

Implementierung von Intensivtagebüchern

Nach einer Umfrage in 2014 führen in Deutschland ca. 20% der Intensivstationen Tagebücher (Nydahl et al. 2014). Die Initiative erfolgte oft über einzelne Fachpflegekräfte. Es gab keine ITS, bei der alle Pflegenden mit-schreiben.

Es gibt auch Stationen, die die Implementierung disku-tiert und sich dann aufgrund bestimmter Gründe (Team-probleme, geplante Umstrukturierungen, nicht passen-des Patientengut usw.) dagegen entschieden haben.

Die allgemeinen Empfehlungen sind:

- **Indikation:** Bewusstseinsstörung ≥ 3 d., z.B. durch Analgosedierung & Beatmung
- **Erweiterte Indikation:** SHT, Delir, palliative/onkologische Patienten; Eltern Frühgeborener, Angehörige sterbender Patienten
- **Kontraindikation:** keine (bei fehlendem Sprachver-ständnis fraglich, ggf. für Angehörige wichtig)
- **Autoren:** Angehörige, Pflegendе, Ärzte, Therapeu-ten, andere
- **Beginn:** ab 1. Tag, auch retrospektiv ab 3. Tag
- **Dosierung:** ein Eintrag pro Tag (zu Beginn mehr)
- **Dauer:** Intensivaufenthalt, ggf. danach weiter
- **Übergabe:** abh. von lokalen Bedingungen, ggf. auf ITS oder danach, bzw. bei Verlegung mitgeben
- **Lesen:** auf Wunsch des Patienten (ca. 20% non-responder): sobald a) die auslösende Situation vor-über ist, b) der Patient psychisch stabil ist, und c) danach fragt („was ist eigentlich passiert?“)

Nutzen

Nach aktuellen Meta-Analysen senken Tagebücher bei Intensivpatienten die Risiken für Angst & Depression nach dem Intensivaufenthalt, für Posttraumatische Be-lastungsstörungen gibt einen Trend. Bei Angehörigen senken Tagebücher das Risiko für Posttraumatische Be-lastungsstörung (Nydahl et al., 2018; McIlroy et al. 2018),

Implementierung

Zur Implementierung wird empfohlen:

1. Konsens im Team & Teamleitung finden
2. Einverständnis des klinischen Direktors
3. Kerngruppe inkl. Teamleitung (1h):
 - a. Was sind die Barrieren in der Umsetzung und wie können die überwunden werden?
 - b. Aussehen & Inhalt des TB festlegen
 - c. Kriterien für Patienten festlegen
 - d. Informationen für das Team festlegen
 - e. Ggf. schreiben üben
 - f. Verwaltung (Schrank, Vorlagen)
 - g. Ansprechpartner festlegen
4. Probelauf bei 1-2 Patienten, ggf Überarbeitung
5. Implementierung
6. Ggf. Evaluation durch Fragebogen, Interviews
7. Kennzahlen erheben (Anzahl der TB, Übergabe)

Barrieren

1. Zeitmangel

- Ein Eintrag dauert ca. 5 Minuten und ist auch in ei-ner 1:3 Betreuung möglich.
- I.d.R. werden Tagebücher nur für Langzeitpatienten geschrieben, die von bestimmten Pflegenden regel-

mäßig betreut werden, wodurch ein Tagebuch mög-lich wird

- Es ist auch möglich, Einträge nachzuschreiben
- #### 2. Leitung dagegen
- Pilotprojekt mit Evaluation planen
 - Klare Verfahrensordnung formulieren: „geschultes Personal liest Tagebücher vor Übergabe an den Pa-tienten/Angehörige im Hinblick auf juristisch frag-würdige Formulierungen gegen“
 - Schreib- und Fotoregeln schriftlich formulieren

Tagebuchformat

Tagebücher haben allgemein die Elemente:

- DIN A 4 oder 5 (es gibt keine Evidenz für/gegen)
- Freundliches Coverfoto (ggf. selbst gewählt)
- 1-seitige Einführung
- 1-seitige Biographie des Patienten
- Tagebuchseiten
- Fotos vom leeren Bettenplatz aus Pat.-perspektive

Zusätzlich können sie enthalten:

- Tagesablauf
- Glossar mit Fachbegriffen
- Fotos von Geräten mit Erklärungen
- Team/Mitarbeiterfotos
- Ansprechpartner mit Telefonnummer
- DVD mit Geräuschen/Intensivumgebung
- Fragebögen

Fotos

In Deutschland dürfen keine Fotos von nicht einwilli-gungsfähigen Patienten gemacht werden. Die Studien-lage spricht hingegen *für* den Einsatz von Fotos, viele Patienten haben ihren Zustand erst verstanden, als sie sich auf Fotos gesehen haben.

In Deutschland gibt es verschiedene Umsetzungen. Es werden Fotos

- von einem leeren Bettenplatz gezeigt
- gemacht, wenn der Patient wach ist und zustimmt
- mit Einverständnis der Angehörigen/Betreuer ge-macht
- mit Einverständnis des klinischen Direktors gemacht

Fotos sollten nicht digital, sondern mit einer Sofort-Bild-Kamera gemacht werden und in einem Umschlag im Tagebuch aufbewahrt werden mit Platzhalter im Text („Foto“). Der Patient sollte mit Familie und Mitarbeitern zu sehen sein („ich war da nicht alleine“), gerne Meilen-steine wie Bettkante, der erste Kaffee, das erste Sitzen und auch vor Verlegung.

Datenschutz

Hilfreich ist die Formulierung im Tagebuch: „Die folgen-den Einträge stellen – wie das gesamte Tagebuch – kei-ne Form einer Dokumentation Ihrer Behandlung im Sin-ne der gesetzlichen Bestimmungen dar und werden auch nicht zu diesem Zweck erstellt. Die Einträge sind daher auch nicht Bestandteil Ihrer Patientenakte. Die Aufzeichnungen im Tagebuch dienen ausschließlich da-zu, dass Sie Ihre Erlebnisse und Eindrücke während Ih-rer Zeit auf der Intensivstation zu einem späteren Zeit-punkt besser nachvollziehen können.“

Argument „Fehlendes Einverständnis des Patienten“: Tagebücher ärztlich anordnen lassen.