was Angst und Frustration auslösen kann (Löf et al., 2006). Die Entstehung von sowohl wahnhaften, unwirklichen Erlebnissen und

Halluzinationen als auch Erinnerungslücken wird nicht nur durch die schwere Erkrankung an sich begünstigt, sondern auch durch diese Faktoren: Metabolisches Ungleichgewicht, Polypharmazie, Delirium, Schlafstörungen und ein allfälliger Alkohol- oder Drogenentzug (Jones et al., 2000).

Patientinnen und Patienten, welche keine oder keine klaren Erinnerungen an die Intensivstation aufweisen, sind in der Regel tiefer analgosediert<sup>1</sup>, länger beatmet und können erst später auf die Normalstation verlegt werden, als diejenigen, die sich genau an die Intensivstation erinnern (Ringdal et al., 2006; Samuelson, Lundberg und Fridlund, 2006).

In der Studie von Svenningsen et al. (2014) hatten signifikant mehr Patientinnen und Patienten, welche im Delir<sup>2</sup> waren entweder keine Erinnerungen an die Intensivstation oder ihre Erinnerungen waren unwirklich oder von halluzinogenem Charakter (Svenningsen et al., 2014). Patientinnen und Patienten mit Delir auf der Intensivstation berichteten häufiger über beängstigende und wahnhaftige Träume als Patientinnen und Patienten ohne diagnostiziertes Delir (Roberts, Rickard, Rajbhandari und Reynolds, 2007; Svenningsen et al., 2014).

### **2.3 Posttraumatische Belastungsstörung nach Intensivstation**

Eine posttraumatische Belastungsstörung [PTBS] folgt auf ein traumatisches, belastendes und bedrohliches Ereignis. Meistens ist das Erlebnis von Angst und Hilflosigkeit begleitet. Drei Hauptmerkmale sind kennzeichnend: Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal. Intrusionen oder Erinnerungssymptome sind lebhaftere Eindrücke des traumatisierenden Ereignisses, welche sich unbeabsichtigt, immer wieder und häufiger als es die Betroffenen ertragen können, aufdrängen. Durch Vermeidung versuchen die Betroffenen die sie überflutenden Gedanken abzuschalten, indem sie Aktivitäten und Situationen, welche Erinnerungen an das Geschehene auslösen können, aus dem Weg zu gehen versuchen. Hyperarousal oder Übererregungssymptome führen zu Schlafstörun-

---

<sup>1</sup> Analgosedation wird im Glossar erklärt

<sup>2</sup> Delir Definition und Bedeutung für die Intensivstation sind im Glossar aufgeführt

gen, erhöhten Schreckreaktionen und Konzentrationsschwierigkeiten (Sass und Houben, 1998).<sup>3</sup>

Rund 20% der Patientinnen und Patienten erleiden klinisch relevante Symptome einer PTBS nach einem Aufenthalt auf der Intensivstation (Davydow et al., 2008). Die Ursachen sind vielfältig und nicht restlos geklärt (Davydow et al., 2008; Jones et al., 2007). Mögliche Einflussfaktoren sind: vorbestehende psychische Belastungen, hohe Dosis an Benzodiazepinen während der Betreuung und anhaltende Erinnerungen von furchterregenden und psychotischen Erlebnissen auf der Intensivstation (Davydow et al., 2008). Zusätzlich zu den oben Genannten erkannten Jones et al. (2007) die Anwendung von Freiheitsbeschränkenden Massnahmen als Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS.

Corrigan, Samuelson, Fridlund und Thomé (2007) erforschten die Bedeutung, welche eine PTBS, respektive Posttraumatische Stressreaktion<sup>4</sup>, für Patientinnen und Patienten nach Aufenthalt auf der Intensivstation hat. Die Posttraumatische Stressreaktion ist eine Situation, welche sich der Selbstkontrolle entzieht und in welcher das traumatische Erlebnis einen tiefen Einschnitt bedeutet und omnipräsent ist. Patientinnen und Patienten berichteten über das Bedürfnis den noch immer lebendigen traumatischen Erinnerungen einen Sinn zu geben. Unwirkliche Erlebnisse, Alpträume und Halluzinationen wollten verstanden werden. Gleichzeitig fühlten sich die Patientinnen und Patienten von der traumatischen Erfahrung gejagt. Diese wurde immer wieder mit häufigen Flashbacks und Alpträumen durchlebt und es entstand das Bedürfnis daraus zu entfliehen. Die Patientinnen und Patienten versuchten Gedanken und Handlungen im Zusammenhang mit dem traumatischen Erlebnis zu vermeiden. Die Belastung und der Stress im alltäglichen Leben waren enorm und zeigten sich als körperliche Reaktionen wie Zittern und Schweissausbruch beim Gedanken an das traumatische Erlebnis. Dazu kamen Schlafstörungen und die Angst überhaupt ins Bett zu gehen, wegen der drohenden Alpträume. Die Betroffenen beschrieben einen Verlust von Lebensfreude, emotionale Aufruhr, sowie die Veränderung der eigenen Person und der eigenen Werte. Die Interaktion mit Mitmenschen war beeinträchtigt. Teilweise fühlten sich die Betroffenen von ihrem sozia-

---

<sup>3</sup> Die diagnostischen Kriterien der PTBS sind im Glossar wiedergegeben

<sup>4</sup> Corrigan et al. (2007) beziehen in ihrer Arbeit Patientinnen und Patienten mit ein, welche klinisch relevante und nachweisbare Symptome der PTBS zeigen, aber nicht das Vollbild gemäss DSM IV Kriterien erfüllen. Aus diesem Grund verwenden sie den Begriff Posttraumatische Stressreaktion.

len Umfeld nicht verstanden. Obwohl sie die Liebe und die Unterstützung ihrer Angehörigen realisierten und wertschätzten, wollten sie zugleich nicht zur Belastung für diese werden.

### **3 Methode**

Bei dieser Bachelorarbeit handelt es sich um einen Literaturreview. Ausgehend von der Fragestellung erfolgt eine systematisierte Literaturrecherche.

#### **3.1 Datenbankrecherche**

Es wurde eine Recherche in den Datenbanken, Cinahl, Cochrane, Medline und Psycinfo durchgeführt. In allen Datenbanken wurden sowohl Schlagworte und Keywords als Suchbegriffe verwendet. Um die Suchbegriffe zu definieren, wurde die Fragestellung anhand des PICO Formats; Population, Intervention, Outcome - ohne Control (Booth und Fry-Smith, 2004, zit. nach Pope, Mays und Popay, 2007, S.24) aufgeschlüsselt. Dies ist in der Tabelle 1 dargestellt. Die Suchbegriffe wurden in verschiedenen Kombinationen mit Booleschen Operatoren miteinander verbunden. Die detaillierten Suchprotokolle zu den einzelnen Datenbankrecherchen sind in den Tabellen 6 bis 9 im Anhang aufgeführt.

Tabelle 1 Suchbegriffe im PICO Format

<b>Population:</b> Patientinnen und Patienten mit erlebtem Aufenthalt auf der Intensivstation, einschliesslich Personen mit Posttraumatischer Belastungsstörung	
<b>Deutsche Begriffe:</b>	<b>Englische Begriffe:</b>
Intensivpatientinnen, Intensivpatienten, Ehemalige Intensivpatientinnen / Intensivpatienten, Kritische Erkrankung, Kritisch kranke Patientinnen und Patienten	Critically Ill Patients, Intensive Care Unit Patients, Critical Care Patient, Former Intensive Care Unit Patients, Former Patient, Former Critical care Patient, Post discharge, Post ICU setting, Critical Illness,
Intensivstation	Intensive Care Units
Erleben	Lived experience, Experiences
Post traumatische Belastungsstörung	Post-Traumatic Stress Disorder
<b>Intervention:</b> Interventionen in der Betreuung und Nachbetreuung durch Intensivpflegefachpersonen	
<b>Deutsche Begriffe:</b>	<b>Englische Begriffe:</b>
Intensivpflege, pflegerische Interventionen	Nursing Interventions, Critical Care Nursing, Critical Care
Unterstützung, Hilfestellungen, Beratung, Angebote	Support, Counselling, Assist, Help, Guide, Provide, Foster, Coach,
Nachbetreuung	Aftercare, Follow-up
Tagebuch, Intensivtagebuch	Diary, ICU Diary
<b>Outcome:</b> Klärung von verschiedenen Erinnerungen und / oder Erinnerungslücken	
<b>Deutsche Begriffe:</b>	<b>Englische Begriffe:</b>
Erinnerungen, Erinnerungslücken, Halluzinationen, Illusionen	Memory, Memory Gap, False Memory, Amnesia, Confusion, Delusions, Illusions, ICU Psychosis, Hallucinations,
Klärung, Erinnern, Verarbeitung	Recovery, Clarify, Recall, Psychological Recovery, Post ICU Conversation

### 3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen werden Primärstudien:

- Welche in englischer oder deutscher Sprache von 2004 bis November 2014 publiziert worden sind
- In welchen Interventionen erläutert und evaluiert wurden, deren Ziel es ist erwachsene Patientinnen und Patienten in der Klärung von verschiedenen Erinnerungen und / oder Erinnerungslücken zu unterstützen
  - aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten
  - aus der Perspektive der Pflegefachpersonen

Ausgeschlossen werden Studien:

- Welche deskriptive Daten zur Prävalenz von verschiedenen Erinnerungen, Erinnerungslücken und Posttraumatischer Belastungsstörung bei Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit der Betreuung auf der Intensivstation ermittelten und aufzeigten
- Welche Inhalt und Charakter dieser verschiedenen Erinnerungen erforschten
- Welche begünstigende Faktoren zur Entstehung von verschiedenen Erinnerungen und / oder Erinnerungslücken untersuchten (zum Beispiel: Delir, Analgosedation, mechanische Beatmung, Umgebungsfaktoren)
- Welche die Prävalenz von Belastungssymptomen und Posttraumatischer Belastungsstörung bei Angehörigen und / oder Betreuungspersonal erfassten und mögliche Interventionen für diese Gruppen evaluierten

### 3.3 Beurteilung der Qualität der gewählten Studien

Zur kritischen Würdigung der qualitativen Studien wird mit der Beurteilungsscheckliste des Critical Appraisal Skills Programme [CASP] gearbeitet (CASP UK, 2013). Die CASP Checkliste für qualitative Studien besteht aus zehn Fragen. Die ersten neun können mit Ja / Nein / Nicht Erfassbar beantwortet werden. Mit der zehnten Frage wird nach der Nützlichkeit und Anwendbarkeit der Studie in der Praxis gefragt (CASP UK, 2013). In Tabelle 2 ist das Vorgehen zur Qualitätseinstufung auf Grund der CASP Checkliste durch die Autorin der Bachelorarbeit aufgezeigt. Zur Veranschaulichung der Vorgehensweise wird eine komplett ausgefüllte CASP Checkliste im Anhang abgebildet. Es

handelt sich dabei um die CASP Checkliste zur Studie von Egerod, Christensen, Schwartz-Nielsen und Agård (2011).

Quantitative Studien werden mit der Beurteilungsscheckliste des CASP für quantitative Studien (CASP UK, 2013) kritisch gewürdigt. Diese besteht aus drei Teilen. Die ersten sechs Fragen können mit Ja / Nein / Nicht Erfassbar beantwortet werden und beziehen sich auf die Validität der Resultate. Es folgen zwei offene Fragen zu den Resultaten und ihrer Glaubwürdigkeit sowie drei Fragen nach der Umsetzbarkeit der Resultate, welche wieder mit Ja / Nein / Nicht erfassbar beantwortet werden. Die CASP Checkliste für Kohortenstudien schliesst mit einer offenen Frage zu den Implikationen für die Praxis ab (CASP UK, 2013). Das Vorgehen zur Qualitätseinstufung ist in Tabelle 3 aufgezeigt.

Zur kritischen Würdigung der Mixed Method Studien wird das Mixed Method Appraisal Tool [MMAT] (Pluye, 2011) verwendet. Es werden alle Fragen mit Ja / Nein / Nicht erfassbar beantwortet. Auf zwei übergeordnete Fragen folgen je vier Fragen zu verschiedenen Aspekten der unterschiedlichen Methoden. Drei abschliessende Fragen konzentrieren sich auf die Methodenkombination (Pluye, 2011). Das Vorgehen zur Qualitätseinstufung ist in Tabelle 4 aufgezeigt.

Tabelle 2 Qualitätseinstufung mit CASP – qualitative Studien

Anzahl mit Ja beantworteter Fragen des CASP	Qualitätsstufe
1 – 3	Niedrig
4 – 6	Mittel
7 – 9	Hoch

Frage 10: Praxisrelevanz / Nützlichkeit: In der tabellarischen Übersicht der bearbeiteten Studien [Tabelle 5] wird angegeben, ob die Studie Empfehlungen für die Praxis und weitere Forschung gibt.

Tabelle 3 Qualitätseinstufung mit CASP – quantitative Studien

Anzahl mit Ja beantworteter Fragen des CASP	Qualitätsstufe
1 – 4	Niedrig
5 – 8	Mittel
9 – 11	Hoch

Die offenen Fragen zu den Ergebnissen und Validität werden in den Ergebnisteil integriert. Die Frage zur Praxisrelevanz wird in der tabellarischen Übersicht der bearbeiteten Studien [Tabelle 5] beantwortet.

Tabelle 4 Qualitätseinstufung mit MMAT

Anzahl mit Ja beantworteter Fragen des MMAT	Qualitätsstufe
1 – 4	Niedrig
5 – 9	Mittel
10 – 13	Hoch

Zusätzlich zum MMAT reflektiert die Autorin der Bachelorarbeit die Praxisrelevanz der Studie und zeigt dies in der tabellarischen Übersicht der bearbeiteten Studien [Tabelle 5] auf.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Ergebnis der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche ergab insgesamt 862 Treffer davon waren 373 Duplikate. 430 Artikel wurden anhand von Titel / Abstract ausgeschlossen. Diese waren entweder keine deutsch- beziehungsweise englischsprachigen Studien oder Population und Setting passte nicht zur Fragestellung oder es ging ausschliesslich um physische Beschwerden im Zusammenhang mit einem Intensivaufenthalt. Von den übrigen 59 Artikeln konnten 46 nach Lesen des Volltextes ausgeschlossen werden. Es handelte sich entweder nicht um Primärstudien oder es wurden keine Interventionen durch Pflegefachpersonen zur Erinnerungsklärung im Zusammenhang mit einem Aufenthalt auf der Intensivstation beschrieben und evaluiert. Von den dreizehn eingeschlossenen sind zehn qualitative Studien, zwei Mixed Method und eine quantitative Studie. Das Ergebnis der Literaturrecherche ist in Abbildung 1 dargestellt.

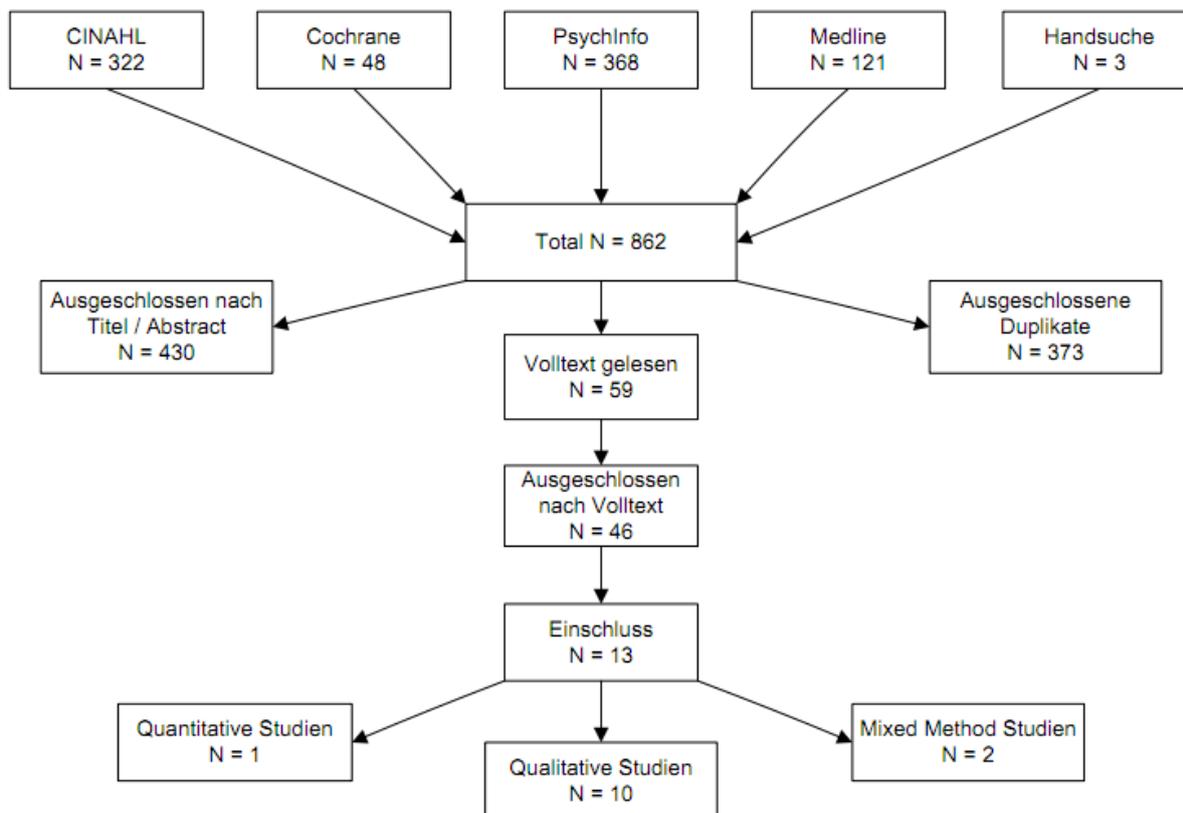


Abbildung 1 Ergebnis Literaturrecherche

Die Mehrheit der dreizehn Studien stammt aus Skandinavien: Sechs aus Schweden, drei aus Dänemark, zwei aus Norwegen. Eine Studie ist aus Grossbritannien und eine aus Australien. Vier Studien beschreiben Angebote zur Klärung von verschiedenen Erinnerungen und / oder Erinnerungslücken aus Sicht der Pflegefachpersonen. Die restlichen Studien beschreiben wie die Patientinnen und Patienten diese Angebote erleben und beurteilen.

Anschliessend an den tabellarischen Überblick über die dreizehn Studien folgt die Beschreibung der Ergebnisse aus den Studien. Dazu hat die Autorin der Bachelorarbeit drei übergeordnete Kategorien gebildet: Das Tagebuch als Erinnerungsklärung, das Gespräch auf der Normalstation nach der Verlegung von der Intensivstation zur Erinnerungsklärung und die Nachbetreuung nach Spitalaustritt zur Erinnerungsklärung.

## **4.2 Übersichtstabelle**

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die dreizehn bearbeiteten Studien. Zusätzlich zu Thema, Methode und Sample werden auch die verschiedenen Interventionen, respektive das Angebot zur Erinnerungsklärung, vorgestellt. Die Kernaussage bezieht sich auf die Fragestellung der Bachelorarbeit. Die Qualitätsbeurteilung entspricht dem unter 3.3 beschriebenen Vorgehen.

Tabelle 5 Übersicht über die bearbeiteten Studien

Referenz	Thema	Design & Methode	Sample	Interventionen / Angebot	Kernaussagen	Qualität & Praxisrelevanz
Åkerman, Granberg-Axell, Ersson, Fridlund und Bergbom (2010) Schweden	Anwendung und Ausbreitung von Tagebüchern auf IS Perspektive Pflegefachpersonen	<b>Mixed Method</b> • Telefoninterviews • Qualitative Inhaltsanalyse & deskriptive Statistik	N = 65 Pflegefachpersonen von denjenigen 65 schwedischen IS, welche mit dem Tagebuch arbeiten	<b>Tagebuch</b> • Tgl. Einträge von Pflegefachpersonen • Selten durch Angehörige • Mehrheitlich inkl. Fotos • Übergabe i.d.R. bei Verlegung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den PatientInnen die verlorene Zeit zurückzugeben</li> <li>• PatientInnen helfen, sich selbst zu erinnern</li> </ul>	<b>Hoch</b> • Empfehlung für einheitliche Richtlinien • Konkrete Forschungsempfehlung
Åkerman, Ersson, Fridlund und Samuelson (2013) Schweden	Bevorzugter & benötigter Inhalt des Tagebuchs & dessen Nützlichkeit PatientInnen Perspektive	<b>Mixed Method</b> • Fragebögen • Interviews • Qualitative Inhaltsanalyse & deskriptive Statistik	N = 115 (44♀/71♂) Alter: M=61 (±15) N = 15 → Fragebogen & Interviewteilnahme	<b>Tagebuch</b> • Unterschiedliche Strategien bezüglich Beginn & Inhalt (inkl. Fotos) • Übergabe bei Verlegung oder im Rahmen der Nachfolgebetreuung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilft Erinnerungslücken zu füllen</li> <li>• Wichtig: vollständige Informationen über Alltagsaktivitäten &amp; Betreuung inkl. Fotos</li> </ul>	<b>Hoch</b> • ∅ Praxisempfehlung • Konkrete Forschungsempfehlung
Egerod, Schwartz-Nielsen, Hansen und Lærkner (2007) Dänemark	Verbreitung & Anwendung von Tagebüchern auf IS Perspektive Pflegefachpersonen	<b>Qualitativ</b> • Telefoninterviews • Ergänzende Notizen • Thematische Inhaltsanalyse	N = 19 SchlüsselinformantInnen (diese sind vertraut mit Tagebuch & Stationskultur) aus verschiedenen IS	<b>Tagebuch</b> • Geschrieben durch Pflegefachpersonen & Angehörige • Teilweise mit Fotos • Übergabe bei Verlegung, ohne Besprechung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erinnerungslücken mit Text &amp; Fotos ausfüllen</li> <li>• Zu erinnern helfen</li> <li>• Rekonstruktion der Krankengeschichte ermöglichen</li> </ul>	<b>Hoch</b> • Initiative für nationale Guidelines • Konkrete Forschungsempfehlung
Egerod und Bagger (2010) Dänemark	Erfahrungen & Erleben mit dem Tagebuch PatientInnen Perspektive	<b>Qualitativ</b> • Fokusgruppeninterview, halbstrukturiert • Tagebuchtexte • Induktives Coding	N = 4 (1♀, 3♂), Alter: 56-73 (M=65) LoS: 6-12 Tage (M=10) Anzahl Tagebucheinträge 3-11 (M=6)	<b>Tagebuch</b> • Geschrieben durch Pflegefachpersonen • Inkl. Fotos • Übergabe 1 oder 3 Mt. nach Verlegung, inkl. Gespräch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilft Erinnerungslücken zu füllen</li> <li>• Hilft nicht, eigene Erinnerungen zu reaktivieren</li> <li>• Unvollständige Informationsquelle</li> </ul>	<b>Hoch</b> • Sehr konkrete Praxisempfehlungen

Egerod, Christensen, Schwartz-Nielsen und Agård (2011) Dänemark	Tagebücher im Kontext der Illness Narrative <sup>5</sup> PatientInnen & Angehörigen Perspektive	<b>Qualitativ</b> • Grounded Theory • Halb-strukturierte Tiefeninterviews	N = 19 PatientInnen (9♀, 10♂) Alter: 18-76 (M=56) N = 6 einzeln / N = 13 mit Angehörigen interviewt	<b>Tagebuch</b> • Tgl. Eintragungen durch Pflegefachpersonen • Inkl. Fotos • Übergabe nach Verlegung inkl. Gespräch	• Informationsquelle um Lücken zu füllen • Konstruktion der Illness Narrative • Eigene Erinnerungen werden nicht reaktiviert	<b>Hoch</b> • Entwicklung Model 'Illness narrative' • Vage Praxisempfehlungen
Engström, Andersson und Soderberg (2008) Schweden	Erleben der Nachfolgebetreuung PatientInnen & Angehörigen Perspektive	<b>Qualitativ</b> • Narrative Interviews • Thematische Inhaltsanalyse	N = 9 PatientInnen (1♀, 8♂) Alter: 40-74 (M=63) LoS: M=10 N = 9 Angehörige (8♀, 1♂) Alter 37-64 (M=52)	<b>Nachfolgebetreuung</b> nach Spitalaustritt • Gespräch über Betreuung & Erlebnisse auf IS • Inkl. Besuch der IS • Erklärungen zu IS & technischem Equipment	• Erfahren, was auf der IS passiert ist • Verständnis erlangen über Räumlichkeiten & Equipment / Geräusche	<b>Hoch</b> • ∅ generalisierbar • Transferierbar, je nach Kontext • A. Forschungsempfehlung
Engström, Grip und Hamrén (2009) Schweden	Erfahrungen mit dem Tagebuch PatientInnen Perspektive	<b>Qualitativ</b> • Narrative Interviews • Qualitative Inhaltsanalyse	N = 9 PatientInnen (5♀, 4♂), Alter: 29-65 (M=56) LoS: 1 Woche bis 4 Mt. (M=22 Tage)	<b>Tagebuch</b> • Geschrieben durch Pflegefachpersonen & nahe Angehörige • Inkl. Fotos	• Hilft unterscheiden von Traum & Realität • ↑ Verständnis über das, was wirklich passierte • ↑ Kohärenzgefühl für das Geschehene	<b>Hoch</b> • ∅ generalisierbar • Transferierbar, je nach Kontext
Engström und Söderberg (2010) Schweden	Erfahrungen mit Nachfolgebetreuung Perspektive Pflegefachpersonen	<b>Qualitativ</b> • Narrative Interviews inkl. Fragen • Thematische Inhaltsanalyse	N = 8 Pflegefachpersonen Alter: 40-58 (M=44) Berufserfahrung auf IS: 6-21 Jahre (M=16.5)	<b>Nachfolgebetreuung</b> • 6 Mt. nach IS Aufenthalt • Mit auf IS involvierter Pflegefachperson & Ärztin in separatem Raum bei IS • Besuch Räumlichkeiten IS	• Vorbereitet sein, um informieren zu können • Equipment erklären • Gezieltes Fragen nach & Erklären von unwirklichen Erlebnissen	<b>Hoch</b> • Transferierbar mit Vorbehalt, je nach Kontext
Ewens, Chapman, Tulloch und Hendricks (2014) Australien	Sichtweise zum & Nutzung des Tagebuchs nach Spitalaustritt PatientInnen & Angehörigen Perspektive	<b>Qualitativ</b> • 3 schriftliche Umfragen • Qualitatives Analyseraster	N = 18 PatientInnen (9♀, 9♂) Alter 34-84 (N = 7 → alle 3 Umfragen ausgefüllt; N = 6 → 1. & 2.; N = 5 → nur 1.)	<b>Tagebuch</b> • Geschrieben von Pflegefachpersonen & PatientIn • inkl. Fotos • Übergabe inkl. Besprechung vor Verlegung & Gespräche auf Station	• Hilft Lücken zu füllen • Wenige PatientInnen geschrieben deshalb nach Verlegung selbst ins Tagebuch • Tagebuch erfüllte Erinnerungen mit Sinn	<b>Mittel</b> • A. Praxisempfehlung • konkrete Forschungsempfehlung

<sup>5</sup> Illness narrative wird im Glossar erklärt

Gjengedal, Storli, Holme und Eskerud (2010) Norwegen	Tagebuchführung auf IS, inkl. Geschichte & Ausprägung Perspektive Pflegefachpersonen	<b>Qualitativ</b> • Halbstrukturierte Telefoninterviews • Thematische Inhaltsanalyse	N = 30 Pflegefachpersonen mit Erfahrung in der Tagebuchführung & dessen Entstehungsgeschichte	<b>Tagebuch</b> • Primär durch Pflegefachpersonen geschrieben • Reflektierender und / oder objektiver Schreibstil • I.d.R. Übergabe nach Verlegung inkl. Gespräch	• Den PatientInnen eine eigene Deutung ihrer Erlebnisse & Erinnerungen ermöglichen • Über Realität orientieren • Erinnerungslücken füllen	<b>Hoch</b> • A. Praxisempfehlung • A. Forschungsempfehlung
Glimelius Petersson, Bergbom, Brodersen und Ringdal (2011) Schweden	Teilnahme an & Evaluation der Nurse led Clinic [NLC] PatientInnen Perspektive	<b>Quantitativ</b> • 2 Fragebögen • Statistische Analyse mit $\chi^2$ und t-Test	N = 96 PatientInnen (33♀, 63♂) Alter: 18-91 (M=65) LoS: 3-38 Tage (M=5.7)	6-monatiges <b>Nachbetreuungsprogramm</b> durch NLC • 1. Kontakt: Besuch auf Station nach Verlegung von Pflegefachperson NLC • 2. & 3. Kontakt: Termin in NLC, falls nicht möglich, Kontakt mit NLC telefonisch oder auf Station	2. Kontakt des Programms in NLC ↑ Benefit bezüglich: • Informationen erhalten • Über eigene Erinnerungen sprechen können • Erinnerungen neu bewerten Gegenüber 2. Kontakt telefonisch oder auf Station	<b>Mittel</b> • A. Praxisempfehlung
Prinjha, Field und Rowan (2009) Grossbritannien	Erfahrungen & Empfindungen bezüglich Nachfolgebetreuung PatientInnen Perspektive	<b>Qualitativ</b> • Narrative Interviews, inkl. Fragen • Inhaltsanalyse mit modifizierter Grounded Theory	N = 34 PatientInnen (14♀, 20♂) Alter: 23-76 (M=44) LoS: 2 Tage bis 7 Mt. N = 22 mit / N = 12 ohne Nachfolgebetreuung	Verschiedene <b>Nachbetreuungsangebote</b> • Mehrheitlich inkl. IS Besuch • Behandlung physischer & psychischer Probleme	• Mit Fachpersonen sprechen, welche Bescheid wissen, über Details der IS Betreuung ist wertvoll • Keine Nachfolgebetreuung bedeutet, dass spezifische Fragen nicht geklärt werden können	<b>Hoch</b> • Konkrete Praxisempfehlung • A. Forschungsempfehlung
Storli und Lind (2009) Norwegen	Bedeutung der Nachbetreuung in Bezug auf Leben mit Erinnerungen an IS PatientInnen Perspektive	<b>Qualitativ</b> • Hermeneutisch-phenomenologischer Ansatz • 2 Tiefeninterviews • Feldnotizen • Tagebuchtexte	N = 10 PatientInnen (4♀, 6♂) Alter: 24-82 (M = 52) LoS: 6-42 Tage (M = 16)	• <b>Tagebuch</b> von Pflegefachpersonen geschrieben, inkl. Fotos • <b>Gespräch</b> nach Verlegung auf Station • <b>Besuch</b> der PatientInnen auf IS vor Spitalentlassung mit Pflegefachperson IS	• Beschreibungen & Bilder helfen Erinnerungsfetzen zusammenzufügen • Normalisierung & Einordnung der Erlebnisse • Eindrücke wiedererkennen & Ordnen	<b>Hoch</b> • A. Praxisempfehlung • A. Forschungsempfehlung

Legende:

IS = Intensivstation	N = Anzahl Teilnehmende	tgl. = täglich/e	i.d.R. = in der Regel	∅ = kein / keine	♀/♂ = weiblich / männlich
M = Mittelwert	inkl. = inklusive	Mt. = Monat	LOS = Aufenthaltsdauer auf der IS	A. = allgemeine/er	↑ = erhöht / vergrößert

### **4.3 Das Tagebuch zur Erinnerungsklärung**

Das Tagebuch, auch Intensivtagebuch, Fototagebuch oder Patientinnen / Patienten Tagebuch genannt (Egerod, Christensen, Schwartz-Nielsen und Agård, 2011) wurde in den skandinavischen Ländern in den 1980er Jahren eingeführt (Åkerman, Granberg-Axell, Ersson, Fridlund und Bergbom, 2010; Egerod, Schwartz-Nielsen, Hansen und Lærkner, 2007; Gjengedal, Storli, Holme und Eskerud, 2010). In Alltagssprache werden Geschehnisse im Zusammenhang mit der Betreuung und dem Aufenthalt der Patientin, des Patienten auf der Intensivstation wiedergeben und meistens durch Fotos von der Patientin, dem Patienten ergänzt (Åkerman et al., 2010; Gjengedal et al., 2010).

#### **4.3.1 Das Tagebuch aus Sicht des Pflegefachpersonals**

In den skandinavischen Ländern wurden Evaluationsstudien mit den Pflegefachpersonen der Intensivstation zum Tagebuch durchgeführt. Die dänische Studie von Egerod et al. (2007) wird von Åkerman et al. (2010) und Gjengedal et al. (2010) als Inspiration und Basis für ihre Studien beschrieben. Die von Åkerman et al. (2010) und Gjengedal et al. (2010) vorgenommenen Anpassungen und Abweichungen in der Methodik im Vergleich zur dänischen Studie sind nachvollziehbar erläutert.

Hauptsächlich werden Tagebücher für beatmete, sedierte Patientinnen und Patienten verfasst. Die Pflegefachpersonen sind die Hauptautorinnen und Hauptautoren. Teilweise schreiben Angehörige und / oder andere Professionen in das Tagebuch. Das Tagebuch wird als Eigentum der Patientin respektive des Patienten betrachtet (Åkerman et al., 2010; Egerod et al., 2007; Gjengedal et al., 2010).

In der Studie von Gjengedal et al. (2010) werden zwei verschiedene Schreibstile mit jeweils unterschiedlicher Absicht erörtert: Erstens ein fragender, reflektierender Schreibstil in Bezug darauf, was die verschiedenen Vorkommnisse für die Patientin, den Patienten bedeuten könnten. Die Pflegefachpersonen möchten den Patientinnen und Patienten Anhaltspunkte geben, mit welchen sie Erinnerungsbruchstücke zu einem grösseren Bild zusammenfügen können. Zweitens ein sogenannter objektiver Schreibstil, welcher die Intensivstation inklusive der technischen Geräte und die Prozeduren dokumentiert. Die Absicht hinter diesem Schreibstil ist, die Patientinnen und Patienten über die Realität zu orientieren und ihre Erinnerungslücken zu füllen. Oftmals werden

beide Schreibstile kombiniert (Gjengedal et al., 2010). Ein Member Checking in dieser Studie wird nicht erwähnt. Dies schränkt die Glaubwürdigkeit, der ansonsten mit hoher Qualität beurteilten Studie, wenig ein.

Unabhängig vom Schreibstil werden verschiedene Gründe erläutert, weshalb Pflegefachpersonen für die Patientinnen und Patienten ein Tagebuch schreiben:

Die Patientinnen und Patienten sollen später mit Hilfe des Tagebuches ihre Erinnerungslücken füllen können (Åkerman et al., 2010; Egerod et al., 2007; Gjengedal et al., 2010) und die verlorene Zeit zurückerhalten (Åkerman et al., 2010). Texte und Bilder erklären, was während dem Aufenthalt auf der Intensivstation passiert ist (Åkerman et al., 2010; Gjengedal et al., 2010). Als wichtiger Beitrag um Erinnerungslücken zu füllen dienen die Fotos, welche von Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation gemacht werden (Egerod et al., 2007). Allerdings werden Fotos kontrovers diskutiert. Die rechtliche Lage sowie ethische Fragen scheinen nicht vollkommen geklärt zu sein (Åkerman et al., 2010; Egerod et al., 2007; Gjengedal et al., 2010).

Die Pflegefachpersonen möchten den Patientinnen und Patienten ermöglichen, dass sie sich, mit Hilfe der Texte und Bilder im Tagebuch, an die Ereignisse auf der Intensivstation erinnern können und ihre Erinnerungsfähigkeit aktiviert wird (Åkerman et al., 2010; Egerod et al., 2007). Die Rekonstruktion ihres Krankheitsverlaufes soll mit dem Tagebuch erleichtert (Egerod et al., 2007) und Erfahrungen im Zusammenhang mit der Intensivstation verarbeitet werden können (Åkerman et al., 2010; Egerod et al., 2007).

Die Pflegefachpersonen geben den Patientinnen und Patienten durch die Tagebücher Erklärungen zu allfälligen Halluzinationen und zu unangenehmen körperlichen Empfindungen, welchen sie auf der Intensivstation ausgesetzt waren (Egerod et al., 2007). Zu beachten ist, dass die Zuverlässigkeit dieser grundsätzlich mit hoher Qualität eingeschätzten Studie durch die unzureichend im Text eingeführte Tabelle etwas eingeschränkt ist.

Die Tagebücher leisten einen wichtigen Beitrag zur weiteren Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten. Davon sind die Pflegefachpersonen überzeugt (Åkerman et al., 2010; Egerod et al., 2007; Gjengedal et al., 2010).

Das Sample bestand in allen drei Studien aus Pflegefachpersonen mit viel Erfahrung in der Tagebuchführung. Die meisten befragten Pflegefachpersonen waren auch bei der Initiierung des Tagebuchs auf der Intensivstation involviert (Åkerman et al., 2010; Egerod et al., 2007; Gjengedal et al., 2010). Dies ermöglicht einen präzisen Einblick in das Thema. Allerdings bezweifelt die Autorin der Bachelorarbeit, dass dadurch kritische Aspekte und mögliche Schwierigkeiten aufgegriffen wurden. Durch das Member Checking in den Studien von Egerod et al. (2007) und Åkerman et al. (2010) wird die Glaubwürdigkeit deren Resultate bestärkt. In der Studie von Åkerman et al. (2010) wirkt sich die Datentriangulation durch den Mixed Method Ansatz positiv auf Glaubwürdigkeit und Aussagekraft aus.

#### **4.3.2 Das Tagebuch aus Sicht der Patientinnen und Patienten**

Nicht nur Pflegefachpersonen, weitere Professionen und Angehörige schreiben ins Tagebuch. In der australischen Studie von Ewens, Chapman, Tulloch und Hendricks (2014) zeigte sich, dass nach der Verlegung von der Intensivstation vereinzelt die Patientinnen und Patienten ins Tagebuch schreiben. Als Gründe nannten sie die Möglichkeit selber Lücken zu füllen und auf Eintragungen des Personals zu antworten. In dieser Studie besprach die Erstautorin bereits auf der Intensivstation das Tagebuch mit den Patientinnen und Patienten. Nach der Verlegung auf die Normalstation wurden die Patientinnen und Patienten alle zwei bis drei Tage von einer Person des Forschungsteams besucht, um über das Tagebuch zu sprechen und Fragen zu beantworten (Ewens et al., 2014). Ob dies gängige Praxis ist und einen Einfluss auf die Tagebuchführung durch die Patientinnen und Patienten gehabt hat, wird nicht diskutiert. Die Forschenden reflektieren ihre Rolle nicht, was nach Ansicht der Autorin der Bachelorarbeit wünschenswert gewesen wäre. Denn im Rahmen dieser Gespräche über das Tagebuch fand gleichzeitig die Rekrutierung für die Studienteilnahme statt. Die Daten wurden mittels schriftlichen Umfragen erhoben, was Klärungsfragen seitens der Interviewerin, seitens des Interviewers, ausschliesst. Dieses Vorgehen wird nicht begründet und schmälert die Zuverlässigkeit dieser mit mittlerer Qualität beurteilten Studie.

In der Mixed Method Studie von Åkerman, Ersson, Fridlund und Samuelson (2013) bestätigten 91% von 115 Studienteilnehmenden, dass das Tagebuch ihnen geholfen habe, Erinnerungslücken zu füllen und zu verstehen, was mit ihnen passiert ist. Die Fotos

lieferten ihnen zusätzliche Erklärungen. Im qualitativen Teil dieser Studie bekräftigten die Patientinnen und Patienten in den Interviews, dass die Tagebücher halfen, Erinnerungslücken zu füllen (Åkerman et al., 2013). Diese Studie weist nach Ansicht der Autorin der Bachelorarbeit eine wertvolle Datentriangulation auf, indem qualitative und quantitative Ergebnisse anschaulich kombiniert sind. Dies stärkt die Glaubwürdigkeit und ermöglicht einen vertieften Einblick in das Thema.

Die im Tagebuch festgehaltenen Beschreibungen und Fotos von Geschehnissen während dem Aufenthalt auf der Intensivstation unterstützen das Zusammenfügen von Erinnerungsfetzen (Storli und Lind, 2009). Storli und Lind (2009) erklären dies mit einem eindrücklichen Beispiel: Einer Patientin, welche unter starker Diarrhoe litt, wurde ein Stuhldrainagesystem rektal eingeführt. An dieses Gefühl erinnerte sich die Patientin. In ihrer Wahrnehmung geschah all dies, als sie sich in einem Hotelzimmer gefangen gehalten fühlte. Durch die Beschreibung im Tagebuch konnte die Patientin eine Verbindung zwischen dem tatsächlich Passierten und der wahrgenommenen Erfahrung herstellen (Storli und Lind, 2009). Die Datentriangulation durch Interviews, Feldnotizen und Sichtung der Tagebuchtexte unterstützt die Glaubwürdigkeit dieser Studie.

Das Tagebuch erklärt eine Situation, über welche die Patientinnen und Patienten keine Kontrolle hatten und an welche sie oft keine, oder keine klaren, Erinnerungen haben (Engström, Grip und Hamrén, 2009). Mit Hilfe des Tagebuchs können sie gedankliche Bilder erschaffen, die das Erlebte in eine kohärente Ordnung bringen (Engström et al., 2009). Die dichten Beschreibungen in dieser Studie werden durch treffende Zitate ergänzt, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse unterstützt.

Ein chronologisch korrekter und kontinuierlicher Ablauf im Tagebuch ist hilfreich für die Logik im Verstehen (Åkerman et al., 2013; Engström et al., 2009). Die Patientinnen und Patienten verlangen nach möglichst vollständigen Informationen über Alltagsaktivitäten und die Betreuung auf der Intensivstation (Åkerman et al., 2013). Es existieren widersprüchliche Aussagen, ob das Tagebuch die Erinnerungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu aktivieren vermag. In der Studie von Åkerman et al. (2013) wird auf Grund der qualitativen Interviewdaten eine Verbesserung der eigenen Erinnerungsfähigkeit beschrieben. Gegenteilige Aussagen zeigen Egerod und Bagger (2010) und Egerod et al. (2011): Diesen Studienteilnehmenden half das Tagebuch nicht, die eigenen Erinne-

rungen zu reaktivieren. Das Tagebuch wird als unvollständige Informationsquelle betrachtet, denn es wird meist nicht ab Eintritt der Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation begonnen. Selten enthält es Angaben über schwierige Phasen und lebensbedrohliche Ereignisse, oder diese werden beschönigt (Egerod und Bagger, 2010). Bei dieser Studie gilt es zu beachten, dass ein einzelnes Fokusgruppeninterview mit vier Teilnehmenden durchgeführt wurde. Positiv auf die Glaubwürdigkeit wirkt sich die Datentriangulation von Interview und Sichtung der Tagebuchtexte aus. Tatsächlich stimmten die Aussagen der Teilnehmenden des Fokusgruppeninterviews mit den Tagebucheinträgen, respektive den nicht vorhandenen Einträgen, überein (Egerod und Bagger, 2010). Das zeigt auch die folgende Aussage aus einem Interview:

It states that I choked on my medicine. It doesn't describe how the family was called in because I was dying. Things like that. It just states that I had some swelling. But the part about the family, how they stood there, I have heard from them how it was, and I think the diary tries to please. There should be more detail... I discovered that the four or five days where I was really ill, are not described (Egerod und Bagger, 2010).

Bezüglich den fehlenden Inhalten im Tagebuch besteht eine Übereinstimmung mit dem quantitativen Anteil der Studie von Åkerman et al. (2013). 67% der Teilnehmenden gaben an, dass nicht zu jedem Tag ein Eintrag im Tagebuch vorhanden war. Und 54% fügten an, dass nicht die ganze Zeit des Intensivaufenthaltes mit Fotos dokumentiert sei. In der Studie von Egerod et al. (2011), welche auf Grund der mittels Grounded Theory erreichten Datensättigung eine hohe Übertragbarkeit aufweist, wird das Tagebuch als unvollständige Informationsquelle bestätigt.

Das Tagebuch ermöglicht den Patientinnen und Patienten die Differenzierung von Wahnvorstellungen, Träumen und der Realität (Egerod et al., 2011; Engström et al., 2009). Es fungiert als Beweismittel, dass gewisse Dinge tatsächlich passiert sind (Egerod und Bagger, 2010; Engström et al., 2009), wie folgendes Zitat verdeutlicht:

Initially it was of vital importance; because I don't know how else I could be confident that what has happened was a real event ... it was proof for me to receive an idea, a reality ... (Engström et al., 2009).

Drei der vier Teilnehmenden im Fokusgruppeninterview von Egerod und Bagger (2010) hätten sich gewünscht, dass ihre Träume und Albträume im Tagebuch beschrieben gewesen wären, wären sie in der Lage gewesen, diese den Pflegefachpersonen unmittelbar zu erzählen.

Texte und Bilder im Tagebuch können für die Patientinnen und Patienten befremdlich sein. Als ob diese nichts mit der eigenen Person zu tun hätten und es um jemanden anderes gehen würde (Åkerman et al., 2013; Engström et al., 2009). Über Vorkommnisse zu lesen, welche die eigene Person betrafen, aber zu welchen keine Erinnerungen bestanden, wurde mit einem Gefühl der Unwirklichkeit beschrieben. Dieses Gefühl versuchten die Patientinnen und Patienten zu kompensieren, indem sie alles wissen wollten. Sie stellten immer und immer wieder Fragen und versuchten den Text in möglichst vielen unterschiedlichen Weisen zu deuten (Engström et al., 2009). Das Tagebuch ist somit für einige Patientinnen und Patienten eine Gesprächsbasis um an weitere Informationen zu gelangen (Egerod et al., 2011; Storli und Lind, 2009).

#### **4.4 Gespräch nach Verlegung auf Normalstation zur Erinnerungsklärung**

Pflegefachpersonen von der Intensivstation besuchen die Patientinnen und Patienten nach deren Verlegung von der Intensivstation auf der Normalstation (Ewens et al., 2014; Glimelius Petersson, Bergbom, Brodersen und Ringdal, 2011; Storli und Lind, 2009). Im Gespräch können dringende Fragen beantwortet und verschiedene Erinnerungen im Zusammenhang mit der Intensivstation geklärt werden (Ewens et al., 2014; Glimelius Petersson et al., 2011). Patientinnen und Patienten können durch dieses Gespräch ihren Erfahrungen eine Bedeutung geben (Storli und Lind, 2009).

Im Rahmen der Nachbetreuung auf Station können befremdliche Erinnerungen an Erlebnisse der Patientinnen und Patienten durch Gespräche mit den Pflegefachpersonen der Intensivstation normalisiert werden. Die Pflegefachpersonen erklären, dass unwirkliche Erinnerungen im Zusammenhang mit der Intensivstation häufig vorkommen. Patientinnen und Patienten getrauen sich daraufhin, von ihren befremdlichen Erinnerungen zu erzählen. Für die Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass die Pflegefachpersonen ihre verschiedenen Erinnerungen ernst nehmen. Dadurch werden sie ermutigt, ihre Erinnerungen zu erzählen (Storli und Lind, 2009). Storli und Lind (2009) veran-

schaulichen dies mit einem Beispiel: Ein Patient beschrieb, dass die Pflegefachfrau seine Erinnerungen in einem russischen Gefängnis gewesen zu sein, sehr ernst nahm und auf seine Schilderungen vertieft einging. Schliesslich stellte sich heraus, dass am Nachbarbett dieses Patienten eine Person war, mit der Russisch gesprochen wurde (Storli und Lind, 2009). Diese qualitativ hochstehende Studie mit dem hermeneutisch-phänomenologischen Ansatz gewährleistet die Übertragbarkeit durch die dichte Beschreibung der Ergebnisse und die Anreicherung durch eindrückliche Zitate, trotz des kleinen Samples.

Pflegefachpersonen der Intensivstation werden von den Patientinnen und Patienten als qualifizierte Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner empfunden, da diese die Welt der Intensivstation kennen und erklären können (Prinjha, Field und Rowan, 2009; Storli und Lind, 2009). Um spezifische Fragen zu beantworten, müssen sie mit dem jeweiligen Einzelfall vertraut sein (Storli und Lind, 2009).

In der quantitativen Studie von Glimelius Petersson et al. (2011) zur Evaluation eines Nachbetreuungsprogramms beurteilten 44 Patientinnen und Patienten den Besuch von und das Gespräch mit einer Pflegefachperson der Intensivstation nach der Verlegung auf die Normalstation als wertvoll, acht als teilweise wertvoll und 16 erinnerten sich nicht mehr daran. 27 Patientinnen und Patienten beantworteten diese Frage des Evaluationsbogens nicht (Glimelius Petersson et al., 2011). Die Forschenden, dieser mit mittlerer Qualität beurteilten Studie, nennen keine Gründe dafür (Glimelius Petersson et al., 2011). Es stellt sich die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen der Nichtbeantwortung dieser Frage und fehlender Erinnerung an dieses Gespräch besteht. Und somit der Anteil der Patientinnen und Patienten, welche sich nicht an dieses Gespräch erinnern, noch höher wäre.

Im Rahmen dieses Besuches der Patientin, des Patienten durch die Pflegefachperson der Intensivstation kann das Tagebuch übergeben werden und als Gesprächsbasis dienen (Åkerman et al., 2010; Egerod et al., 2011; Ewens et al., 2014; Storli und Lind, 2009). Eine Variante ist, dass die Pflegefachperson der Patientin, dem Patienten aus dem Tagebuch vorliest und diese / dieser Fragen zum Inhalt, wie auch zum Aufenthalt auf der Intensivstation stellen kann (Egerod et al., 2011; Gjengedal et al., 2010). Obwohl dieses Gespräch auf der Normalstation nach der Verlegung wahlweise mit oder

ohne Tagebuchübergabe, als Informationsquelle beschrieben wird, kann der Zeitpunkt für einige Patientinnen und Patienten zu früh sein (Egerod et al., 2011; Engström et al., 2009). Egerod et al. (2011) beschreiben ein Beispiel von einem Patienten, der sich beim Besuch der Pflegefachfrau der Intensivstation auf der Normalstation unter Druck gesetzt fühlte und nicht wollte, dass ihm aus dem Tagebuch vorgelesen wird. Er wollte nicht mit den unangenehmen Erlebnissen konfrontiert werden, welche er nicht zuordnen konnte und an welche er sich nicht richtig erinnerte. Im späteren Verlauf konnte dieser Patient allmählich seine Erlebnisse einordnen. Je mehr Distanz er zum Erlebten hatte, desto eher mochte er sich mit den Erinnerungen daran auseinandersetzen (Egerod et al., 2011). Obwohl dies ein Einzelbeispiel ist, ist die Übertragbarkeit durch die Intensität des Zitates und die exakte Beschreibung der Situation gegeben.

#### **4.5 Nachbetreuung nach Spitalaustritt zur Erinnerungsklärung**

Diese Angebote zur Nachbetreuung finden häufig nach zwei und / oder sechs Monaten nach Verlassen der Intensivstation statt (Engström und Söderberg, 2010; Glimelius Petersson et al., 2011). Es gibt darauf spezialisierte Kliniken, beispielsweise die Nurse Led Clinic [NLC] in der Studie von Glimelius Petersson et al. (2011). Bei diesem Angebot besuchen die Patientinnen und Patienten die NLC. Falls sie dazu nicht in der Lage sind, erhalten sie entweder eine telefonische Nachbetreuung oder, sofern sie noch im Spital sind, werden sie von einer Pflegefachperson der NLC auf der Station besucht (Glimelius Petersson et al., 2011). In dem von Engström, Andersson und Soderberg (2008) und Engström und Söderberg (2010) beschriebenen Angebot werden die Patientinnen und Patienten mit ihren Angehörigen etwa sechs Monate nach ihrem Aufenthalt auf der Intensivstation zu einem Nachfolgebesuch eingeladen. Dieser Nachfolgebesuch besteht aus einem Gespräch in einem ruhigen Raum nahe der Intensivstation. In diesem Gespräch können die Patientinnen und Patienten Fragen und Erinnerungen mit derjenigen Pflegefachperson und Ärztin oder Arzt klären, welche in die Betreuung der Patientin, des Patienten auf der Intensivstation involviert gewesen war. Anschliessend an das Gespräch besteht die Möglichkeit, die Intensivstation zu besichtigen (Engström et al., 2008; Engström und Söderberg, 2010). Die Besichtigung der Intensivstation ist in den meisten Nachbetreuungsangeboten integriert (Engström et al., 2008; Engström und Söderberg, 2010; Glimelius Petersson et al., 2011; Prinjha et al., 2009). Es gibt auch die Variante, dass die Patientinnen und Patienten unmittelbar bevor sie das Spital ver-

lassen die Intensivstation in Begleitung einer Pflegefachperson besuchen (Storli und Lind, 2009).

#### **4.5.1 Nachbetreuung nach Spitalaustritt aus Sicht des Pflegefachpersonals**

Engström und Söderberg (2010) interviewten Pflegefachpersonen mit mehrjähriger Berufserfahrung und Routine in der Durchführung der Nachfolgebesuche. Die Glaubwürdigkeit der ansonsten qualitativ hochstehenden Studie, ist durch das fehlende Member Checking, nach Ansicht der Autorin der Bachelorarbeit, leicht eingeschränkt. Die Resultate dieser Studie werden dennoch als praxisrelevant gewertet. Für die Pflegefachpersonen ist es wichtig, auf den Besuch der Patientin, des Patienten vorbereitet zu sein (Engström und Söderberg, 2010). Sie möchten in der Lage sein, den Patientinnen und Patienten Informationen über die Zeit auf der Intensivstation geben zu können. Nach unwirklichen Erlebnissen und Alpträumen fragt das Pflegefachpersonal gezielt, um die Patientinnen und Patienten über das wirklich Geschehene aufklären zu können. Medizintechnische Geräte von der Intensivstation werden erklärt, damit Patientinnen und Patienten Geräusche wiedererkennen können (Engström und Söderberg, 2010).

#### **4.5.2 Nachbetreuung nach Spitalaustritt aus Sicht der Patientinnen und Patienten**

Den Wiedererkennungseffekt von Geräuschen, wie beispielsweise denen des Beatmungsgeräts oder der Alarmton des Monitors, beschreiben Storli und Lind (2009) und Engström et al. (2008) aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Durch den Besuch der Intensivstation und die konkrete Wahrnehmung des Raums werden Erinnerungen wachgerufen, welche zuvor nicht präsent waren (Storli und Lind, 2009). Für die Patientinnen und Patienten ist es sehr wichtig und bedeutsam, die Intensivstation bei klarem Bewusstsein zu sehen, denn ihnen fehlt jegliche räumliche Erinnerung. Erst durch die Möglichkeit die Intensivstation nach ihrer Rekonvaleszenz zu besuchen, können die Patientinnen und Patienten die Dimensionen des Raums einordnen und die Funktionsweisen der technischen Geräte verstehen (Engström et al., 2008). Engström et al. (2008) sind sich einer möglichen Verzerrung ihrer positiven Ergebnisse auf Grund des Samples bewusst. Es könnte sein, dass sich nur diejenigen Personen zur Studienteilnahme bereit erklärten, welche das Angebot positiv erlebt hatten (Engström et al., 2008).

Dennoch: Wie wichtig es für die Patientinnen und Patienten ist die Intensivstation zu sehen, bekräftigt folgendes Zitat:

(...) Somebody asked me did I want to go to the ICU unit while I was there and I felt that particular time I was asked, yes, it was a good time for me. It would have been. I was trying to piece things together in my mind. I was trying to put right a jigsaw of my life, if that's the best to describe it. And I needed to put pieces together to complete, as I was before (Prinjha et al., 2009).

In der Evaluationsstudie zur NLC von Glimelius Petersson et al. (2011) besuchten 41 Patientinnen und Patienten nach zwei Monaten die NLC. 32 Patientinnen und Patienten erhielten nach zwei Monaten eine telefonische Nachbetreuung und acht eine Nachbetreuung auf der Station, da sie noch immer im Spital waren. Signifikant mehr Patientinnen und Patienten, welche nach zwei Monaten die NLC besuchten, bestätigten dass sie Informationen erhielten ( $p=0,043$ ), die Möglichkeit hatten von ihren Erfahrungen zu erzählen ( $p=0,029$ ) und ihre Erinnerungen und Erfahrungen neu bewerten konnten ( $p=0,023$ ). Dies im Vergleich zu denjenigen Patientinnen und Patienten, welche nach zwei Monaten telefonischen Kontakt mit der NLC hatten oder ein Besuch auf der Station erhielten. Kein signifikanter Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen zeigte sich in Bezug auf die Unterstützung in der Verarbeitung von Erinnerungen und Erfahrungen ( $p=0,073$ ) und auf die Beantwortung offener Fragen ( $p=0,167$ ). Zu beachten sind bei dieser Studie allerdings die unterschiedlichen Rücklaufquoten der Fragebogen zwischen denjenigen Patientinnen und Patienten, welche die NLC besuchten (98% Rücklaufquote) und denjenigen, welche eine telefonische Nachbetreuung erhielten (41% Rücklaufquote) oder bei welchen die Nachbetreuung auf der Station stattfand (50% Rücklaufquote). Dies führt aus Sicht der Autorin der Bachelorarbeit zu einer Verzerrung der Resultate.

Abgesehen von der Studie von Glimelius Petersson et al. (2011) mit mittlerer Qualität: Die Wichtigkeit, Erinnerungen und Erfahrungen neu zu bewerten, bekräftigen auch Engström et al. (2008) und Prinjha et al. (2009). Für die Patientinnen und Patienten ist es essentiell über ihre Träume und Halluzinationen zu sprechen und zu erfahren, was real und was Wahnvorstellung war. Sie sind dankbar zu erfahren, dass solche unwirkli-

chen Erlebnisse im Zusammenhang mit der Intensivstation häufig vorkommen (Engström et al., 2008; Prinjha et al., 2009).

Patientinnen und Patienten, welche keine Nachbetreuung durch Pflegefachpersonen der Intensivstation erhielten, hatten grössere Schwierigkeiten, Details von ihrer Krankheit und dem Intensivaufenthalt zu erfahren (Prinjha et al., 2009). Diese Studie weist eine hohe Glaubwürdigkeit auf: Nicht nur durch die grosse Durchmischung des Samples und die erreichte Datensättigung, sondern auch durch die Unabhängigkeit der erfahrenen Forscherin.

Engström et al. (2008) bezeichnen die Nachfolgebesuche als eines von vielen Puzzleteilen, welches die Patientinnen und Patienten benötigen, um zu erfahren was mit ihnen passiert ist während der Zeit auf der Intensivstation und der Phase der kritischen Erkrankung.

## 5 Diskussion

Die Ergebnisse werden unter Einbezug weiterführender Literatur diskutiert und Limitationen aufgezeigt. Schlussfolgerungen mit einem Ausblick auf die Praxis, schliessen die Diskussion ab.

### 5.1 Diskussion der Ergebnisse

Es konnten verschiedene Angebote von Pflegefachpersonen der Intensivstation für Patientinnen und Patienten aufgezeigt werden, welche der Erinnerungsklärung im Zusammenhang mit dem Aufenthalt auf der Intensivstation dienen.

Pflegefachpersonen schreiben ein Tagebuch für die Patientinnen und Patienten, damit diese später ihre Erinnerungslücken füllen und die eigenen Erinnerungen reaktivieren können (Åkerman et al., 2010; Egerod et al., 2007; Gjengedal et al., 2010). Aus Sicht der Patientinnen und Patienten hilft das Tagebuch, Erinnerungslücken zu füllen und erhöht das Verständnis für das Geschehene (Åkerman et al., 2013; Egerod und Bagger, 2010; Egerod et al., 2011; Engström et al., 2009; Ewens et al., 2014). Eigene Erinnerungen werden nicht in jedem Fall reaktiviert, und das Tagebuch isoliert gilt als unvollständige Informationsquelle (Åkerman et al., 2013; Egerod und Bagger, 2010; Egerod et al., 2011; Storli und Lind, 2009). Ein Gespräch von Pflegefachpersonen der Intensivstation mit den Patientinnen und Patienten nach ihrer Verlegung auf die Normalstation trägt zur Klärung von verschiedenen Erinnerungen bei (Glimelius Petersson et al., 2011; Storli und Lind, 2009). Unwirkliche Erlebnisse können normalisiert werden (Storli und Lind, 2009). Das Tagebuch kann in diesem Rahmen übergeben werden und dient als Gesprächsbasis (Åkerman et al., 2010; Egerod et al., 2011; Ewens et al., 2014; Gjengedal et al., 2010; Storli und Lind, 2009). In der Nachbetreuung nach Spitalaustritt können die Patientinnen und Patienten über Erinnerungen, Träume und Halluzinationen sprechen und erhalten Informationen, welche ihnen helfen, das Geschehene zu verstehen (Engström et al., 2008; Glimelius Petersson et al., 2011; Prinjha et al., 2009). Beim Besuch der Intensivstation können sie Geräusche und räumlichen Vorstellungen einordnen (Engström et al., 2008; Storli und Lind, 2009). Den Pflegefachpersonen ist es wichtig, auf den Besuch vorbereitet zu sein, um angepasste Informationen geben zu können (Engström und Söderberg, 2010).

Es konnte gezeigt werden, dass das Tagebuch den Patientinnen und Patienten hilft die Erinnerungen zu klären und das Geschehene auf der Intensivstation zu verstehen, es kommt dabei aber auf den Inhalt des Tagebuchs an. Empfehlungen zur Tagebuchführung warnen vor Texten und Fotos zu schwierigen Situationen, welche für die Patientinnen und Patienten beschämend sein könnten (Åkerman et al., 2010; Gjengedal et al., 2010; Storli und Lind, 2009). Die Patientinnen und Patienten hingegen verlangen nach möglichst genauen, detaillierten und lückenlosen Informationen, auch zu unangenehmen Situationen (Egerod und Bagger, 2010; Egerod et al., 2011). Roulin, Hurst und Spirig (2007) empfehlen ein sorgfältiges Abwägen bei der Beschreibung von unangenehmen Situationen. Entweder soll auf Details verzichtet werden oder es ist hervorzuheben, dass ein bestimmtes Verhalten der Patientin, des Patienten, beispielsweise im Delir, unwillentlich geschieht. Nydahl (2013) gibt unter [www.intensivtagebuch.de](http://www.intensivtagebuch.de) hilfreiche Beispiele, wie schwierige Situationen klärend und respektvoll festgehalten werden können.

Die Verarbeitung des Aufenthaltes auf einer Intensivstation mit Hilfe des Tagebuchs scheint das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung [PTBS] zu reduzieren (Jones et al., 2010) und die Lebensqualität zu verbessern (Bäckman, Orwelius, Sjöberg, Fredrikson und Walther, 2010). Jones et al. (2010) zeigten in einer randomisiert kontrollierten und länderübergreifenden Studie, dass es weniger häufig zum Auftreten einer PTBS kommt, wenn das Tagebuch ein Monat, anstelle drei Monate, nach Verlegung von der Intensivstation übergeben wird. Die Forschenden vermuten durch die frühere Tagebuchübergabe einen ähnlichen Effekt wie bei der kognitiven Verhaltenstherapie, welche zur Behandlung von PTBS empfohlen wird: Die Patientinnen und Patienten können durch wiederholtes Lesen des Tagebuchs ihre Wahrnehmung der Erkrankung verändern und eine „autobiographische Erinnerung“ (Jones et al., 2010) aufbauen. Bäckman et al. (2010) führten eine nicht randomisierten prospektiven Vergleichsstudie durch. Darin konnten sie aufzeigen, dass Patientinnen und Patienten, die ein Tagebuch erhielten, in zwei Dimensionen der gesundheitsabhängigen Lebensqualität (allgemeines Gesundheitsempfinden und mentale Gesundheit) nach drei Jahren signifikant bessere Werte aufwiesen als Patientinnen und Patienten ohne Tagebuch. Ein Nachbetreuungsgespräch mit der Möglichkeit die Intensivstation zu besuchen, begleitete in dieser Studie die Tagebuchübergabe, die kurz nach Spitalaustritt stattfand (Bäckman et al., 2010).

Die Ergebnisse dieser Bachelorarbeit machen deutlich, dass das Tagebuch ein wichtiger Support in der Nachbetreuung ist, sowohl aus Sicht der Pflegefachpersonen als auch aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten. Das Tagebuch wurde von beiden Seiten als wertvolle Gesprächsbasis beschrieben (Åkerman et al., 2010; Egerod und Bagger, 2010; Egerod et al., 2011; Egerod et al., 2007; Gjengedal et al., 2010; Storli und Lind, 2009). Gerade weil das Tagebuch alleine von den Patientinnen und Patienten als unvollständige Informationsquelle bezeichnet wird (Egerod und Bagger, 2010; Egerod et al., 2011), betrachtet die Autorin der Bachelor Arbeit ein Gespräch im Rahmen der Tagebuchübergabe als wichtig und nützlich, um Fragen im Zusammenhang mit dem Tagebuch und der Intensivstation zu klären. Die Patientinnen und Patienten benötigen für die Rekonstruktion ihrer Krankengeschichte die Unterstützung von Personen, die wissen, was auf der Intensivstation passiert ist (Prinjha et al., 2009; Storli und Lind, 2009; Williams, 2009). Ramsay, Huby, Thompson und Walsh (2014) beschreiben, dass manche Patientinnen und Patienten erst nach ihrer Verlegung von der Intensivstation auf die Normalstation das Ausmass ihrer Erkrankung und den Aufenthalt auf der Intensivstation zu begreifen beginnen. Ihnen stellen sich Fragen, welche vom Pflegefachpersonal der Normalstation nicht beantwortet werden können (Ramsay et al., 2014). Jones et al. (2010) und Carr (2002) empfehlen, dass ein Gespräch auf der Normalstation zur Nachbetreuung einschliesslich der Besprechung des Tagebuchs, von erfahrenen und gut ausgebildeten Pflegefachpersonen der Intensivstation durchgeführt werden soll. Hier kann ein Zusammenhang gesehen werden mit den Aussagen von Egerod et al. (2011) und Engström et al. (2009), welche betonen, dass die Patientinnen und Patienten für ein Gespräch über das Tagebuch und über die Geschehnisse auf der Intensivstation bereit sein müssen. Dies zu erkennen bedarf nach Ansicht der Autorin der Bachelorarbeit sowohl Erfahrung und Wissen. Solche Gespräche können daher ein Tätigkeitsfeld einer Pflegeexpertin, eines Pflegeexperten sein.

Obwohl klar aufgezeigt werden konnte, dass ein Gespräch mit einer Pflegefachperson der Intensivstation nach der Verlegung auf die Normalstation für die Patientinnen und Patienten eine wertvolle Unterstützung zur Erinnerungsklärung ist, ist es dennoch nur ein Puzzleteil der gesamten Erinnerungsklärung. Zu beachten gilt, dass einige Patientinnen und Patienten sich später nicht mehr an dieses Gespräch auf der Normalstation erinnerten (Glimelius Petersson et al., 2011). Samuelson und Corrigan (2009) bestätigten dies: In ihrer Studie erinnerte sich nur die Hälfte der besuchten Patientinnen und

Patienten später an dieses Gespräch. Daher braucht es nach Ansicht der Autorin der Bachelorarbeit weitere Angebote zur Nachbetreuung nach Spitalaustritt durch Pflegefachpersonen der Intensivstation.

Die in dieser Bachelorarbeit vorgestellten Angebote zur Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten nach Spitalaustritt bieten eine weitere Unterstützung, um verschiedene Erinnerungen zu klären und Erinnerungslücken zu füllen. Nachdenklich stimmen allerdings die Resultate einer britischen Studie zur Evaluation eines Nachbetreuungsprogramms durch Pflegefachpersonen (Nurse led Follow-up Programm) von Cuthbertson et al. (2009). Die randomisiert kontrollierte Forschungsarbeit mit 192 Teilnehmenden konnte keine statistisch signifikanten Unterschiede nachweisen in Bezug auf Lebensqualität, Angst und Depression, Rückkehr an den Arbeitsplatz und Zufriedenheit zwischen denjenigen Patientinnen und Patienten, welche in ein Nachbetreuungsprogramm eingeschlossen waren, und denjenigen mit standardisierter Nachsorge. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich jedoch in den Kosten. Das Nachbetreuungsprogramm war im Schnitt ein Drittel teurer als die standardisierte Nachsorge. Das Angebot zur Nachbetreuung in dieser Studie beinhaltete je einen Nachbetreuungstermin nach drei und neun Monaten. Nebst Überprüfung der physischen Regeneration, konnten die Patientinnen und Patienten ihre Erfahrungen und Erinnerungen im Zusammenhang mit der Intensivstation besprechen und einen Termin zum Besuch der Intensivstation vereinbaren (Cuthbertson et al., 2007; Cuthbertson et al., 2009). Nach Ansicht der Autorin der Bachelorarbeit zeigt sich hier eine Differenz zwischen objektiven Messparametern wie zum Beispiel Scores, um die Lebensqualität zu bestimmen, und dem subjektiven Empfinden einer Person. Denn in der qualitativen Studie von Prinjha et al. (2009) zum Erleben von Nachbetreuungsangeboten in Grossbritannien äusserten sich die Patientinnen und Patienten sehr zufrieden zu den Angeboten der Nachbetreuung. Und für diejenigen Patientinnen und Patienten, welche keine solche Nachbetreuung erhielten, war es viel schwieriger, Details von ihrer Krankheit und dem Intensivaufenthalt zu erfahren. Cuthbertson et al. (2009) empfehlen denn auch, die Angebote zur Nachbetreuung nicht einfach zu streichen, sondern auf ihre Nützlichkeit zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Positive Ergebnisse in Bezug auf die Nachbetreuung nach Spitalaustritt konnten hingegen Samuelson und Corrigan (2009) aufzeigen. Sie evaluierten ein komplettes Nachbe-

treuungsprogramm in Schweden. Dieses besteht aus einem Tagebuch mit Fotos, einem Gespräch zwischen Patientin, Patient und einer Pflegefachperson der Intensivstation auf der Normalstation ein bis drei Tage nach der Verlegung von der Intensivstation, einem Informationsschreiben, einer telefonischen Beratungsstelle und einem Nachbetreuungsgespräch nach Spitalaustritt inklusive Besuch der Intensivstation. Dieses Angebot wurde sowohl von Patientinnen und Patienten, wie auch von ihren Angehörigen gesamthaft als sehr positiv und hilfreich bewertet (Samuelson und Corrigan, 2009). Daraus folgert die Autorin der Bachelorarbeit, dass es ein Bündel an Nachbetreuungsangeboten durch Pflegefachpersonen der Intensivstation braucht, damit die Patientinnen und Patienten ihre Erinnerungen klären können. Ein einzelnes Angebot alleine scheint nicht auszureichen.

Obwohl das Thema Angehörige im Zusammenhang mit Erinnerungsklärung und Nachbetreuung in dieser Bachelorarbeit ausgeschlossen war, wird an dieser Stelle auf die wichtige Rolle der Angehörigen hingewiesen. Denn Angehörige sind eine wichtige Informationsquelle für Patientinnen und Patienten (Egerod et al., 2011; Engström et al., 2008). Jede Information, welche die Patientinnen und Patienten erhalten können, gleicht einem Puzzleteil, welches mit anderen zusammengefügt werden kann (Egerod et al., 2011). Zusätzlich zu den Informationen, welche die Angehörigen den Patientinnen und Patienten über die Zeit auf der Intensivstation geben können, sind sie eine wichtige Stütze bei den Nachfolgebesuchen auf der Intensivstation (Engström et al., 2008).

## **5.2 Limitationen**

Diese Bachelorarbeit basiert auf einer systematisierten Literaturrecherche und ist kein systematischer Review. Möglicherweise wurde daher relevante Literatur zum Thema nicht erfasst. Die Mehrheit der bearbeiteten Studien weist einen qualitativen Forschungsansatz auf. Demzufolge stehen das Erleben und die Bedeutung von Nachbetreuungsangeboten stärker im Vordergrund als statistische Werte.

Die Autorin hat die Ergebnisse in drei übergeordnete Kategorien eingeteilt: Das Tagebuch als Erinnerungsklärung, das Gespräch auf der Normalstation nach der Verlegung von der Intensivstation zwecks Erinnerungsklärung und Nachbetreuung nach Spitalaus-

tritt zur Erinnerungsklärung. Eine klare Trennung vor allem zwischen dem Tagebuch und dem Gespräch auf der Normalstation war nicht immer möglich und führte vereinzelt zu Überschneidungen und Wiederholungen.

Für das Critical Appraisal wurden einerseits unterschiedliche Instrumente für qualitative und quantitative Studien und andererseits Mixed Method Studien verwendet. Dies schränkt die Vergleichbarkeit der Qualitätseinstufung ein.

### **5.3 Schlussfolgerungen und Praxistransfer**

Die Patientinnen und Patienten haben das Bedürfnis ihre Erinnerungen zu klären und die Pflegefachpersonen der Intensivstation können sie dabei unterstützen. Die in dieser Arbeit vorgestellten Angebote wurden mehrheitlich positiv bewertet in Bezug auf die Klärung von Erinnerungen und Erinnerungslücken und auf das Verstehen von dem was auf der Intensivstation passiert ist. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass die Nachbetreuung von Patientinnen und Patienten nach Aufenthalt auf der Intensivstation zur Erinnerungsklärung optimalerweise aus der Kombination verschiedener Angebote besteht. Die Umsetzung des Tagebuchs in die Praxis ist mit etwas Engagement kostengünstig realisierbar. Wichtig ist, dass das Tagebuch regelmässig, am besten täglich, geführt wird und möglichst wenige Lücken aufweist, damit die Patientinnen und Patienten ihre Erinnerungen klären und ordnen können. Wird das Tagebuch auf einer Intensivstation eingeführt, bedarf es daher einer Personalschulung und einer Begleitung in der Praxis durch eine Pflegeexpertin, einen Pflegeexperten. Es wurde gezeigt, dass das Tagebuch als Einzelnes die verschiedenen Erinnerungen und Erinnerungslücken nur eingeschränkt klären kann. Ein Gespräch mit den Patientinnen und Patienten auf der Normalstation durch Pflegefachpersonen der Intensivstation, nach Möglichkeit inklusive Übergabe und Besprechung des Tagebuchs, erweitert das Verständnis der Patientinnen und Patienten für das auf der Intensivstation Geschehene und kann ihre Erinnerungen klären und normalisieren. Dies erfordert zusätzliche personelle Ressourcen. Da es kaum Daten explizit zu dieser Form der Nachbetreuung gibt, sind diese Ressourcen im Alltag schwierig einzufordern. Hier besteht dringender Forschungsbedarf. Ähnlich steht es um die Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten nach Spitalaustritt durch Pflegefachpersonen der Intensivstation. Die Autorin der Bachelorarbeit sieht in der Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten nach Aufenthalt auf der Intensivstation

ein mögliches Tätigkeitsfeld von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten. Es braucht kreative und zugleich strukturierte Lösungen für die Umsetzung in der Praxis, die sich mit moderatem Aufwand realisieren lassen.

## Literaturverzeichnis

- Adamson, H., Murgo, M., Boyle, M., Kerr, S., Crawford, M. & Elliott, D. (2004). Memories of intensive care and experiences of survivors of a critical illness: an interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20 (5), 257–263.
- Aitken, L. M. (2010). Improving long-term patient outcomes following intensive care. *Nursing in Critical Care*, 15 (2), 47–48. doi:10.1111/j.1478-5153.2010.00391.x
- Åkerman, E., Ersson, A., Fridlund, B. & Samuelson, K. (2013). Preferred content and usefulness of a photodiary as described by ICU-patients - a mixed method analysis. *Australian Critical Care*, 26 (1), 29–35. doi:10.1016/j.aucc.2012.04.002
- Åkerman, E., Granberg-Axell, A., Ersson, A., Fridlund, B. & Bergbom, I. (2010). Use and practice of patient diaries in Swedish intensive care units: a national survey. *Nursing in Critical Care*, 15 (1), 26–33.
- Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2007). Of vigilance and invisibility - being a patient in technologically intense environments. *Nursing in Critical Care*, 12 (3), 151–158. doi:10.1111/j.1478-5153.2007.00216.x
- Angus, D. C. & Carlet, J. (2003). Surviving intensive care: a report from the 2002 Brussels Roundtable. *Intensive Care Medicine*, 29 (3), 368–377. doi:10.1007/s00134-002-1624-8
- Bäckman, C. G., Orwelius, L., Sjöberg, F., Fredrikson, M. & Walther, S. M. (2010). Long-term effect of the ICU-diary concept on quality of life after critical illness. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54 (6), 736–743.
- Capuzzo, M., Valpondi, V., Cingolani, E., DeLuca, S., Gianstefani, G., Grassi, L. et al. (2004). Application of the Italian version of the Intensive Care Unit Memory tool in the clinical setting. *Critical Care*, 8 (1), R48-55.
- Carr, K. (2002). Ward visits after intensive care discharge: why? In R. Griffiths & C. Jones (Hrsg.), *Intensive Care Aftercare* (S. 69–82). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- CASP UK - Better Value Healthcare Ltd. (2013). Critical Appraisal Skills Programme. Making sense of evidence. Heruntergeladen von <http://www.casp-uk.net/> am 19.11.2014

- Corrigan, I., Samuelson, K. A., Fridlund, B. & Thomé, B. (2007). The meaning of post-traumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23 (4), 206–215.
- Cuthbertson, B. H., Rattray, J., Campbell, M. K., Gager, M., Roughton, S., Smith, A. et al. (2009). The PRaCTICaL study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Clinical Research Ed.*, 339, b3723. doi:10.1136/bmj.b3723
- Cuthbertson, B. H., Rattray, J., Johnston, M., Wildsmith, J. A., Wilson, E., Hernandez, R. et al. (2007). A pragmatic randomised, controlled trial of intensive care follow up programmes in improving longer-term outcomes from critical illness. The PRACTICAL study. *BMC Health Services Research*, 7, 116. doi:10.1186/1472-6963-7-116
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M. & Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 30 (5), 421–434.
- Egerod, I. & Bagger, C. (2010). Patients' experiences of intensive care diaries - A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26 (5), 278–287.
- Egerod, I., Christensen, D., Schwartz-Nielsen, K. H. & Agård, A. S. (2011). Constructing the illness narrative: a grounded theory exploring patients' and relatives' use of intensive care diaries. *Critical Care Medicine*, 39 (8), 1922–1928. doi:10.1097/CCM.0b013e31821e89c8
- Egerod, I., Schwartz-Nielsen, K. H., Hansen, G. M. & Lærkner, E. (2007). The extent and application of patient diaries in Danish ICUs in 2006. *Nursing in Critical Care*, 12 (3), 159–167.
- Engström, Å., Andersson, S. & Soderberg, S. (2008). Re-visiting the ICU Experiences of follow-up visits to an ICU after discharge: a qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 24 (4), 233–241.
- Engström, Å., Grip, K. & Hamrén, M. (2009). Experiences of intensive care unit diaries: 'touching a tender wound'. *Nursing in Critical Care*, 14 (2), 61–67. doi:10.1111/j.1478-5153.2008.00312.x
- Engström, Å. & Söderberg, S. (2010). Critical care nurses' experiences of follow-up visits to an ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (19/20), 2925–2932.

- Ewens, B., Chapman, R., Tulloch, A. & Hendricks, J. M. (2014). ICU survivors' utilisation of diaries post discharge: A qualitative descriptive study. *Australian Critical Care*, 27 (1), 28–35.
- Gjengedal, E., Storli, S. L., Holme, A. N. & Eskerud, R. S. (2010). An act of caring - patient diaries in Norwegian intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 15 (4), 176–184.
- Glimelius Petersson, C., Bergbom, I., Brodersen, K. & Ringdal, M. (2011). Patients' participation in and evaluation of a follow-up program following intensive care. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55 (7), 827–834. doi:10.1111/j.1399-6576.2011.02474.x
- Granja, C., Gomes, E., Amaro, A., Ribeiro, O., Jones, C., Carneiro, A. et al. (2008). Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care: the early illness amnesia hypothesis. *Critical Care Medicine*, 36 (10), 2801–2809.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A. & Carneiro, A. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9 (2), R96-109. doi:10.1186/cc3026
- Guttormson, J. L. (2014). "Releasing a lot of poisons from my mind": patients' delusional memories of intensive care. *Heart & Lung*, 43 (5), 427–431.
- Hupcey, J. E. & Zimmerman, H. E. (2000). The need to know: experiences of critically ill patients. *American Journal of Critical Care*, 9 (3), 192–198.
- Jones, C., Backman, C., Capuzzo, M., Flaatten, H., Rylander, C. & Griffiths, R. D. (2007). Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Medicine*, 33 (6), 978–985.
- Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C. et al. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care*, 14 (5), R168.
- Jones, C., Griffiths, R. D. & Humphris, G. (2000). Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory*, 8 (2), 79–94. doi:10.1080/096582100387632

- Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G. & Skirrow, P. M. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*, 29 (3), 573–580.
- Lienhardt, B. & Rudiger, A. (2009). Medizinische Probleme nach intensivmedizinischer Behandlung. *Praxis*, 98 (10), 535–542. doi:10.1024/1661-8157.98.10.535
- Löf, L., Berggren, L. & Ahlström, G. (2006). Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay - 3 and 12 months after discharge. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22 (3), 154–166.
- Minton, C. & Carryer, J. (2005). Memories of former intensive care patients six months following discharge. *Contemporary Nurse*, 20 (2), 152–158.
- Nydahl, P. (2013). Intensivtagebuch – Vorlagen. Heruntergeladen von <http://www.intensivtagebuch.de/Intensivtagebuch/Vorlagen.html> am 05.03.2015
- Pluye, P. (2011). Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Heruntergeladen von <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com> am 11.02.2015
- Pope, C., Mays, N. & Popay, J. (2007). *Synthesizing qualitative and quantitative health evidence. A guide to methods*. Maidenhead, England: Open University Press.
- Prinjha, S., Field, K. & Rowan, K. (2009). What patients think about ICU follow-up services: a qualitative study. *Critical Care*, 13 (2), R46. doi:10.1186/cc7769
- Ramsay, P., Huby, G., Thompson, A. & Walsh, T. (2014). Intensive care survivors' experiences of ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (5/6), 605–615.
- Ringdal, M., Johansson, L., Lundberg, D. & Bergbom, I. (2006). Delusional memories from the intensive care unit - Experienced by patients with physical trauma. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22 (6), 346–354.
- Ringdal, M., Plos, K. & Bergbom, I. (2008). Memories of being injured and patients' care trajectory after physical trauma. *BMC Nursing*, 7.
- Ringdal, M. & Rose, L. (2012). Recovery after critical illness: the role of follow-up services to improve psychological well-being. *Canadian Journal of Nursing Research*, 44 (1), 7–17.

- Roberts, B. L., Rickard, C. M., Rajbhandari, D. & Reynolds, P. (2007). Factual memories of ICU: recall at two years post-discharge and comparison with delirium status during ICU admission - a multicentre cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (9), 1669–1677.
- Roulin, M.-J., Hurst, S. & Spirig, R. (2007). Diaries written for ICU patients. *Qualitative Health Research*, 17 (7), 893–901.
- Samuelson, K., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2006). Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Medicine*, 32 (5), 660–667.
- Samuelson, K. A. & Corrigan, I. (2009). A nurse-led intensive care after-care programme - development, experiences and preliminary evaluation. *Nursing in Critical Care*, 14 (5), 254–263.
- Samuelson, K. A. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients - findings from 250 interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*, 27 (2), 76–84.
- Sass, H. & Houben, I. (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association*. Göttingen: Hogrefe, Verlag. für Psychologie.
- Skirrow, P. (2002). Delusional memories of ICU. In R. Griffiths & C. Jones (Hrsg.), *Intensive Care Aftercare* (S. 27–35). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Storli, S. L. & Lind, R. (2009). The meaning of follow-up in intensive care: Patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23 (1), 45–56.
- Storli, S. L., Lindseth, A. & Asplund, K. (2008). A journey in quest of meaning: A hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care*, 13 (2), 86–96.
- Svenningsen, H., Tonnesen, E. K., Videbech, P., Frydenberg, M., Christensen, D. & Egerod, I. (2014). Intensive care delirium - Effect on memories and health-related quality of life - A follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (5-6), 634–644.
- Williams, S. L. (2009). Recovering from the psychological impact of intensive care: how constructing a story helps. *Nursing in Critical Care*, 14 (6), 281–288.

Zetterlund, P., Plos, K., Bergbom, I. & Ringdal, M. (2012). Memories from intensive care unit persist for several years - A longitudinal prospective multi-centre study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28 (3), 159–167.

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1	Suchbegriffe im PICO Format.....	10
Tabelle 2	Qualitätseinstufung mit CASP – qualitative Studien.....	13
Tabelle 3	Qualitätseinstufung mit CASP – quantitative Studien .....	13
Tabelle 4	Qualitätseinstufung mit MMAT .....	13
Tabelle 5	Übersicht über die bearbeiteten Studien.....	16
Tabelle 6	CINAHL Recherche vom 05.12.2014.....	48
Tabelle 7	Cochrane Recherche vom 05.12.2014 .....	49
Tabelle 8	PsychInfo Recherche vom 07.12.2014 .....	50
Tabelle 9	Medline Recherche vom 07.12.2014 .....	51
Tabelle 10	CASP ausgefüllt.....	52

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1	Ergebnis Literaturrecherche.....	14
Abbildung 2	Definition Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM IV .....	60

## **Wortzahl**

<b>Abstract:</b>	183
<b>Bachelorarbeit</b> (ohne Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung & Anhang):	7850

## **Danksagung**

Ich möchte mich bei Petra Stolz Baskett bedanken für die kompetente und angenehme Betreuung während der Bachelorarbeit und für die interessanten weiterführenden Gespräche.

Besten Dank an Sandra Haubner für das kritische Korrekturlesen der Bachelorarbeit.

Und ein herzliches Dankeschön an Matthias Flor für die Unterstützung in Grammatik, den technischen Support und die Geduld und die moralische Unterstützung.

## **Eigenständigkeitserklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Zürich, 3. April 2015

Andrea Moser

## **Anhang**

Im Anhang werden zuerst die Protokolle der einzelnen Datenbankrecherche in Tabellen abgebildet.

Es folgt die komplett ausgefüllte CASP Checkliste zur Studie von Egerod et al. (2011) um das Vorgehen der Qualitätsbeurteilung aufzuzeigen.

Schliesslich werden die im Text mit Verweis auf das Glossar gekennzeichneten Begriffe erläutert. Das Glossar beinhaltet ein Literaturverzeichnis für die darin verwendete Literatur.

## Protokolle der Datenbankrecherchen

Tabelle 6 CINAHL Recherche vom 05.12.2014

Nr	Suchbegriffe Abkürzungen: CH = Cinahl Heading, K = Keyword, / = OR)	Treffer
1	CH: Critically Ill Patients / Critical Illness / Intensive Care Units / K: intensive care unit patient* / former intensive care unit patient* / former patient* / critical care patient* / former critical care patient* / post discharge / Post ICU setting	33037
2	CH: Stress Disorders, Post-Traumatic	12998
3	CH: Nursing Interventions / Critical Care Nursing / Critical Care	34701
4	CH: Support, Psychosocial / Counseling / K: assist* / support* / help* / guid* / provid* / foster* / coach* / counsel#ing	793858
5	CH: After Care / K: Aftercare	7732
6	K: Follow-up	88948
7	CH: False Memory / Memory / Amnesia / Confusion / Delusions / Illusions / ICU Psychosis / Hallucinations / K: Memory gap	20718
8	CH: Recovery / K: Clarif* / Rec#ll* / psychological recovery / Post ICU conversation	45297
9	CH: Life Experiences / K: lived experience* / experiences	67124
10	CH: Diaries / K: diary writing / diary / ICU Diary	10879
11	1 AND 3 AND 4 AND 7 ab 2004	44
12	1 AND 2 AND 3 ab 2004	64
13	1 AND 3 AND 5 ab 2004	53
14	1 AND 7 AND 8 ab 2004	43
15	1 AND 5 AND 9 ab 2004	22
16	1 AND 3 AND 7 AND 8 ab 2004	10
17	1 AND 7 AND 8 AND 9 ab 2004	16
18	1 AND 2 AND 5 ab 2004	11
19	1 AND 3 AND 6 AND 7 ab 2004	8
20	1 AND 2 AND 3 AND 6 ab 2004	11
21	1 AND 3 AND 6 AND 9 ab 2004	14
22	1 AND 7 AND 10 ab 2004	11
23	1 AND 8 AND 10 ab 2004	15
	11 bis und mit 23	<b>322</b>

Tabelle 7 Cochrane Recherche vom 05.12.2014

Nr	Suchbegriffe Abkürzungen: MeSH = Medical Subject Heading, K = Keyword, / = OR)	Treffer
1	MeSH: Critically Ill Patients / Critical Illness / Intensive Care Units / K: intensive care unit patient* / former intensive care unit patient* / former patient* / critical care patient* / former critical care patient* / post discharge / Post ICU setting	4591
2	MeSH: Stress Disorders, Post-Traumatic	956
3	MeSH: Nursing Care / Critical Care Nursing / Critical Care / K: Nursing intervention	3812
4	K: assist* / support* / help* / guid* / provid* / foster* / coach* / counsel#ing	328442
5	MeSH: After Care / K: Aftercare	757
6	K: Follow-up	119082
7 3a	MeSH: False Memory / Memory / Amnesia / Confusion / Delusions / Illusions / ICU Psychosis / Hallucinations / K: Memory gap	6723
8	K: Clarif* / Rec#ll* / psychological recovery / Post ICU / conversation	38619
9	MeSH: Live change events / K: lived experiences / experiences	5887
10	K: ICU Diary	29
11	1 AND 3 AND 4 AND 7 ab 2004	7
12	1 AND 2 AND 3 ab 2004	3
13	1 AND 3 AND 5 ab 2004	7
14	1 AND 7 AND 8 ab 2004	6
15	1 AND 5 AND 9 ab 2004	7
16	1 AND 3 AND 7 AND 8 ab 2004	1
17	1 AND 7 AND 8 AND 9 ab 2004	2
18	1 AND 3 AND 6 AND 7 ab 2004	3
19	1 AND 2 AND 3 AND 6 ab 2004	3
20	1 AND 3 AND 6 AND 9 ab 2004	7
21	1 AND 8 AND 10 ab 2004	2
	11 bis und mit 21	<b>48</b>

Tabelle 8 PsychInfo Recherche vom 07.12.2014

Nr	Suchbegriffe Abkürzungen: MT = Map Term, K = Keyword, / = OR)	Treffer
1	K: intensive care unit patient\$ / former intensive care unit patient\$ / critical care patient\$ /critically ill patient\$ / critical illness / Intensive Care Unit\$ / post discharge / post ICU setting	8651
2	MT: Posttraumatic Stress Disorder	22615
3	MT: Nursing / Intensive Care / Intervention / K: Critical care nursing / Nursing intervention\$	82952
4	MT: Coaching / K: assist\$ / support\$ / help\$ / guid\$ / provid\$ / foster\$ / coach\$	1633349
5	MT: Aftercare / K: After Care	1303
6	K: Follow-up	84066
7	MT: Amnesia / Memory / False Memory / Mental Confusion / Delusions / Illusions (Perception) / Hallucinations / K: memory gap / confusion	127638
8	MT: Psychosocial Readjustment / K: psychological recovery / rec#ll\$ / clarif\$ / post ICU conversation	174270
9	MT: Life Experiences / Experiences (Events) K: lived experience\$	54453
10	MT: Diary / Journal Writing / K: Diaries / ICU Diary	10021
11	1 AND 3 AND 4 AND 7 ab 2004	67
12	1 AND 2 AND 3 ab 2004	58
13	1 AND 3 AND 5 ab 2004	5
14	1 AND 7 AND 8 ab 2004	131
15	1 AND 3 AND 7 AND 8 ab 2004	42
16	1 AND 7 AND 8 AND 9 ab 2004	5
17	1 AND 3 AND 6 AND 7 ab 2004	16
18	1 AND 2 AND 3 AND 6 ab 2004	16
19	1 AND 3 AND 6 AND 9 ab 2004	9
20	1 AND 7 AND 10 ab 2004	4
21	1 AND 8 AND 10 ab 2004	15
	11 bis und mit 21	<b>368</b>

Tabelle 9 Medline Recherche vom 07.12.2014

Nr	Suchbegriffe Abkürzungen: MT = Map Term, K = Keyword, / = OR	Treffer
1	MT: Critical Illness / Intensive Care Units / K: intensive care unit patient\$ / former intensive care unit patient\$ / critical care patient\$ / former patient\$ / critically ill patient\$ / post discharge / post ICU setting	66490
2	MT: Stress Disorders, Post-Traumatic	22937
3	MT: Critical Care Nursing / Nursing Care / Critical care / Nurse's Role / K: nursing intervention\$	89440
4	MT: counselling / K: assist\$ / support\$ / help\$ / guid\$ / provid\$ / foster\$ / coach\$ / counsel#ing	9907867
5	MT: Aftercare / K: After Care	7545
6	K: Follow-up	964519
7	MT: Amnesia / Memory / Confusion / Delusions / Illusions / Hallucinations / K: memory gap / false memory / ICU psychosis	84716
8	MT: Mental Recall / Adaption, psychological / K: psychological recovery / rec#I\$ / clarif\$ / post ICU conversation	289478
9	MT: Life Change Events / K: lived experience\$ / life experience\$	25564
10	K: Diary / ICU Diary / Diaries / Diary Writing	16015
11	1 AND 3 AND 4 AND 7 ab 2004	10
12	1 AND 2 AND 3 ab 2004	21
13	1 AND 3 AND 5 ab 2004	21
14	1 AND 7 AND 8 ab 2004	27
15	1 AND 5 AND 9 ab 2004	4
16	1 AND 3 AND 7 AND 8 ab 2004	4
17	1 AND 7 AND 8 AND 9 ab 2004	1
18	1 AND 2 AND 5 ab 2004	3
19	1 AND 3 AND 6 AND 7 ab 2004	5
20	1 AND 2 AND 3 AND 6 ab 2004	7
21	1 AND 7 AND 10 ab 2004	2
22	1 AND 8 AND 10 ab 2004	16
	11 bis und mit 22	<b>121</b>

## CASP – Checkliste zur Beurteilung qualitativer Studien

Tabelle 10 CASP ausgefüllt

<p><b>Studie:</b> Egerod, I., Christensen, D., Schwartz-Nielsen, K. H. &amp; Agård, A. S. (2011). Constructing the illness narrative: a grounded theory exploring patients' and relatives' use of intensive care diaries. <i>Critical Care Medicine</i>, 39 (8), 1922–1928.</p>		
Frage (wird mit Ja / Nein / nicht erfassbar (=NE) beantwortet)	Antwort	Begründung
<p><b>1. Was there a clear statement of the aims of the research?</b>                  Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• What was the goal of the research? <i>Ja</i></li> <li>• Why it was thought important? <i>Ja</i></li> <li>• Its relevance <i>Ja</i></li> </ul>	Ja	<p>Das Ziel der Studie ist klar deklariert: Erweiterte Erkenntnisse zu den Intensivtagebüchern als kostengünstige Intervention zur Rehabilitation sind gefragt. Die vorliegende Studie möchte herausfinden, wie ehemalige Intensivpatientinnen und Patienten und ihre Angehörigen die Intensivtagebücher im Kontext der Krankheitsbewältigung / Prozess (Illness Narrative) nutzen. Die Relevanz der Studie wird nachvollziehbar aufgezeigt: Psychosoziale Probleme nach Intensivaufenthalt kommen häufiger vor, auf Grund der gesteigerten Überlebensrate nach Intensivaufenthalt. Nach Intensivaufenthalt sind die Patientinnen und Patienten gefährdet, unter wahnhaften Erinnerungen, fehlenden Erinnerungen und Symptomen des Posttraumatischen Belastungssyndroms zu leiden. Seit den 1990iger Jahren wird mit Intensivtagebüchern gearbeitet um die Patientinnen und Patienten in der Verarbeitung der psychologischen Nachwirkungen der Intensivstation zu unterstützen.</p>
<p><b>2. Is a qualitative methodology appropriate?</b>                  Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants <i>Ja</i></li> <li>• Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal? <i>Ja</i></li> </ul>	Ja	<p>Ziel dieser Studie war es, den Umgang mit dem Intensivtagebuch zu erkunden. Dabei interessiert die Sichtweise der ehemaligen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen. Der qualitative Ansatz ist daher passend.</p>

<p><b>3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?</b></p> <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)? <i>Ja</i></li> </ul>	<p>Ja</p>	<p>Die Autorinnen arbeiten mit halbstrukturierten Tiefeninterviews. Mittels Grounded Theory wurde der Umgang mit den Intensivtagebüchern erforscht, als ein psychologischer Prozess in der Erholung, Patientinnen, Patienten und Angehörige betreffend. Dies passt zum vergleichenden, prozesshaften Charakter der Grounded Theory und wird von den Autorinnen im Zusammenhang mit der Präsentation der Resultate hervorgehoben.</p>
<p><b>4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?</b></p> <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the researcher has explained how the participants were selected <i>Ja</i></li> <li>• If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study <i>Ja</i></li> <li>• If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part) <i>Nein</i></li> </ul>	<p>Ja</p>	<p>Die Auswahl der Teilnehmenden ist erläutert: die Studie war eine geplante, ergänzende Arbeit zur RACHEL Studie (Jones et al., 2010), ein RCT zum Effekt von Intensivtagebüchern auf das Posttraumatische Belastungssyndrom, durchgeführt in sechs verschiedenen Ländern. Die vorliegende Studie wurde an zwei dänischen Kliniken durchgeführt, welche auch an der RACHEL Studie teilnahm. Die Erstautorin ist Mitautorin der RACHEL Studie. Die Teilnehmenden dieser Studie wurden aus den Teilnehmenden der RACHEL Studie ausgewählt. Es wurde ein Convenience Sample gewählt, da die fragile Population eine strategische Auswahl der Teilnehmenden verhinderte. Ob es Personen gab, welche angefragt wurden aber die Teilnahme abgelehnt haben, wird nicht erwähnt.</p> <p><i>Da die Mehrheit der Unterfragen zufriedenstellend beantwortet werden konnte, wird die Frage 4 mit Ja beantwortet.</i></p>

<p><b>5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?</b></p> <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the setting for data collection was justified <i>Ja</i></li> <li>• If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.) <i>Ja</i></li> <li>• If the researcher has justified the methods chosen <i>Nein</i></li> <li>• If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, or did they use a topic guide)? <i>Ja</i></li> <li>• If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why? <i>Ja</i></li> <li>• If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc) <i>Ja</i></li> <li>• If the researcher has discussed saturation of data <i>Ja</i></li> </ul>	<p>Ja</p>	<p>Die Interviews wurden 6 – 12 Monate nach Intensivaufenthalt der Teilnehmenden geführt. Zuerst wurden die Teilnehmenden aus der einen Klinik interviewt, in ihrem Zuhause. Dies ergab einen guten Überblick über das gesamte Thema und die Hauptkategorien konnten bereits identifiziert werden. Das theoretische Verständnis wurde weiterentwickelt und validiert während der weiteren Interviews, welche mit den restlichen Teilnehmenden der anderen Klinik in der Klinik durchgeführt wurden. Als sich das theoretische Verständnis während der ersten Interviews erweiterte, wurde der Interviewleitfaden verfeinert, um die Essenz, das Wesentliche aus den Erfahrungen der ehemaligen Patientinnen und Patienten zu erfahren. Während des Datengenerierungs- und Analyseprozesses wurden die neuen Ergebnisse konstant mit den bereits vorhandenen verglichen. Mit allen Teilnehmenden wurde ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt. Es gab sechs Einzelinterviews und 13 Interviews von ehemaligen Patientinnen / Patienten mit deren Angehörigen. Der Interviewleitfaden ist abgebildet. Die Interviews wurden entweder durch die Erstautorin oder durch ein/e ForschungsassistentIn geführt, zusammen mit einer Intensivpflegefachfrau. Die Interviews wurden aufgenommen und Wort für Wort transkribiert. Warum halbstrukturierte Tiefeninterviews gewählt wurden, ist nicht explizit begründet.</p> <p>Es wurde geplant, so viele Interviews zu führen, bis eine Datensättigung erreicht ist, also bis neue Informationen nicht mehr zum Verstehen der Kategorien beitragen konnten und keine neuen Ergebnisse mehr erzielt wurden, respektive nur noch Bestehendes bestätigten.</p> <p><i>Da die Mehrheit der Unterfragen zufriedenstellend beantwortet werden konnte, wird die Frage 5 mit Ja beantwortet.</i></p>
--	-----------	---

<p><b>6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?</b></p> <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during             <ul style="list-style-type: none"> <li>• (a) Formulation of the research questions <i>Nein</i></li> <li>• (b) Data collection, including sample recruitment and choice of location <i>Nein</i></li> </ul> </li> <li>• How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design <i>Nein</i></li> </ul>	<p>Nein</p>	<p>Die Rolle der Forschenden wird nicht reflektiert, weder in Bezug auf die Forschungsfrage, noch in Bezug auf die Datenerfassung. Einzig wird erwähnt, dass diese Studie eine geplante Ergänzung zur RACHEL Studie war und dass diese qualitative Studie die synergetische Ergänzungsmöglichkeit von qualitativer zu quantitativer Forschung zeigt, um Phänomene zu erklären. Intensivpflegefachpersonen waren bei den Interviews mit dabei. Es wird aber nicht diskutiert, welche Rolle sie dabei hatten und ob ihre Anwesenheit die Ergebnisse hätte beeinflussen können.</p> <p>Allfällig auftretende Probleme für die Studienteilnehmenden werden in keiner Weise diskutiert und auch nicht, ob es diesbezüglich Anpassungen im Vorgehen gegeben hätte.</p>
<p><b>7. Have ethical issues been taken into consideration?</b></p> <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained <i>Ja</i></li> <li>• If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study) <i>Nein</i></li> <li>• If approval has been sought from the ethics committee <i>Nein</i></li> </ul>	<p>Nein</p>	<p>Die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde erläutert. Alle Teilnehmenden wurden über Vertraulichkeit und Anonymität vorgängig informiert. Diese Informationen wurden direkt vor dem Interview wiederholt. Die im Text verwendeten Namen sind Pseudonyms.</p> <p>Es wird erwähnt, dass die RACHEL Studie der dänischen Datenschutzbehörde gutgeheissen wurde. Für die Vorliegende Studie lag allerdings nur die Genehmigung beider Spitäler, respektive des Management vor. Da die RACHEL Studie einen anderen Forschungsansatz wählte (quantitativ), ist aus Sicht der Autorin der Bachelorarbeit die Genehmigung für die RACHEL Studie nicht einfach auf diese Studie übertragbar. Die Teilnehmenden der vorliegenden Studie wurden während ihrer Teilnahme an der RACHEL Studie angefragt und sie klärten sich schriftlich einverstanden.</p> <p>Wie mit allfälligen Schwierigkeiten hätte umgegangen werden können wird nicht besprochen.</p>

<p><b>8. Was the data analysis sufficiently rigorous?</b></p> <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If there is an in-depth description of the analysis process <i>Ja</i></li> <li>• If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data? <i>Ja</i></li> <li>• Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process <i>Ja</i></li> <li>• If sufficient data are presented to support the findings <i>Ja</i></li> <li>• To what extent contradictory data are taken into account <i>Ja</i></li> <li>• Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation <i>Nein</i></li> </ul>	<p>Ja</p>	<p>Der Datenanalyseprozess ist klar beschrieben und folgt der Grounded Theory (siehe Punkt 5). Die Entstehung der Kategorien ist nachvollziehbar dargelegt. Das zentrale Phänomen der Studie war das Aufbauen einer Krankheitserlebensgeschichte. Dies leitet durch die Präsentation der Ergebnisse. Bei den Resultaten wird auch eine von den übrigen Ergebnissen abweichende Sicht eines Angehörigen in Bezug auf das Intensivtagebuch aufgeführt. Die Ergebnisse werden anschaulich mit Zitaten illustriert, auch das konträre Ergebnis. Die Autorinnen kreieren schliesslich aus den Ergebnissen ein Modell, „illness narrative as the patient’s story from onset of symptoms to recovery“. Dieses baut auf die Illness Trajectory auf.</p> <p>Die Rolle der Forschenden wird, wie unter Punkt 6 aufgeführt, nicht reflektiert.</p> <p><i>Da die Mehrheit der Unterfragen zufriedenstellend beantwortet werden konnte, wird die Frage 8 mit Ja beantwortet.</i></p>
<p><b>9. Is there a clear statement of findings?</b></p> <p>Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the findings are explicit <i>Ja</i></li> <li>• If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers arguments <i>Ja</i></li> <li>• If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst) <i>Ja</i></li> <li>• If the findings are discussed in relation to the original research question <i>Nein</i></li> </ul>	<p>Ja</p>	<p>Die Resultate sind nachvollziehbar aufgeführt. Die Kategorisierung unterstützt die Verständlichkeit und Übersichtlichkeit. Die Kategorisierungen bauen aufeinander auf und widerspiegeln so den Prozess der Datenanalyse und der Grounded Theory.</p> <p>In der Diskussion ist das Modell der „Illness Narrative“ leitend. (Nicht aber die Fragestellung, respektive die Zielsetzung der Studie). Dies ermöglicht eine breitere Sichtweise zum Thema Intensivtagebuch als die bisher vorhandene Literatur, welche hauptsächlich auf das Tagebuch als solches fokussiert. Die Angehörigen durften das Tagebuch nicht mitgestalten und auch nicht lesen während der Intensivzeit. Dies wird in Bezug auf Familien Konzepte kritisch beleuchtet. Ansonsten wird Bezug genommen auf Literatur, welche die Ergebnisse der Studie unterstützen.</p> <p>Der Prozess des konstanten Vergleichens (Grounded Theory) begünstigt die Gültigkeit und Glaubwürdigkeit der Ergebnisse. Dass mehrere Forscherinnen die Interpretation der Daten miteinander diskutierten, ermöglicht eine Triangulation.</p> <p><i>Da die Mehrheit der Unterfragen zufriedenstellend beantwortet werden konnte, wird die Frage 9 mit Ja beantwortet.</i></p>

<p><b>10. How valuable is the research?</b>          Consider</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy? Or relevant research-based literature? <i>Ja</i></li> <li>• If they identify new areas where research is necessary <i>Nein</i></li> <li>• If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used <i>Ja</i></li> </ul>	<p>Praxis-relevant</p>	<p>Da die Teilnehmenden in zwei verschiedenen Spitälern hospitalisiert waren, begünstigt dies die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Wie bereits erwähnt wird der Aspekt, dass in der Praxis wo die Studie durchgeführt wurde, nur Pflegefachpersonen ins Intensivtagebuch schreiben, kritisch hinterfragt. Der Gedanke, dass das Intensivtagebuch ein Puzzleteil in der Rekonstruktion der Krankheitserlebensgeschichte ist, wird an bestehende Literatur angelehnt. Neue Forschungsgebiete werden nicht angesprochen.</p> <p><i>Da die Mehrheit der Unterfragen zufriedenstellend beantwortet werden konnte, wird die Frage 10 mit vorhandener Praxisrelevanz bewertet.</i></p>
---	------------------------	--

## **Zusammenfassung des Critical Appraisal**

**Qualitätsstufe hoch, Praxisrelevant**

Die Studie hat ein klares Ziel, welches aus der Praxis heraus abgeleitet wurde und dessen Relevanz erläutert ist. Der qualitative Ansatz passt zum Ziel der Studie. Es wurden halbstrukturierte Tiefeninterviews geführt. Diese wurden mittels Grounded Theory analysiert und auf Grund des dabei entstandenen theoretischen Verständnisses, wurde der Frageleitfaden für weitere Interviews verfeinert. Dies ist nachvollziehbar aufgezeigt. Die Auswahl der Studienteilnehmenden ist erklärt. Es fand keine Auseinandersetzung mit der Rolle der Forscherinnen und Autorinnen statt.

Eine Empfehlung der Ethikkommission für diese Studie lag nicht vor, sondern nur für die übergeordnete Studie mit einem quantitativen Forschungsansatz vor. Die Teilnehmenden wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme, sowie über Vertraulichkeit und Anonymität vorgängig und direkt vor dem Interview informiert. Ob und wie allfällig auftretende Probleme der Teilnehmenden hätten abgefangen werden können, wird nicht thematisiert.

Die entstandenen Kategorien führen logisch und aufeinander aufbauend durch den Ergebnisteil und widerspiegeln den Forschungsprozess mit Grounded Theory. Veranschaulicht werden die Ergebnisse mit passenden Zitaten. Konträre Aussagen aus den Interviews werden aufgenommen.

In der Diskussion ist das entstandene Modell der „Illness Narrative“ leitend. Dies ermöglicht eine breitere Sichtweise zum Thema Intensivtagebuch als die bisher vorhandene Literatur, welche hauptsächlich auf das Tagebuch als solches fokussiert. Der Ausschluss von Angehörigen bei der Tagebuchführung wird vor dem Hintergrund von Familienkonzepten kritisch betrachtet. Ansonsten wird Bezug genommen auf Literatur, welche die Ergebnisse der Studie unterstützen. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse wird aufgezeigt.

## **Glossar**

### **Analgo-sedation:**

Die meisten beatmeten Patientinnen und Patienten erhalten auf der Intensivstation Medikamente zur Analgesie und Sedation, kurz Analgo-sedation genannt. Dadurch wird die Toleranz gegenüber intensivmedizinischen Behandlungs- und Pflegemassnahmen verbessert. Vegetative Stressreaktionen der Patientinnen und Patienten werden gedämpft und ihre negativen Auswirkungen auf den Organismus reduziert. Besonders wichtig ist eine gezielte Analgesie der Patientinnen und Patienten. Schmerzen können durch Erkrankungen oder allfälligen Operationen verursacht werden. Aber auch intensivmedizinische Massnahmen zur Diagnostik, Therapie und Pflege, wie beispielsweise endotracheales Absaugen oder Umlagern führen zu einer kurzzeitigen Schmerzintensivierung (Marino, 2002; Martin et al., 2010).

### **Delir**

Delirien sind sehr häufig bei Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation. Je nach untersuchter Population und / oder verwendetem Assessment wird die Prävalenz mit bis zu 80% angegeben (Girard, Pandharipande und Ely, 2008; Morandi und Jackson, 2011). Die gängige Definition orientiert sich an den DSM IV Richtlinien [Manual of Mental Disorders]. Das Delir ist eine Bewusstseinsstörung mit veränderter kognitiver Funktion und Wahrnehmungsstörung der Patientinnen und Patienten. Typischerweise entwickelt sich ein Delir innerhalb von einigen Stunden bis wenige Tage. Meistens fluktuiert die Symptomatik im Tagesverlauf. Ein Delir wird häufig gemeinsam mit Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus beobachtet. Psychomotorische Veränderungen, Ruhelosigkeit oder Hypoaktivität, lassen sich in den meisten Fällen beobachten. Auch affektive Störungsbilder, wie eine allgemeine Ängstlichkeit, können Bestandteil des Delirs sein (Sass und Houben, 1998).

### **Posttraumatische Belastungsstörung [PTBS]**

Die diagnostischen Kriterien der PTBS gemäss DSM IV in deutscher Übersetzung von Sass und Houben, (1998) werden in der Abbildung 2 aufgeführt.

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder ein Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
  - (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- (1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
  - (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
  - (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschliesslich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikation auftreten.
  - (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
  - (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
  - (2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
  - (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
  - (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
  - (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
  - (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
  - (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
  - (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche
  - (3) Konzentrationsschwierigkeiten
  - (4) übermässige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
  - (5) übertriebene Schreckreaktionen.
- E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als ein Monat.
- F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Abbildung 2 Definition Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM IV

## Illness Narrative

Unter Illness Narrative wird die Geschichte verstanden, welche erkrankte Personen über ihre Krankheit und den Einfluss dieser auf ihr Leben erzählen. Das Erzählen der Illness Narrative hilft Erfahrungen und Geschehnisse, welche das Leben veränderten, auszudrücken und zu formen. Weiter bietet das Erzählen der Illness Narrative die Möglichkeit, die losen Enden der eigenen Lebensgeschichte zusammenzubringen und das Erleben der Krankheit in einem erweiterten Kontext und in Bezug auf die eigene Biografie zu betrachten (Hydén, 2007).

## Literatur im Glossar:

- Girard, T.; Pandharipande, P. & Ely, W. (2008). Delirium in the intensive care unit. *Critical Care* 12. doi:10.1186/cc6149
- Hydén, L. C. (2007). Illness Narrative. In *The Blackwell Encyclopedia of Sociology* (1. publ, V, S. 2246–2248). Malden, Mass.: Blackwell.
- Marino, P. L. (2002). *Das ICU Buch. Praktische Intensivmedizin* (3. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Martin, J., Heymann, A., Basell, K., Baron, R., Biniek, R., Burkle, H., . . . Waydhas, C. (2010). Evidence and consensus-based German guidelines for the management of analgesia, sedation and delirium in intensive care - short version. Heruntergeladen von <http://www.egms.de/static/en/journals/gms/2010-8/000091.shtml> am 26.12.2013
- Morandi, A. & Jackson, J. (2011). Delirium in the intensive care unit: a review. *Neurologic Clinics* 29(4) 749–763. doi: 10.1016/j.ncl.2011.08.004
- Sass, H. & Houben, I. (1998). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and statistical manual of mental disorders der American Psychiatric Association* (2., verb. Aufl.). Göttingen: Hogrefe, Verl. für Psychologie.